

Aprile 2005

MEDICINA
MEDICINA SOCIETÀ
SOCIETÀ

Direttore responsabile
Dr. Paolo Diotallevi

I disturbi del comportamento alimentare

- Aspetti generali
- Interventi in ambito preventivo
- Approcci terapeutici di medicina tradizionale
- Prospettive terapeutiche non convenzionali



Studio Moglioni

studio dentistico



IMPLANTOLOGIA A CARICO IMMEDIATO

Solo Tre Ore
per una
**Masticazione
Perfetta**

Professionalità • Igiene • Qualità
Innovazione • Competenza
Tecnologia • Materiali • Sensibilità

Studio Dentistico Moglioni

Via Cristoforo Colombo, 348 - 00147 Roma

Info Line: 06.51.23.341

Lunedì - Venerdì > 09:30 - 13:00 > 15:30 - 19:00

www.studiomoglioni.it

MEDICINA MEDICINA SOCIETÀ SOCIETÀ

IN QUESTO NUMERO

“Introduzione” di Paolo Diotallevi	3
“Presentazione: il comportamento alimentare” di Pier Leopoldo Borrelli De Andreis	4
“I disturbi del comportamento alimentare” di Nicoletta Cataldi	6
“Disturbi del comportamento alimentare in età pediatrica” di Domenico Lambiase	11
“Sapere i sapori. Un progetto di comunicazione ed educazione alimentare nelle scuole del Lazio” di Marina Rabagliati et altri	14
“Il desiderio compulsivo di dolci e zucchero nei familiari dei soggetti diabetici” di Giuseppe Altamore	17
“La medicina cinese e l’obesità” di Laura Liberini	19
“O.A. - Overeaters Anonymous. Un vecchio problema visto da una prospettiva nuova” a cura di O.A. - Comitato Rapporti con con l’Esterno	23
Lo specialista risponde “La terapia chirurgica nel trattamento dell’obesità” a cura di Stefano Frattaroli e Tiziana Scaldaferrì	26
“Vegetariani non si nasce, ma si diventa” di Pietro Siragusa	28
“...Brevemente” di Paolo Diotallevi	32

MEDICINA SOCIETÀ

Editore **EOSMED®**

Via Prenestina 321 - Tel. 06299391

Direttore responsabile:
Dr. Paolo Diotallevi

Direttore editoriale:
Dr.ssa Elisabetta Diotallevi

Comitato di redazione:
Daniela De Benedictis,
Roberta Di Bona,
Valentina Gallo,
Antonella Fabrizi,
Gloria Ercoli.

Comitato scientifico:
Giuseppe Altamore,
Luigi Altomare,
Vittorio Altomare,
Flavio Bigi,
Laura Boffa,
Pier Leopoldo Borrelli,
Mario Buttinelli,
Raffaele Certomà,
Simone Di Rezze,
Stefano De Santis,
Remo Diotallevi,
Caterina Fragomeli,
Stefano Frattaroli,
Giuseppina Laganà,
Domenico Lambiase,
Laura Liberini,
Marco Liccardo,
Gabriele Mazzetti di Pietralata,
Enrico Moglioni,
Francesco Montella,
Rita Moure Lorenzo,
Eugenio Pezzuti,
Francesco Saverio Pastore,
Marina Rabagliati,
Emanuela Rastelli,
Benedetto Ronci,
Achille Sabatini,
Giuseppe Sartiano,
Tiziana Scaldaferrì,
Piero Siragusa,
Angelo Spagnuolo,
Francesco Suppressa,
Maria Teresa Triglia.

Progetto Grafico: P'partners

Stampa: Ograro - 00153 Roma
Vicolo dei Tabacchi, 1
Tel. 06 5818605
Quarta ristampa Giugno 2015

*Questa rivista non è periodica
ed è pubblicata nel rispetto
delle Leggi n.47 del 8-2-1948, n.689 24.11.1981 e
AA 4985 del 12.2.2001 e successive modifiche.*

Ufficio Legale: Avv. Mario Chiaverini
Via Basile 15 - 00128 Roma

Eccoci dunque al secondo appuntamento con Medicina-Società, Rivista che, per abitudine e per scelta, rimane monotematica e aperiodica.

In questo numero viene affrontato un argomento di notevole rilevanza sociale, scelto in considerazione della grande attenzione di cui è circondato da parte di Medici e Pazienti.

Gli autori risponderanno a ogni domanda sugli articoli, o più in generale sull'argomento trattato, all'indirizzo direzione@eosmed.it

Paolo Diotallevi

Direttore Sanitario Eosmed

Responsabile Nazionale area Radiologica ARASS

ALCUNI RIFERIMENTI

- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
U.O. Dietologia Clinica
P.zza S. Onofrio, 4 - Roma - Tel. 06 68592551
- Az. Ospedaliera S. Camillo Forlanini
U.O. Endocrinologia e Dietologia Clinica
Via Portuense, 332 - Roma
- Università di Tor Vergata - Roma
Ambulatorio di Scienza dell'Alimentazione e Nutrizione Clinica
Tel. 06 20901
- Università Campus Biomedico
Via Longoni, 47 - Roma - Tel. 06 22541541
- EOSMED - Radiologia Dr. Diotallevi
Servizio di Endocrinologia - Dietologia
Via Prenestina, 321 - 00177 Roma - Tel. 06-299391
- Asl Roma E
Centro disturbi comportamento alimentare
Tel. 06 68353336

Presentazione: il comportamento alimentare

Prof. **Pier Leopoldo Borrelli De Andreis**

già Titolare della Cattedra di Scienza dell'Alimentazione e Docente presso la Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione – Facoltà di Medicina - Università di Roma “La Sapienza”

Il **“comportamento alimentare”** non si identifica con la gestualità rappresentata dall'introduzione di cibo nell'apparato digerente, ma piuttosto va considerato come la conclusione di scelte consapevoli o, più spesso, inconscie.

Il cibo è sempre provvisto di molti e diversificati significati dinamico-emotivi, espressione contestuale della personalità dell'individuo. Perciò **il comportamento alimentare è solo ciò che affiora, l'ultimo ed appariscente fenomeno di un processo conseguente a molte altre pulsioni che riguardano la “psicologia obiettiva”, il condizionamento di riflessi spesso acquisiti sin dall'infanzia, necessità metaboliche del “mezzo interno”, scelte, preferenze.**

Il non dimenticabile (!) D. BOVET (1907-1992), premio Nobel per la Medicina nel 1957, dimostrò che ratti mantenuti a diete liquide carenziali, non appena sospeso il trattamento, consumavano in modo preferenziale le soluzioni glucosate o saline che, per un periodo più o meno lungo, erano state loro sottratte.

Ma il comportamento alimentare umano è anche espressione di pulsioni di natura diversa: bisogni nutritivi, connotazioni simboliche, spinte pubblicitarie, incentivi consumistici, rispetto di miti e consuetudini regionali, forme di comunicazione ed integrazione familiare o sociale, disponibilità del “repertorio” alimentare, fino ad arrivare a pasti rituali o come simboli musico-religiosi in alcune etnie. Le interpretazioni sul significato di “comportamento alimentare” sono, da alcuni decenni, sempre di scottante attualità, per i riflessi sulla salute degli individui e delle collettività, specie nell'ambito della prevenzione di molte condizioni patologiche statisticamente in forte aumento: sovrappeso corporeo, obesità, diabete mellito insulino-indipendente ed altre sindromi del ricambio delle quali non sia documentata la familiarità, conseguenze di una scorretta introduzione di calorie e nutrienti.

Per questi motivi, negli ultimi anni, la Sanità pubblica ha opportunamente promosso molte iniziative mirate alla educazione alimentare e nutrizionale (vedi anche pag. 14 - n.d.Dir.) e dobbiamo ringraziare il Dr. Paolo DIOTALLEVI per aver suggerito, con questo

volume monotematico, argomenti particolarmente stimolanti perché possiamo riflettere sul “comportamento alimentare” che è il “primum mobens” dei successivi e conseguenti processi nutrizionali che si svolgono nel nostro organismo. Perciò ci auguriamo che questa pubblicazione abbia la più ampia diffusione soprattutto – ma non solo – tra i Medici, perché possa contribuire alla promozione della nostra Salute.

Nella Società industriale, come la nostra, il comportamento alimentare è sempre più condizionato da utopici modelli di estetica del corpo maschile e femminile (figure alte e slanciate, pochissimo adipe apparente etc.), autovalutazione arbitraria del proprio “sé” corporeo anche con implicazioni erotico-amorose e che riguardano perfino la collocazione nel mondo del lavoro.

Tutta ciò spiega la capillare diffusione tramite i mezzi di comunicazione di massa di numerose proposte **di diete “dimagranti”, spesso squilibrate, scientificamente non validate, poi arbitrariamente e autonomamente integrate da moderatori dell’appetito di presunta composizione vegetale ma che mascherano farmaci dannosi per il sistema nervoso centrale e per l’apparato cardio-vascolare,** talvolta formulate e prescritte da Medici non qualificati.

Anche la bulimia e l’anoressia vengono spesso considerate esclusivamente come patologie del comportamento alimentare, attribuendone la gestione della terapia soltanto al Nutrizionista o al Dietologo, ma erroneamente, perché si tratta anche (e soprattutto!) **di disturbi della sfera psicomotricità, di difficile identificazione e pertanto di competenza psichiatrica.** La lunghissima, paziente e talvolta purtroppo deludente opera dello psicoterapeuta può aiutare a risolvere il problema che ha grandi implicazioni familiari. Al Dietologo dovrebbe essere delegata soltanto la sorveglianza nutrizionale di queste vere e proprie malattie mentali, talvolta dall’esito infausto.

L’anoressia e/o la bulimia sono patologie di grandissimo interesse anche per il Medico di Medicina generale, al quale spetta il compito di formulare il sospetto diagnostico e di inviare al più presto il Paziente allo Specialista competente.

Il tema “anoressia-bulimia” è stato molto opportunamente incluso ed ampiamente trattato in altro capitolo di questo volume. Secondo una delle numerose e discusse ipotesi su questa Malattia l’anoressia e la bulimia (più frequenti nelle giovani o addirittura nelle adolescenti) esprimerebbero, in modo manifesto, perentorio, a volte provocatorio, il proprio disagio mentale, molto spesso inconscio, identificandolo nel bersaglio corporeo: peso, forme, profilo da ridurre soltanto con meccanismi autopunitivi ed a qualsiasi costo. Perciò in questi casi il cibo gioca un ruolo mediato ed indiretto sull’anomalia del “comportamento alimentare”.

La correzione di questa anomalia comportamentale presuppone innanzitutto la individuazione, la diagnosi etiologica molto precoce e la terapia specifica del disagio mentale che l’ha provocata. ■

I disturbi del comportamento alimentare

Per cominciare vediamo di cosa si tratta

Dr.ssa Nicoletta Cataldi

Istituto di Scienza dell'Alimentazione - Università "Tor Vergata" Roma

I disturbi del comportamento alimentare comprendono quattro sindromi di interesse psichiatrico: anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati. L'interesse per queste patologie è cresciuto negli ultimi cinquant'anni di pari passo con l'aumento dell'incidenza di queste forme, rare fino agli anni '50.

Anche nell'antichità sono descritti casi di anoressia nervosa, in una cornice di fede religiosa condivisa e di pratica ascetica del digiuno che trova nell'influenza dello spirito del tempo un legame con le motivazioni che spingono oggi le giovani donne ad iniziare una terapia dietetica e portarla alle estreme conseguenze. La patologia in questo secolo trova la sua distinzione non solo per l'aumentata incidenza quanto per la forte relazione con l'immagine del corpo, non rintracciabile negli esempi del passato. Il primo riferimento ad un disturbo del comportamento alimentare è riportato nella leggenda di Santa Vilgeforte, vissuta in Portogallo tra il 700 e il 1000 d.c., che smise di mangiare esaltando le virtù del digiuno autoimposto, come purificazione ed ascesi; fu poi Richard Norton nel 1964 a descrivere due casi di tisi

nervosa, ma si dovrà attendere il 1980 con il DSM III (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) per avere un inquadramento diagnostico dei disturbi del comportamento alimentare. A dispetto delle radici etimologiche del termine (*ob-edere: mangiare troppo*) l'obesità non figura tra i disturbi del comportamento alimentare, viene definita come eccesso di massa grassa e non è dimostrata un'associazione con particolari disturbi psichiatrici, sebbene circa il 30% delle persone obese presenti un "disturbo da alimentazione incontrollata".

DEFINIZIONE

Secondo il DSM-IV, redatto dall'associazione Psichiatrica Americana (APA), **l'anoressia nervosa** è caratterizzata da:

- rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per età e statura (per esempio perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto);
- intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso;
- alterazione del modo in cui il soggetto vive il



peso o la forma del corpo o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima;

- nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno 3 cicli consecutivi.

Vengono riconosciuti due sottotipi di anoressia nervosa:

1. con restrizioni

2. con abbuffate e/o condotte di eliminazione: (es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi).

Anche per la diagnosi di **bulimia nervosa** si fa riferimento al DSM-IV:

- ricorrenti abbuffate: mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili e sensazione di perdita di controllo durante l'episodio.
- ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico estremo (ginnastica da alcuni definita "compulsiva", vedi pag. 23 - n.d.Dir.).
- le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana, per almeno tre mesi.
- i livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.

Anche per la bulimia nervosa si riconoscono due sottotipi:

1. con condotte di eliminazione: vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.

2. senza condotte di eliminazione: altri comportamenti compensatori inappropriati, quali il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo.

Sono stati individuati criteri specifici per la diagnosi di **alimentazione incontrollata** o **Binge Eating Disorder (BED):**

- episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata, associati ai sintomi seguenti:
 - a) mangiare molto più rapidamente del normale, fino a sentirsi spiacevolmente pieni
 - b) mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati
 - c) sentirsi disgustati verso se stessi o molto in colpa per le abbuffate;
- il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno due giorni a settimana in un periodo di sei mesi;
- l'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensativi inappropriati.

EPIDEMIOLOGIA

I disturbi del comportamento alimentare sono aumentati in modo parallelo e con forti analogie di distribuzione (Paesi industrializzati) nella seconda metà del Novecento, da quando per la prima volta il mondo occidentale è venuto a confrontarsi con la sovrabbondanza di cibo.

L'incidenza annua per l'anoressia è di **8,1 casi per 100.000 abitanti/anno**, con una prevalenza dello **0.2-0.3%** per l'anoressia e **1%** per la bulimia, del **6%** per i disturbi del comportamento alimentare non meglio specificati e il **3%** per il disturbo da alimentazione incontrollata. L'età di esordio cade, per lo più, fra i 10 e i 30 anni: l'età media di insorgenza è 17 anni.

Tabella 1: **Epidemiologia dei principali disturbi del comportamento alimentare**

Sesso	90-95% femminile
Età d'insorgenza	Anoressia: 12-25 anni Bulimia: anche dopo i 25 anni
Incidenza	Anoressia: 8,1/100000 abitanti/anno Bulimia: 11,4/100000 abitanti/anno
Stato sociale	Difficilmente differenziabile

COMPLICANZE MEDICHE

Molte complicanze mediche derivano sia dallo stato di malnutrizione **sia dai comportamenti patologici utilizzati per raggiungerlo.**

L'anoressia ha effetti profondi soprattutto sul **sistema endocrino** che vanno dalle alterazioni del metabolismo glicidico a quelle ormonali (Tab. 2).

L'amenorrea è in relazione ad alterazioni dell'ormone luteinizzante e follicolostimolante (LH, FSH). Le alterazioni della funzione tiroidea ricordano quelle dell'ipotiroidismo e riflettono un meccanismo protettivo di risparmio energetico.

	Anoressia nervosa	Bulimia nervosa
Diminuzione LH, FSH, estrogeni	++++	++
Aumento cortisolo	++++	++
Alterazioni valori plasmatici T3 (ormone tiroideo)	++++	++
Aumento prolattina	++	+
Aumento GH (ormone della crescita)	++	+
Diminuzione ADH (ormone antiiduretico)	++	+

A livello cardiaco si osserva: bradicardia, riduzione della pressione sistolica, prolasso della valvola cardiaca mitralica, ridotta massa ventricolare sinistra con ridotta gittata cardia-

ca. Le prime alterazioni sono visibili già ad un semplice esame elettrocardiografico.

	Anoressia nervosa	Bulimia nervosa
Ipotensione	++++	++
Bradicardia	++++	+
Alterazioni ECG	++++	++
Miocardipatia	++	+
Prolasso mitralico	++	+
Insufficienza cardiaca	+	+

Gli squilibri elettrolitici sono frequenti nelle pazienti con lunga durata e soprattutto in coloro che praticano metodi purgativi, quali vomito autoindotto, abuso di diuretici o lassativi.

L'osteoporosi rappresenta la complicanza potenzialmente irreversibile nell'anoressia nervosa. La perdita di massa ossea avviene precocemente nel corso della malattia e correla, più che con il peso, con la durata dell'amenorrea, potendo variare dal **3% al 10% annuo**. L'approccio più importante per il trattamento dell'osteoporosi è il **recupero del peso e di cicli mestruali** regolari, anche se in alcuni casi non è sufficiente per ristabilire l'integrità scheletrica. Per prevenire l'osteoporosi può essere utile la terapia estroprogestinica.

A livello ematologico si osserva frequentemente una **compromissione delle funzioni immunitarie** con riduzione dei globuli bianchi e anemia.

Come abbiamo descritto i DCA e l'A.N. in particolare, presentano una notevole compromissione dello stato di salute, con l'instaurarsi di una **malnutrizione proteico-energetica di tipo cronico**.

Le complicanze cliniche richiedono comunque un periodo variabile di latenza perché possano manifestarsi. Alcune, come le gravi

alterazioni elettrolitiche, richiedono interventi tempestivi e sono più frequenti in pazienti con una lunga durata di malattia, estremamente malnutriti e/o che abusano di farmaci e/o che si autoinducono il vomito.

Altre complicanze di frequente riscontro in tali pazienti, che possono ostacolare la riabilitazione nutrizionale (soprattutto per bocca), sono quelle **gastrointestinali**. La sintomatologia comprende ipotonia e ipotrofia gastrica, rallentato svuotamento gastrico con senso di ripienezza post-prandiale anche in seguito all'ingestione di piccole quantità di cibo, disturbi della motilità intestinale, stitichezza, gonfiore e dolori addominali. Causa principale di queste complicanze è la malnutrizione. Il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi, gli squilibri elettrolitici giocano un ruolo importante. Nei pazienti che presentano crisi bulimiche si riscontrano spesso esofagite, gastrectasia, gastrite erosiva, che nei casi più gravi possono portare anche a rottura dell'esofago e dello stomaco.

Adattamenti metabolici e aspetti medici del trattamento

La manifestazione della malnutrizione energetico-proteica che si osserva nelle pazienti anoressiche è il calo di peso che coinvolge inizialmente in modo prevalente la massa grassa, successivamente la massa magra metabolicamente attiva (come ad es. i muscoli).

La gestione medica di questo tipo di pazienti deve partire da un'accurata valutazione dello stato nutrizionale, che comprende il rilevamento di indici come peso, altezza, BMI, indici antropometrici rilevati strumentalmente come plicometria, impedenziometria, DEXA e valutazione del metabolismo a riposo mediante calorimetria indiretta.

I comuni indici ematochimici non sono sempre indicatori fedeli della stato nutrizionale di questi pazienti, ma ci consentono di seguire gli effetti della rialimentazione. In particolare devono essere eseguite determinazioni degli elettroliti, degli altri oligoelementi, della transferrina, dell'emocromo, della conta dei linfociti assoluti e dell'albuminemia totale al fine di avere una valutazione del pool delle proteine viscerali. Quest'ultimo dato in particolare ci permette una stima della gravità del quadro nutrizionale.

Organizzazione del piano terapeutico

La riabilitazione nutrizionale occupa gran parte della terapia dei DCA.

Personalizzazione e individualizzazione sono i due principi guida della riabilitazione nutrizionale. A seconda del grado di malnutrizione presentato dal paziente si possono instaurare diverse opzioni terapeutiche: nutrizione artificiale di tipo enterale o parenterale, integrazione nutrizionale specifica per bocca, pasti concordati e assistiti.

Il paziente con un DCA spesso giunge come prima istanza all'osservazione di un ambulatorio specialistico.

La prima fase dell'iter è quella diagnostica e di valutazione del rischio biologico attraverso esami del sangue, visita medica e colloquio psicologico.

Sulla base dello stato delle condizioni somatiche e psicologiche **si organizza un piano terapeutico** che può prevedere uno o più dei seguenti interventi:

- a) Riabilitazione nutrizionale
- b) Psicoterapia individuale
- c) Terapia familiare
- d) Counseling familiare

- e) Ricovero ospedaliero
- f) Riabilitazione in strutture residenziali o in regime di day-hospital

Il ricovero ospedaliero si rende necessario quando sono presenti alcune condizioni che, da sole o combinate, mettono in pericolo la vita stessa del paziente, come **perdita di peso uguale o superiore al 40% (soprattutto se in breve tempo); rifiuto di alimentarsi; squilibri elettrolitici (in particolare ipopotassiemia); disturbi psichici gravi e rischio di suicidio.**

All'ingresso in una divisione ospedaliera, è necessario ottenere dal paziente una sorta di delega ad occuparsi della sua malnutrizione, assicurandolo sugli scopi del ricovero, orientati solo al controllo delle conseguenze patologiche della malnutrizione. Se si riesce ad ottenere la **fiducia e la collaborazione del paziente**, si potrà procedere ad un tentativo di rialimentazione che, nei casi più gravi, viene impostata in forma mista, **mantenendo, se possibile, un introito alimentare spontaneo** ed intervenendo contestualmente con una nutrizione artificiale parziale o con l'uso di diete semielementari.

L'intervento di nutrizione artificiale può essere condotto per via enterale (con sondino nasogastrico o tramite gastrostomia), o per via parenterale (flebo).

Dal punto di vista medico la via enterale è di più facile gestione, più fisiologica e più adatta a una gestione domiciliare; essa tuttavia è meno accettata dai pazienti e da alcuni psichiatri. La nutrizione parenterale presenta invece il vantaggio di indurre una replezione più rapida

in caso di rischio imminente, inoltre costringe il paziente ad una maggiore immobilità e, se praticata per via periferica, presenta una gestione meno difficile e determina meno complicanze.

Va prestata molta attenzione in corso di rialimentazione alla c.d. **Sindrome da refeeding**. È noto infatti che nella malnutrizione si creano una serie di condizioni di "squilibrio metabolico" responsabili di un aumento della mortalità in corso di rialimentazione. Tale processo deve essere iniziato con estrema cautela, somministrando al paziente carichi calorici pari al metabolismo basale a riposo e una quantità di nutrienti ed elettroliti calcolata sulla base dei dosaggi ematici giornalieri di questi ultimi.

Per concludere, ricordiamo infine gli obiettivi del trattamento in day hospital o in regime di ricovero:

- ristabilire un rapporto con il cibo più equilibrato e non dominato dall'atteggiamento ossessivo;
- ristabilire un peso corporeo che non sia necessariamente quello più adeguato ma che superi i livelli critici;
- migliorare il rapporto con il corpo e ridurre il disturbo dell'immagine corporea;
- creare una crescente consapevolezza della condizione di malattia mettendo il paziente a confronto con situazione simili alla sua;
- ristabilire una capacità di socializzazione e interrompere lo stato di isolamento;
- creare una distanza tra il paziente e le situazioni familiari che possono determinare lo stato di sofferenza psichica. ■

Disturbi del comportamento alimentare in età pediatrica

Dr. Domenico Lambiase

Specialista in Pediatria - ASL RM F

Dottore di Ricerca in Scienze Pediatriche presso l'Università di Tor Vergata

L'attenzione crescente per i disordini del comportamento alimentare in età evolutiva è strettamente correlata alla elevata morbilità e mortalità che tali disturbi determinano sempre più frequentemente.

Per l'OMS il Pediatra è la figura professionale che si occupa della salute del soggetto nell'età evolutiva da 0 a 18 anni. **In Italia il SSN definisce la fascia di età pediatrica come quella compresa tra 0 e 16 anni.**

La nutrizione riveste un ruolo di fondamentale importanza nello sviluppo psico-fisico di un individuo in crescita. Può essere pertanto utile ricordare preliminarmente alcune norme basilari di corretta alimentazione.

Nel bambino di età scolare e nell'adolescente si raccomanda l'assunzione regolare di una prima colazione a base di cereali e latte o yogurt, utile in caso di deficit di lattosio, oppure di frutta fresca, se gradita. Al pasto di mezzogiorno e per cena dovrebbe essere sempre presente un primo piatto di pasta o riso, in funzione delle abitudini regionali e della tradizione mediterranea, mentre sarebbe utile limitare l'assunzione delle uova a 1-2 volte la settimana e l'introduzione di carne e pesce, non necessariamente quotidiana. Un adeguato apporto di minerali, vitamine e fibre deve essere fornito dalle verdure e dal pane, an-

che integrale, mentre la frutta fresca di stagione dovrebbe essere assunta preferibilmente allo spuntino o a merenda. Altri consigli dietetici utili in un individuo in accrescimento sono l'uso limitato di insaccati, formaggi e tutti i condimenti di origine animale, privilegiando l'olio di oliva, e la ferma proibizione degli eccessi di dolci, bibite, dolci e degli alcolici.

Esistono gradi differenti di alterazione della corretta condotta nutrizionale: dalla semplice esclusione di taluni alimenti o pasti nel corso della giornata, a diete sbilanciate proposte anche da stampa non medica o diete malcondotte, fino a disordini di competenza strettamente psichiatrica ad esito talora fatale.

Attualmente il termine di disordini del comportamento alimentare, "eating disorders", include l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e i disturbi ad essa associati.

L'ANORRESSIA NERVOSA è un disordine nutrizionale di comune riscontro, specie nell'età adolescenziale (circa lo 0.5% dei soggetti il 90-95% dei quali sono ragazze).

È stata descritta con crescente frequenza l'insorgenza di disturbi di tipo anoressico in bambini di età compresa tra i 7 e i 12 anni, in cui l'incompleta espressione clinica è accompagnata spesso da

una diagnosi tardiva e da un decorso più grave della malattia.

L'alternanza di periodi di inappetenza con momenti di intenso desiderio di cibo, specie durante l'età adolescenziale, è nella maggior parte dei casi fisiologica; pertanto è di fondamentale importanza distinguere le varianti normali della condotta alimentare dalle situazioni derivanti e/o patologiche, che necessitano di un intervento specialistico strutturato.

Le caratteristiche essenziali per porre diagnosi di anoressia nervosa sono quelle indicate dal DMS IV - Manual Mental Disorders IV Ed.

(per le quali si rimanda al precedente articolo - n.d.Dir.):

In queste ragazze vi è una marcata accentuazione del controllo alimentare, con esclusione di cibo ritenuto "ingrassante" (pane, pasta, dolci). La perdita di peso viene in genere ottenuta attraverso uno o più dei seguenti metodi: drastica riduzione della quantità di cibo assunto, vomito auto-indotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi, attività fisica molto intensa e faticosa.

Talvolta si tratta di ragazze considerate "figlie modello" prima dell'inizio della malattia; ma in seguito si ritirano dalle amicizie diventano irritabili, reagiscono sfavorevolmente alle loro stesse modificazioni puberali, evidenziando profondi turbamenti psichici.

Le complicanze più temibili legate all'anoressia sono la malnutrizione grave con deterioramento del sistema cardiovascolare, disidratazione con disturbi elettrolitici, disturbi della motilità intestinale, infertilità e ipotermia.

LA BULIMIA NERVOSA è più frequente nella tarda adolescenza e alcuni ricer-

catori segnalano la possibile comparsa tra i 13 e i 18 anni, con dati di prevalenza pari al 4-5%.

Nel 90-95% colpisce il sesso femminile, ma il numero di maschi affetti è in continuo aumento.

I criteri diagnostici per la bulimia nervosa sono quelli del DMS IV.

La bulimia, a differenza della anoressia nervosa, non modifica gravemente lo stato nutrizionale. I sintomi più comuni sono edemi delle mani e dei piedi, astenia, cefalea, nausea e senso di gonfiore addominale. Clinicamente si apprezzano modificazioni cutanee al dorso delle mani (pigmentazioni, escoriazioni, callosità) provocate dall'induzione meccanica del vomito, erosioni dello smalto dentale provocate dal passaggio frequente del vomito acido, tumefazione bilaterale e dolente delle parotidi, disturbi elettrolitici, sanguinamento gastro-esofageo, alterazioni della motilità intestinale.

Nelle ragazze bulimiche le mestruazioni sono raramente assenti, ma vi è una spiccata irregolarità.

Il complesso inquadramento dei disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva deriva dalle difficoltà oggettive di ottenere dal bambino una accurata descrizione dei suoi pensieri, atteggiamenti e disturbi.

Numerose informazioni vengono filtrate ed interpretate dalle persone a lui più vicine e, in aggiunta, può risultare problematico somministrare i test psicometrici atti a valutare la psicopatologia alla base del disturbo.

Tuttavia è di fondamentale importanza prevenire e riconoscere precocemente tali alterazioni, prima della loro trasformazione in patologia conclamata.

La terapia dell'anoressia e della bulimia nervosa andrebbe condotta idealmente a livello

ambulatoriale, ma tale approccio è praticabile solo in presenza di:

- perdita di peso non allarmante (relativamente all'anoressia)
- assenza di complicazioni mediche
- motivazione al cambiamento
- ambiente familiare favorevole.

L'assenza di miglioramenti in un periodo di 12-16 settimane rappresenta una precisa indicazione all'ospedalizzazione, per evitare la strutturazione del disturbo.

L'ingresso in un reparto ospedaliero fornisce l'ulteriore beneficio di dare importanza alla gravità della malattia, conferma la diagnosi per mezzo di osservazioni dirette del giovane Paziente e provvede a condizioni ambientali controllate in cui attuare un efficace programma di comportamento.

Il trattamento dovrebbe essere effettuato da una équipe multidisciplinare costituita da:

- medici con competenze internistiche e psichiatriche (pediatri specialisti in medicina dell'adolescenza, psichiatri)
- psicologi e psicoterapeuti
- dietisti o nutrizionisti
- assistente sociale
- infermieri professionali.

Il ricovero in strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva avviene di solito per un periodo di 90 giorni, mentre il trattamento psicoterapico prevede tre fasi della durata complessiva di almeno 12 mesi.

La prima fase è finalizzata alla normalizzazione del peso e all'abbandono dei comportamenti di controllo ponderale;

la seconda fase è mirata al miglioramento dell'immagine corporea, dell'autostima e dei rapporti interpersonali;

la terza fase tende al mantenimento dei risultati ottenuti e alla prevenzione delle ricadute.

Attualmente il trattamento di scelta per i disturbi dell'alimentazione è rappresentato da un programma basato esclusivamente sulla teoria e terapia cognitivo-comportamentale descritta Garnier e Dalle Grave (1999).

CONCLUSIONI

I disordini del comportamento alimentare in età evolutiva rappresentano un problema emergente.

Dal momento che, specie nell'età adolescenziale, le anomalie della condotta alimentare sono frequenti e spesso prive di evidenti connotazioni patologiche, è di fondamentale importanza lo sviluppo di protocolli diagnostici per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e l'individuazione dei border-line e/o affetti.

Recentemente anoressia e bulimia sono state paragonate ad un "addict behavior"; una specie di tossicomania senza droga, al pari dell'obesità assimilata ad una dipendenza dal cibo, dal dolce.

La gestione del Paziente con patologia conclamata deve essere effettuata con appropriata metodologia scientifica presso centri con competenze multidisciplinari specifiche, in stretta collaborazione con il Pediatra di famiglia. Gli operatori sanitari dell'età evolutiva dovrebbero da un lato promuovere costantemente programmi di educazione alimentare, dall'altro indagare sull'idea che l'adolescente stesso ha del proprio peso e dell'immagine corporea, allo scopo di prevenire eventuali disturbi del comportamento alimentare. ■

Sapere i sapori

Un progetto di comunicazione e educazione alimentare nelle scuole del Lazio



a cura della Dr.ssa **Marina Rabagliati**

*Dirigente Servizi di Sviluppo e Informazione socio-economica
Assessorato all'Agricoltura - Regione Lazio*

con **Annalaura Anelli, Elena Signorile, Palma Zuccaio**
Comitato di Progetto "Sapere i Sapori"

PERCHÉ UN PROGETTO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE?

Sono trascorsi sei anni dal momento in cui l'Assessorato all'Agricoltura si è impegnato nel progetto di "Comunicazione ed Educazione Alimentare - Sapere i Sapori", un progetto che voleva rimuovere l'originario sistema di approccio all'educazione alimentare così detto "nutrizionistico" in favore di un metodo rivolto alla **riscoperta del gusto**.

E si parla di gusto a 360°: il gusto di mangiare per il piacere di farlo e non solo per la necessità di nutrirsi; il gusto di un piatto preparato, offerto e consumato, con la dignità che merita, in un luogo confortevole; il gusto di riscoprire i prodotti del patrimonio agroalimentare del Lazio e delle tradizioni che li legano al proprio territorio.

Alimentarsi è convivialità, piacere, storia, cultura ma è sotto gli occhi di tutti la tendenza dei giovani a preferire modelli alimentari nei quali l'aspetto sensoriale lascia il posto alla omogeneità e ripetitività del gusto, favorite dall'uso indiscriminato dei prodotti industrializzati

e dalla produzione di prodotti agro-alimentari che non hanno più identità ambientale e temporale.

In quest'ottica si inserisce il progetto "Sapere i Sapori".

Sua finalità primaria è infatti **favorire, nelle giovani generazioni, scelte alimentari consapevoli** che tengano conto dei gusti e disgusti dello studente e sollecitino il "riappropriarsi" dei prodotti agro-alimentari della propria regione come alternativa alla omologazione dei sapori e come salvaguardia del territorio e della biodiversità.

Il progetto, infatti, si propone anche di creare una relazione tra mondo della scuola e mondo della produzione, finalizzata all'orientamento scolastico e lavorativo, di costruire un archivio della cultura e delle tradizioni locali, le cui radici storiche possano essere recuperate attraverso un'azione di ricerca diretta sul territorio e, infine, di attuare iniziative di informazione e formazione destinate ai docenti e alle famiglie, per la divulgazione delle finalità del progetto.

Infatti l'educazione alimentare, per modificare atteggiamenti e comportamen-

ti, deve essere “problematizzante” per aiutare i giovani a prendere coscienza dei loro bisogni e consumi, degli impulsi che li condizionano, dei modelli e dei codici culturali implicati, delle ragioni economiche e socio-politiche che li determinano. Deve essere una ricerca-azione, motivante e coinvolgente, che valorizzi la scoperta di sé e del proprio mondo, la scoperta dell'altro e degli altri.

Occorre lavorare sull'immaginario e sulle percezioni, su come l'informazione può diventare comportamento, ripercorrendo le tappe con cui si sono create le abitudini alimentari personali e familiari. Nella definizione delle linee-guida del progetto di educazione alimentare, si è tenuto conto delle relazioni forti con il territorio e l'ambiente che gli alimenti intrattengono. Il progetto di educazione alimentare è fondato sull'informazione ma, soprattutto, sulla formazione dei giovani consumatori, ed ha tenuto conto dei nessi che collegano l'agricoltura, l'ambiente, l'alimentazione e la salute.

Due sono le riflessioni che in tale contesto hanno portato l'Assessorato all'Agricoltura a **scegliere la scuola come agenzia formativa privilegiata.** La Scuola, infatti:

- svolge un'azione informativa e formativa

completa, dal momento che nelle scelte alimentari sono presenti e agiscono bisogni biologici, psicologici, valori e significati culturali, motivazioni simboliche, e un'azione precoce, poiché le ricerche psico-pedagogiche confermano che le abitudini e i gusti, in fatto di cibi, si strutturano e si fissano nell'infanzia e nella preadolescenza;

- ha il compito di promuovere stili di vita adeguati, volti all'acquisizione di sane abitudini alimentari.

COME SI È REALIZZATO

Il progetto, promosso dall'Assessorato all'Agricoltura della Regione Lazio, è stato redatto con il contributo collaborativo di un gruppo di insegnanti di scuole elementari e medie. Esso consta di una parte didattica che fornisce la guida alla realizzazione delle attività in classe e di una parte esecutiva che definisce fasi, azioni, raccordi tra scuola e territorio, oltre la creazione di appositi organismi di raccordo per garantire al contempo un coordinamento regionale e l'autonomia delle singole scuole.

I destinatari del progetto risultano essere non solo gli alunni della scuola dell'obbligo, ma anche i docenti, i genitori, i nonni e le persone preposte all'alimentazione dei giovani stessi.



Il progetto è stato strutturato in 8 percorsi formativi, che non intendono frazionarlo in piccole parti separate, ma si propongono di schematizzarne le molteplici implicazioni didattiche, attraverso percorsi che rappresentano i diversi aspetti di uno stesso argomento:

- Cibo ed emozioni
- Percorso storico
- Laboratorio scientifico in classe
- Dieta mediterranea
- Noi e gli altri
- Dal convenzionale al biologico
- Etichetta, pubblicità, consumi
- Prodotti tipici
- Sicuri a tavola
- Il vino e i giovani
- Cibarte

MOTIVARE PER EDUCARE

Il metodo suggerito, per la realizzazione delle attività dei singoli percorsi, è quello di un coinvolgimento attivo degli alunni che solleciti in loro curiosità, voglia di capire, di modificarsi per migliorare, mantenendo costante il riferimento alla realtà.

Se si fa perno sulla sfera emotiva, si permette agli alunni di “raccontarsi”, svolgere indagini sul proprio vissuto, sulle proprie sensazioni, fare esperienze nei “laboratori del gusto”, anche l’aspetto culturale e l’apprendimento scolastico diventano una spontanea necessità di soddisfare la loro curiosità. Molte sono le azioni che contribuiscono alla formazione consapevole del consumatore soggetto e non oggetto: visitare un’azienda agricola per ripercorrere i luoghi di produzione degli alimenti, sentirne gli odori, vederne i colori; comprendere che vi è un legame tra cibo, ambiente e salute; conoscere le

tecniche di coltivazione realizzando orti biologici nei giardini delle scuole; conoscere la filiera produttiva di un alimento e le tecniche di trasformazione; sensibilizzare alle problematiche relative alla informazione e alla tutela dei consumatori incontrando esperti del settore.

LA COMUNICAZIONE

Tra gli aspetti innovativi di questo progetto va sottolineato quello che ha promosso il suo successo: la Comunicazione. Comunicazione come apertura della Scuola al Mondo che la circonda.

Per attuare questo aspetto sono programmati dalle singole scuole incontri tra alunni, operatori della scuola, genitori, esperti, autorità pubbliche.

Gli incontri hanno lo scopo di sensibilizzare, informare, coinvolgere l’opinione pubblica sui temi che da sempre si affrontano tra le mura della classe; ne è stata quindi amplificata la portata tra le pareti di ogni abitazione, ufficio competente, attività commerciale per la realizzazione fattiva degli obiettivi che il progetto si propone.

Tutti hanno testimoniato la convinzione che attraverso la Scuola si possa arrivare a mete difficilmente raggiungibili con altri mezzi, soprattutto quando i soggetti sono i giovani e l’azione deve risultare formativa.

Il bilancio di questo lavoro è positivo e incoraggiante ma, al tempo stesso, la consapevolezza che il benessere psico-fisico delle giovani generazioni non sempre trova posto nel processo educativo come motivo di riflessione e come obiettivo da raggiungere, rafforza il nostro convincimento e la nostra volontà nel proseguire lungo la strada intrapresa. ■

Il desiderio compulsivo di dolci e zucchero nei familiari dei soggetti diabetici

Dr. Giuseppe Altamore

Specialista in Endocrinologia, Capo Reparto Medicina Interna Policlinico Militare "Celio", Roma

Il Diabete Mellito tipo 2, già definito dalla cultura popolare come Diabete Mellito dell'anziano (o alimentare) è una malattia metabolica caratterizzata per definizione da **alti valori della glicemia a digiuno (> 126 mg) e o dopo pasto (>200 mg %)**.

La malattia, che insorge prevalentemente dopo i 40 anni associandosi spesso ad obesità, non necessita, almeno all'esordio, di terapia insulinica, differenziandosi per tali aspetti dal Diabete Mellito tipo 1.

È ormai riconosciuta e accertata la predisposizione dei familiari di Pazienti diabetici tipo 2 ad ammalarsi anch'essi di Diabete. Sono stati pertanto studiati a lungo i figli di pazienti diabetici tipo 2: in essi si è rilevata - spesso fin dalla giovane età - un'anomala produzione di insulina in risposta all'assunzione di zuccheri e dolci.

L'insulina è un ormone prodotto dalla porzione endocrina del pancreas: tale ormone legandosi alle cellule dell'organismo permette alle stesse l'utilizzo del glucosio come fonte energetica mantenendo i valori della glicemia in un range ben definito.

L'anomalia nella produzione di insulina individuata spesso nei familiari dei Pazienti affetti da Diabete Mellito tipo 2 consiste nel fatto che, in

seguito a un pasto ricco di zuccheri a rapido assorbimento (dolci, miele, marmellata, zucchero ecc), **l'ormone viene prodotto in quantità eccessiva e soprattutto in ritardo.**

Questi due aspetti sono causa spesso dell'insorgenza, lontano dal pasto, di ipoglicemia con sintomi quali: sonnolenza, astenia, scarsa capacità di concentrazione.

I soggetti si accorgono nel tempo che, assumendo zuccheri e dolci, ripristinano rapidamente lo stato di benessere per la scomparsa delle sensazioni sgradevoli sopra descritte. Purtroppo dopo 3-4 ore il quadro clinico dell'ipoglicemia si ripresenta.

Gli episodi di ricerca del cibo ricco in zuccheri possono presentarsi in questi soggetti la notte ed assumere talvolta aspetto compulsivo.

Con il trascorrere degli anni si instaura spesso sovrappeso ed obesità.

È possibile valutare questa anomalia nella produzione di insulina mediante un semplice prelievo ematico a digiuno volto a valutare la glicemia e contemporaneamente l'insulinemia.

Un rapporto glicemia/insulina inferiore a 6 e - ancor di più - inferiore a 4, individua rispettivamente un'anomalia nella produzione di insulina lieve e grave.

Tale anomalia, oltre a favorire l'insorgenza di sovrappeso e obesità, è chiamata in causa nell'insorgenza in questi Pazienti di ovaio policistico e steatosi epatica.

Infine con il tempo, in genere dopo i 40 anni, si assiste ad un progressivo esaurimento della funzione del pancreas, costretto per anni ad una eccessiva attività, si riduce relativamente la produzione di insulina e compare il Diabete Mellito tipo 2.

Da quanto sopra è chiara l'utilità di un intervento medico volto ad interrompere la progressione del quadro clinico precedentemente descritto.

L'atto medico dovrà imporre un nuovo stile di vita.

La dieta (ipocalorica in caso di sovrappeso o di obesità) dovrà essere frazionata in 5-6 pasti giornalieri con colazione, spuntino, pranzo, spuntino, cena, eventuale spuntino dopo cena, al fine di evitare per quanto possibile i sintomi ipoglicemici.

Dalla dieta dovranno essere esclusi zucchero, dolci, marmellata, miele, cioccolata dolce, frutta secca, banane, uva, fichi, cachi in quanto tali alimenti più degli altri stimolano l'eccessiva produzione di insulina. Inoltre per il loro rapido assorbimento non sono in grado di evitare l'ipoglicemia tardiva.

Per lo stesso motivo la dieta, equilibrata per apporto di nutrienti, privilegerà alimenti integrali e per quanto possibile sarà arricchita di fibre.

Dovrà essere consigliata l'attività fisica (almeno 20 minuti di passeggiata a passo svelto tutti i giorni) poiché velocizza l'azione insulinica evitando il persistere in circolo di alte concentrazioni della stessa e quindi preservando l'individuo da episodi ipoglicemici tardivi.

Nelle forme più gravi inoltre, l'utilizzo di farmaci come la Metformina ha ottenuto discreti risultati ripristinando un normale rapporto glicemia/insulina, e favorendo inoltre un discreto calo ponderale. ■

La medicina cinese e l'obesità

Dr.ssa **Laura Liberini**

Medico Chirurgo, Specialista in ORL - Perfezionata in agopuntura

LA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Per cercare di comprendere la medicina tradizionale cinese è indispensabile abbandonare ogni preconcetto ed addentrarsi in un diverso modo di vedere il corpo umano e le sue funzioni, normali e patologiche.

Questa antica medicina, i cui albori risalgono a circa mille anni a.C., differisce da quella occidentale - **analitica** - sostanzialmente per il fatto che il suo sistema di osservazione dei fenomeni naturali è di tipo **sintetico** quindi opposto; ma non per questo meno valido. Essa si fonda su principi, difficilmente coniugabili con quelli della medicina occidentale; in sintesi, i più importanti sono:

- **Dimensione fenomenologica globale e dinamica;**
- **Relazione analogica tra macro- e microcosmo;**
- **Non separabilità di corpo e psiche.**

Il **primo punto** ci dice come, per il pensiero cinese, non esista alcuna realtà statica nell'intero universo, e come tutto sia in regolare e perpetua trasformazione.

Il **secondo punto** pone l'attenzione sull'osservazione che gli eventi manifesti seguono leggi analoghe su ogni scala, dall'infinitamente gran-

de all'infinitamente piccolo. Obbedendo alle stesse leggi, gli avvenimenti macro- e micro-cosmici sono strettamente connessi tra loro. Quindi qualsiasi organismo non può essere disgiunto dall'ambiente cui appartiene.

L'ultimo punto ci dice che non si fa distinzione tra elementi fisici e psicologici, ovvero che non c'è soluzione di continuità tra corpo e psiche.

La medicina cinese è un sistema teorico e pratico coerente e indipendente, sviluppato nel corso di oltre due millenni.

Basata su antichi testi, essa è il prodotto di un continuo ripensamento critico e di una vasta mole di osservazioni ed esperienze cliniche. Il suo materiale è stato formulato e riformulato da clinici e teorici famosi. Essa affonda le sue radici nella filosofia, nella logica, nella sensibilità e nelle abitudini di una civiltà del tutto aliena rispetto alla nostra. Ha perciò sviluppato una propria percezione del corpo, della salute e della malattia. **La medicina cinese considera importanti certi aspetti del corpo umano che non sono significativi agli occhi della medicina occidentale. Viceversa, la medicina occidentale osserva ed è in grado di descrivere certi aspetti del corpo umano che non sono significativi o rilevabili per la medicina cinese.**

La differenza di struttura logica ha spinto le due medicine in due direzioni diverse. La medicina occidentale si occupa principalmente di **malattie**. Malattie che prende di mira, isola e cerca di trasformare, controllare e distruggere; parte da un sintomo e ne ricerca il meccanismo sottostante. Cioè, ricerca la causa specifica per una malattia specifica.

Il medico orientale, invece, rivolge la propria attenzione alla **totalità dell'individuo**. Così, tutte le informazioni rilevanti, che includono il sintomo, ma anche altre caratteristiche generali del paziente, sono raccolte e "integrate" finché arrivano a costituire ciò che la medicina chiama un **"quadro di disarmonia"** che descrive la situazione di "squilibrio" nel corpo del paziente. È così che, ad esempio, dieci casi di ulcera duodenale verranno trattati dal medico occidentale quasi tutti con gli stessi farmaci mentre per il medico cinese saranno dieci persone che presentano, molto probabilmente, dieci diverse forme di "squilibrio", che richiederanno altrettanti trattamenti diversi e personalizzati.

Eppure queste due diverse medicine, riflesse nelle percezioni delle due tradizioni, sono entrambe in grado, ciascuna a suo modo, di guarire lo stesso corpo.

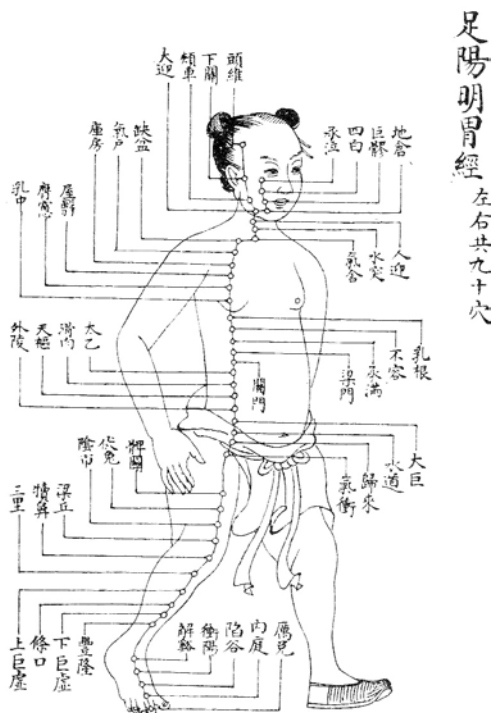
L'ALIMENTAZIONE SECONDO LA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Ciò premesso, veniamo all'argomento dell'alimentazione, oggetto della nostra piccola monografia.

La dieta è considerata dalla medicina cinese un'abitudine umana determinante per la salute e la malattia e molti libri sono dedicati a questo tema.

Un'assunzione di cibo irregolare per quantità o qualità, oppure orari dei pasti irregolari possono disturbare l'armonia del corpo. Questa medicina considera gli alimenti come veri e propri farmaci, pertanto una dieta corretta ed un'adeguata trasformazione dei cibi sono indispensabili per mantenere uno stato di buona salute.

Il nutrimento è da sempre un bisogno primario dell'uomo. I primi uomini non avevano esperienze tramandate o riferimenti per scegliere quale alimento consumare, ma nella selezione l'uomo primitivo era indubbiamente aiutato da sensi molto più sviluppati dei nostri (primi fra i cinque: vista, olfatto e gusto). In ogni cibo c'è qualcosa che attira o che respinge e sicuramente anche le conoscenze diete-



足陽明胃經 左右共九十六

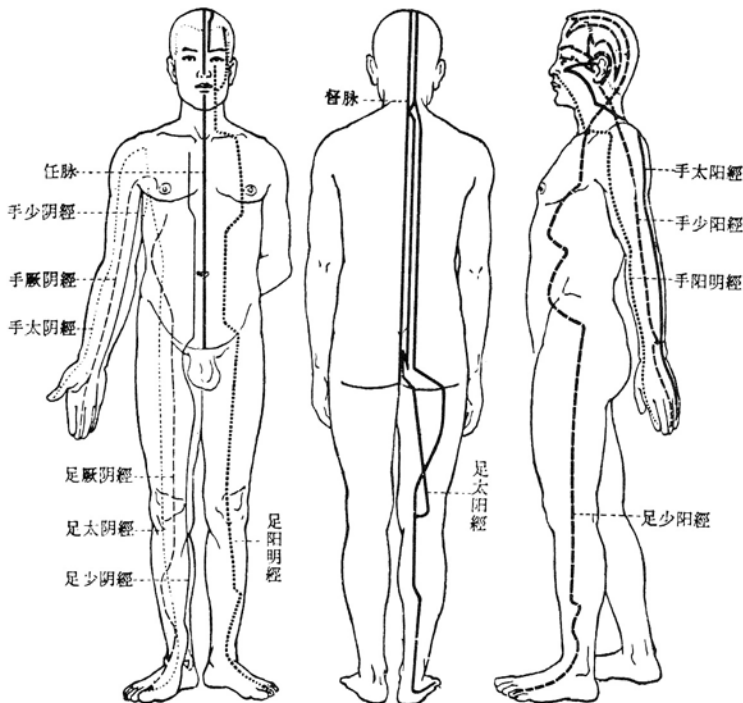
tiche hanno radici antiche e si basano proprio sullo studio dei sapori e degli odori.

La medicina dietetica occidentale concepisce il nutrimento come semplice apportatore di sostanze al nostro organismo, studia la materia di cui sono costituiti i cibi “spezzettandoli” nella loro struttura biochimica e molecolare e componendo così le diete in base ad un equilibrio fra i vari costituenti proteici, glucidici e lipidici e fra gli apporti energetici degli stessi. La medicina tradizionale cinese invece studia quell’impalpabile **energia** (chiamata **Qi**) che “traspira” da ciò che mangiamo e ne studia poi l’impatto con quella assai simile che permea tutto il nostro organismo. L’energia del cibo traspare sotto le forme del colore, della consistenza, dell’odore e del sapore. Tutti questi aspetti vengono esaminati attenta-

mente perché ognuno è fondamentale nella formulazione di una “dieta cinese”! In altre parole, la dietetica cinese approfondisce gli aspetti qualitativi ed energetici della nostra alimentazione: di ogni cibo cerca di capire *natura, sapore e movimento* dell’energia. Si distinguono così le cinque **nature** (fredda, fresca, neutra, tiepida e calda), i cinque **sapori** (amaro, piccante, acido, dolce e salato) ed i quattro **movimenti** (interiorizzazione e discesa, esteriorizzazione e salita).

Il dietologo cinese è una sorta di scienziato-cuoco-sommelier!

Egli studia le caratteristiche degli alimenti con la stessa passione con cui li insegna a cucinare ai propri pazienti. Egli si sforza di fornire loro perfino le nozioni fondamentali per sapersi orientare nel procurarsi gli ingredienti, nel



porzionare e confezionare gli alimenti ed i loro condimenti, nel cuocerli in modo che ne siano esaltate le capacità nutritive e farmacologiche e contrastati gli effetti negativi!

L'OBESITÀ SECONDO LA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

È facilmente comprensibile allora come le abitudini alimentari odierne contrastino fortemente con quelle cinesi di diversi secoli fa! Il rapporto attuale tra dieta ed obesità è così stretto ed evidente da non avere necessità di alcuna precisazione. Più è alto il benessere di una società più l'alimentazione è ricca ed ipercalorica e purtroppo, in questi ultimi anni, si osserva sin dall'età della fanciullezza il comparire sempre più frequente di casi di obesità. I bambini di oggi mangiano troppi cibi, e spesso di pessima qualità: troppi fritti, troppe merendine, troppi condimenti grassi ed in più non fanno quasi per nulla movimento, preferendo passare ore davanti al computer od alla televisione. L'obesità nella fanciullezza, poi, predispone alle gravi patologie del metabolismo dell'adulto (diabete, ipercolesterolemia, gotta, ecc.) ed alle patologie cardiovascolari e tumorali.

La medicina cinese considera diversi tipi di obesità e, come detto precedentemente, di volta in volta pone attenzione al caso specifico del singolo paziente affetto da quel **“quadro di disarmonia”** in cui compare anche l'aumento eccessivo di peso e formula il trattamento combinato di **agopuntura, auricoloterapia e fitoterapia** specifico per quel soggetto.

In particolare l'auricoloterapia consiste nell'infissione di piccoli aghi sul padiglione auricolare in punti specifici che corrispondono ad alcuni organi interni che si ritengono implicati nello squilibrio energetico (o metabolico, se vogliamo) di quell'organismo. Gli aghi sul padiglione vengono anche stimolati, per meglio farli agire, tramite una lieve corrente elettrica continua, opportunamente regolabile tramite un apposito apparecchio.

L'agopuntura consiste invece nell'infissione di una decina di aghi su altri punti del corpo, situati sul decorso di quelli che si chiamano **“meridiani”**, e che vanno a stimolare e riequilibrare profondamente gli organi interni con l'intento di riportare il metabolismo ad un regime fisiologicamente sano.

In alcuni casi, si ricorre anche alla fitoterapia, con somministrazione di erbe che tendono a modificare il senso di fame e sazietà oltre che a regolare le funzioni intestinali e renali facilitando la defecazione e l'urinazione.

ATTENZIONE AL PESO!

In ogni caso il medico (sia di scuola occidentale che orientale!) dovrà aiutare costantemente il paziente a mantenere una tenace volontà nel **modificare permanentemente** il peso corporeo, se esso è in eccesso.

Questo potrà farlo suscitando in lui la consapevolezza sia di quell'affetto che ognuno di noi deve a se stesso quanto della necessità di una stretta collaborazione con lo specialista che così non sarà più solo di fronte al problema da risolvere! ■

OA - Overeaters Anonymous

Un vecchio problema visto da una prospettiva nuova

A cura di OA - Comitato Rapporti con l'Esterno

Pubblica Informazione Intergruppo Sud

OVEREATERS ANONYMOUS "MANGIATORI COMPULSIVI ANONIMI" È UNA ASSOCIAZIONE DI UOMINI E DI DONNE CHE, CONDIVIDENDO LE PROPRIE ESPERIENZE E SOSTENENDOSI RECIPROCAMENTE NELL'ANONIMATO, VIVONO IL RECUPERO DAL MANGIARE COMPULSIVO ATTRAVERSO UNA ESPERIENZA DI GRUPPO.

L'associazione segue lo stesso Programma adottato dagli "Alcolisti Anonimi", quello dei 12 passi e delle 12 tradizioni, poiché è ormai universalmente accettato che l'ossessione del mangiare compulsivamente è molto simile a quella che spinge un'alcolista a bere in eccesso, e che pertanto solo una crescita a tre livelli, fisico, emotivo, spirituale, può allontanare il mangiatore compulsivo dalla sua dipendenza. Spesso sono considerate patologiche soltanto le due situazioni estreme: "anoressia - bulimia" che effettivamente sono quelle a più alto rischio per la vita.

Tra queste condizioni limite esistono però molte situazioni intermedie di dipendenza dal cibo che procurano grande disagio, tra cui il comportamento alimentare di tipo compulsivo.

Nei gruppi OA vi sono persone che:

- 1) alternano periodi di diete affamanti a periodi di abbuffate
- 2) fanno ricorso in modo compulsivo alla ginnastica per controllare il proprio peso
- 3) vomitano o usano lassativi e diuretici
- 4) raggiungono vari livelli di obesità con tutte le conseguenze che questa patologia ha sulla salute.

Ciò che accomuna queste persone è un "rapporto malato" con il cibo: la lotta con l'ossessione estetica e l'incontrollabilità del comportamento alimentare (comportamento compulsivo) porta ad accumulare stati d'ansia e frustrazioni per i tentativi falliti.

In tutti i casi i disturbi alimentari incidono negativamente sulla salute fisica e su quella psichica dei malati e, se non sono curati in tempo, si aggravano.

Si sperimenta costantemente che il Programma dei 12 passi e delle 12 tradizioni porta ad un recupero della vita del malato, lo libera dalle ossessioni, lo rende capace di affrontare la quotidianità della famiglia e del lavoro e lo conduce al riconoscimento del proprio valore e della propria interiorità.

Quello che può sembrare solo un problema personale è invece una sofferenza che ha la sua ricaduta finale nel sociale: partendo dall'ambito ristretto della famiglia, fino a coinvolgere, o più esattamente a sconvolgere, il lavoro e la vita di relazione di ciascuno.

Una nota storica sui gruppi: Overeaters Anonymous è nata a Los Angeles, nel 1960 e da oltre 16 anni è in Italia. È un'associazione di

auto-mutuo-aiuto totalmente autonoma.

Nei gruppi non ci sono professionisti, non ci si appoggia a particolari strutture pubbliche o private, non vengono fornite diete nè consigli dietetici ai propri membri. Ciò che viene offerto è il Programma dei 12 passi e delle 12 tradizioni nonché il reciproco sostegno, grazie alle esperienze personali di recupero dal mangiare compulsivo.

I 12 passi e le 12 tradizioni sono contenuti in un libro, ad ogni passo e tradizione è dedicata una lettura, fondamentale per potersi ritrovare fra le righe lette, spunto per riflettere, ascoltarsi, capire, dare un nome a tutte quelle sensazioni nascoste aiutando a far luce nel proprio passato e ad affrontare un giorno alla volta le difficoltà.

Il loro fine è di aiutare la singola persona a fare azione nella sua vita e ad usare nuovi gesti nel suo quotidiano, abbandonando pian piano meccanismi del passato.

Non ci sono quote o imposte da pagare per essere membri di OA, Overeaters Anonimous è autosufficiente e non sollecita né accetta donazioni esterne, non è affiliata ad alcuna organizzazione pubblica o privata, movimento politico, ideologia o dottrina religiosa, non prende posizione su controversie esterne. Il nostro scopo primario è di astenerci dal mangiare compulsivo e portare questo messaggio di recupero a quelli che ancora soffrono.

In OA c'è la ferma convinzione che le figure professionali rappresentanti la Medicina ufficiale assieme ai nostri gruppi possano collaborare in modo armonico, seppur in ambiti diversi e distinti.

Overeaters Anonymous non intende sostituirsi ai Medici e alle istituzioni.

Le riunioni offrono sostegno e comprensione a tutti i membri partecipanti. Il recupero dal mangiare compulsivo attraverso il programma dona libertà e serenità, un passo alla volta, un giorno alla volta.

Una delle tradizioni molto importanti per la nostra associazione OA è l'anonimato: noi abbiamo sempre bisogno di mantenere l'anonimato personale nei confronti della stampa, della radio, della televisione e di tutti i mezzi di comunicazione. Ciò significa che OA in sé non è anonima, ma lo sono i suoi membri. Mentre l'associazione può essere pubblicizzata, noi non violiamo il nostro anonimato personale nei rapporti con i mass-media e l'esposizione riconoscibile del nostro volto a livello di organi di comunicazione rappresenta una violazione della nostra tradizione dell'anonimato. ■

Si possono ottenere informazioni più dettagliate presso la Segreteria nazionale di Milano (02.4078803) e quella di Roma (06.4743772) oppure visitando il sito OA: www.oa.org (www.oa-italia.it)

UNA TESTIMONIANZA

Mi chiamo Stella e sono una mangiatrice compulsiva. I miei problemi con il cibo sono cominciati durante gli esami di stato, nel 1983. Avevo sempre praticato molto sport, perciò smaltivo bene quello che mangiavo. Poi, all'improvviso, mi fermai per preparare gli esami e in due mesi ingrassai di quattro chili.

Li per li non me ne preoccupai molto. Terminati gli esami, però, i chili in più non diminuirono. Nel giro di pochi mesi divennero un problema per me. Non sono mai stata una persona in sovrappeso, almeno secondo le tabelle dietologiche. Io mi sentivo "ciccioletta". Cominciai a fare delle diete. Alle volte funzionavano, e perdevo i miei 6-7 chili in più. Peccato che poi li riprendessi sempre. La maggior parte dei tentativi, comunque, terminava con l'interruzione della dieta dopo qualche giorno. In ogni caso iniziavo a capire di avere un problema che andava ben di là del semplice chiletto di troppo. Poi mi trasferii all'estero, per ragioni di lavoro e studio. Lì cominciai una psicoterapia che mi aiutò molto. Oltretutto il mio peso si andava stabilizzando ed ero dimagrita, perciò pensai che la cosa fosse ormai da archiviare. Non sapevo che era solo una fase "regressiva" della malattia.

Dopo alcuni anni tornai in Italia e già prima di rientrare avevo ripreso del peso. Ero cosciente di avere un problema ma non ancora pronta ad affrontarlo. Passarono altri quattro anni di peso altalenante e vita caotica. Poi un giorno di dicembre del 1999 decisi di affrontare la cosa e mi venne in mente OA.

Conoscevo i gruppi d'auto-aiuto dal mio lungo soggiorno all'estero perciò non mi fu difficile pensare a quest'alternativa. Nel giro di un paio di giorni cominciai a frequentare le riunioni OA e tutt'oggi sono ancora un membro dell'Associazione. Alla prima riunione non capii molto ma mi sentii sollevata nel sentire che ero malata. Pensai: finalmente! Adesso so da dove partire!

L'idea della malattia non mi spaventò, anzi m'infuse un senso di pace. Soprattutto perché il rimedio c'era, ed era il programma dei 12&12. Iniziai a seguire i suggerimenti dati alle riunioni e mi misi a leggere tutta la letteratura disponibile. Sin dalla prima riunione smisi d'avere attacchi di abbuffate. Quello che non avevo ancora capito era che io sono anche anoressica. La mia mente distorta mi aveva sempre inviato il messaggio: chili in più uguale orrore, chili in meno uguale fantastico.

Quindi mi ero sempre preoccupata della mia tendenza a riprendere i chili persi ma non dei periodi in cui praticamente non mangiavo e dimagrivo. E più passavo il tempo in OA più mi rendevo e mi rendo conto della mia forte tendenza anoressica.

Per questo motivo io non posso permettermi di mangiare poco e molto. Seguo una dieta equilibrata, prescrittami da professionisti che mi hanno in cura per patologie, guarda caso, gastrointestinali.

Ora capisco perché non sono mai ingrassata molto: appena raggiungevo un certo peso, nella mia mente scattava un meccanismo quindi cominciava la fase anoressica. Ora mantengo un peso stabile da quasi cinque anni e soprattutto ho un equilibrio interiore che mi permette di affrontare la vita in modo positivo. Non mi sento più isolata e ho abbandonato comportamenti compulsivi che accompagnavano la mia malattia attiva, quali p.e. il sovraccaricarmi di lavoro, l'incapacità di portare avanti una relazione con un uomo fino in fondo. Mi sono assunta la responsabilità della mia vita e della mia salute, grazie ad OA e al Programma dei 12 Passi.

Stella OA

Lo specialista risponde

La terapia chirurgica nel trattamento dell'obesità

Egr. Direttore,

ho 47 anni, faccio una vita sedentaria e sono obeso da sempre.

Tutte le diete che ho tentato sono risultate vane, per un motivo o per l'altro.

Ho sentito parlare alla radio di "terapia chirurgica dell'obesità". Sarei molto curioso di sapere di cosa si tratta e di conoscere gli eventuale rischi connessi.

G.T. Roma

risposta a cura di:

Prof. **Stefano Frattaroli** - Dr.ssa **Tiziana Scaldaferrì**

Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Università "La Sapienza" - Roma - Azienda Policlinico Umberto I°

L' "obesità" è l'eccesso di peso corporeo a vantaggio della massa grassa; insorge quando l'apporto alimentare supera le richieste energetiche dell'organismo e riconosce come predisponenti fattori genetici, endocrino-metabolici, psicologici, ambientali, errate abitudini alimentari. Essa predispone ad altre malattie quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, dislipidemie, ictus, infarto, arteriopatie, colelitiasi, tumori del colon-retto e dell'utero, depressione.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha fissato i nuovi criteri che permettono di classificare l'obesità in base al **BMI (Indice di Massa Corporea)** ottenibile dal rapporto (peso in kg.) : (altezza in mt. al quadrato). Come limite superiore di normalità è stato fissato un valore di BMI di 24.9, mentre è stata definita l'obesità di I, II e III grado quella con valori compresi rispettivamente tra 25 e 29.9, tra 30 e 39.9 e maggiori di 40.

La terapia dell'obesità mira a ridurre l'apporto alimentare ed incrementare il dispendio energetico e prevede un programma medico-dietologico (dieta ipocalorica, modifiche nel comportamento alimentare, esercizio fisico e farmaci). Tale programma spesso risulta inefficace, fino al 90% degli obesi patologici (BMI > 40 o tra 35 e 40 se associato ad altre patologie) per il verificarsi dell'effetto c.d. jo-jo: ad un dimagrimento segue un più cospicuo aumento di peso a discapito della massa magra e a vantaggio della massa grassa.

Nei casi di obesità resistente a qualsiasi tipo di trattamento medico si fa ricorso alla terapia chirurgica.

Gli interventi chirurgici previsti si possono distinguere in due gruppi:

- interventi di restrizione gastrica che riducono l'apporto alimentare per l'induzione di una sazietà precoce

- interventi di derivazione bilio-digestiva che producono un malassorbimento intestinale lasciando inalterato l'apporto alimentare.

Gli interventi restrittivi sono preferibili a quelli derivativi.

Nel gruppo dei restrittivi il Banding gastrico regolabile e reversibile per via laparoscopica è senz'altro la metodica di scelta.



regolabile attorno alla parte superiore dello stomaco che viene stretta come una cintura costituendo una sacca ga-

strica ridotta di volume e che può essere regolata attraverso un dispositivo sottocutaneo. È un intervento completamente reversibile, mini-invasivo: lo stomaco rimane intatto, è permessa la regolazione esterna del bendaggio e la degenza è breve. I risultati ad un anno sono di circa il 50% di perdita dell'eccesso di peso corporeo e un BMI a tre anni compreso tra 25 e 30. Altri interventi, qualora il banding non risultasse adatto (2-3%), sono la *gastroplastica verticale* e il *by-pass gastrico*. Anch'essi hanno lo scopo di promuovere la perdita di peso inducendo una sazietà precoce, essendo minore la quantità di cibo che può essere accolta nello stomaco modificato. Ciascuna delle procedure ha un rischio di circa il 10% di complicanze tra cui: deiscenza dell'anastomosi e stenosi e/o ulcerazione dello stomaco o del margine gastrico.

Tra gli interventi derivativi, citiamo **il by-pass bilio-pancreatico**, ma con qualche perplessità, in quanto intervento *demolitivo ed irreversibile*.

Nei pazienti con BMI > 30 in cui l'intervento chirurgico è controindicato o per ridurre il ri-

schio operatorio nei pazienti super-obesi candidati all'intervento è invece in uso da **diversi anni il trattamento endoscopico**. Esso prevede il posizionamento e la successiva rimozione, sotto guida endoscopica, di *un pallone intragastrico (BIB o BioEnterics Intragastric Balloon)* il cui scopo è quello di indurre meccanicamente la sensazione di sazietà. La presenza di tumori, di ernie iatali e di esofagite di II e III grado rappresentano delle controindicazioni al posizionamento del pallone; in presenza di ulcera gastrica e/o duodenale l'intervento va rimandato. La rimozione avviene in media dopo circa sei mesi ad eccezione dei casi di intolleranza o di complicanze.

Quasi tutti i pazienti (90%) nella prima settimana dall'intervento presentano vomito a volte associato a dolori addominali: a tali pazienti si raccomanda una terapia medica con antiemetici, antispastici e antiacidi. In alcuni casi si sono manifestati squilibri elettrolitici e insufficienza renale. Il persistere dei sintomi rappresenta un motivo di rimozione anticipata rispetto alla data prevista.

In letteratura sono riportate complicanze tardive, quali l'ulcera gastrica nel 1.5-2.6% dei casi, occlusione intestinale causata da un parziale sgonfiamento spontaneo del pallone e conseguente migrazione nell'intestino anche se nella maggior parte dei casi viene eliminato con le feci. Eccezionali i casi di perforazione. I risultati, dopo la rimozione a sei mesi, corrispondono ad una perdita media di peso di circa 14 kg negli obesi e 33 kg nei super-obesi. Ovviamente il raggiungimento dello scopo di tale trattamento dipende molto dalla tolleranza del paziente e dalla sua volontà ad associare ad esso una dieta ipocalorica ed una terapia comportamentale. ■

Vegetariani non si nasce, ma si diventa

Dr. **Pietro Siragusa**

Specialista in Neurochirurgia

Medicine non convenzionali - Esperto di nutrizione e Membro della Società Scientifica di Nutrizione Vegetariana

Questo “motto” sintetizza l’evoluzione etica e dietetica che si nasconde dietro la scelta vegetariana, scelta che non sempre è facile.

Tutti credono che ci si alimenti per poter vivere, ma pochi si rendono conto che intorno al cibo esistono aspetti psicologici importanti, legati proprio alla sua assunzione. Si attribuiscono alle cose e agli eventi significati di cui non sempre si è consapevoli e a questa regola non fanno eccezione gli alimenti.

Tali significati possono modificarsi attraverso i periodi storici e a seconda delle aree geografiche e non sempre hanno una fondatezza razionale. Spesso mangiamo in modo inconsapevole, non ci soffermiamo mai a considerare, mentre mangiamo, cosa sia ciò che abbiamo nel piatto. Ma fare qualcosa senza consapevolezza NON è motivo di vanto. È così che nasce la convinzione che il cibarsi di carne sia necessario per crescere forti e robusti, ma anche a dimostrare un benessere economico raggiunto.

Tale idea è ormai stata smentita da anni e ancora dalle più recenti acquisizioni scientifiche: ciononostante la scelta vegetariana è ancora troppo spesso una scelta di rinuncia (come se

si potesse chiamare rinuncia smettere di “avvelenarci”!).

Un aspetto interessante è la **frammentazione della realtà**, meccanismo applicato anche in molte altre situazioni. L’alimento è visto in funzione di quello che appare in quel momento e non della sua origine e della sua storia. Meglio pensare alla mucca felice che pascola nei prati verdi e saltare l’idea delle condizioni di vita negli allevamenti, le strazianti immagini del trasporto degli animali da macello e della macellazione stessa (“se i macelli avessero le pareti di vetro, la maggior parte della popolazione sarebbe vegetariana” - Linda McCartney) ed arrivare, per miracolo, alla bistecca nel piatto. **Si usufruisce del prodotto finale, ma si vorrebbe non essere complici del meccanismo e dei passaggi attraverso cui viene ottenuto.** Nasce l’abitudine a negare l’esistenza di eventi dolorosi, drammatici ed inquietanti, sebbene noi siamo complici quotidiani anche se giriamo la testa dall’altra parte. È facile mangiare una coscia di pollo o del prosciutto, ma quanti lo farebbero se dovessero da soli andare ad uccidere la gallina o il maiale? Dovremmo prendere coscienza profondamente di tutto questo per chiederci: è giusto e soprattutto necessario mangiare carne? Sembra impossibile vedere tanta gente

commuoversi o sdegnarsi per la sorte dei poveri cani e gatti, uccisi per rifinire con le loro pellicce i capi di abbigliamento e non provare gli stessi sentimenti per altri animali, “cosiddetti da pelliccia”; ma ancor peggio apparentemente inspiegabile vederli poi indossare quegli stessi abiti. Nella psiche scattano meccanismi di difesa finalizzati alla “rimozione della sofferenza” e per arrivare a ciò, in modo superficiale, infantile ed irrazionale, si nega ogni aspetto della realtà che ci possa costringere a fare quelle “rinunce” necessarie ad essere coerenti con quanto detto solo a parole.

Un ulteriore aspetto su cui riflettere è il cibo come legame tra genitore e figlio.

Tale rapporto inizia già durante la gravidanza e continua per molti anni, finché lo stesso dipenderà dai genitori, occasione attraverso il quale questi trasmettono ai loro figli le loro convinzioni, alcune delle quali possono essere infondate: da qui la perpetuazione della “tradizione” e la difficoltà, per chi prende coscienza, di superare le resistenze ambientali ed uscirne.

L'accusa più frequente, quanto falsa, rivolta alla dieta vegetariana è quella delle carenze nutrizionali che ne deriverebbero.

L'American Dietetic Association e i Dietitians of Canada hanno ribadito recentemente che “...le diete vegetariane correttamente bilanciate sono salutari, adeguate dal punto di vista nutrizionale ed appropriate per tutti gli stadi del ciclo vitale, ivi inclusi gravidanza, allattamento, prima e seconda infanzia e adolescenza, promuovendo una crescita normale... **I bambini e gli adolescenti vegetariani** presentano più bassi introiti di colesterolo, grassi saturi e grassi totali e si presentano in media più magri e con più bassi valori di colesterolo plasmatico...”: non è poco

in un momento storico come l'attuale dove l'obesità infantile sta diventando un problema serio in tutte le società ricche. Secondo alcuni i vantaggi che questo tipo di alimentazione sicuramente offre sarebbero facilmente ottenibili anche solo riducendo i grassi animali, pur mantenendo una dieta che includa la carne, anche perché escludendola completamente aumenterebbero alcuni (non dimostrati) rischi carenziali. Ebbene, diverse sono le buone ragioni per non condividere questa impostazione. Se pur vero, che una parte delle patologie causate dai cibi animali, non sono dovute ai cibi in sé, ma alle modalità di produzione (farmaci abitualmente utilizzati negli allevamenti, pesticidi e contaminanti chimici largamente usati in agricoltura e spesso presenti nelle carni animali – il 90% della diossina che assorbe una persona deriva dal consumo di carne, specie pollo, pesce ma anche latticini) numerosi studi confermano che introdurre piccole quantità di prodotti animali riduce (ma non elimina) il rischio di contrarre tali patologie ma al tempo stesso non apporta alcun vantaggio qualitativo nutrizionale.

OGGI MOLTI SI STANNO AVVICINANDO ALL'ALIMENTAZIONE VEGETARIANA, CON MOTIVAZIONI DIVERSE.

Alcuni per migliorare la propria salute, poiché ritengono che sia più salutare non mangiare prodotti di origine animale o, quantomeno, carne. Questa scelta si basa su molte ricerche che dimostrano **quanto la dieta vegetariana sia efficace nel prevenire alcune delle malattie degenerative, tipiche dei paesi industrializzati.** Uno studio su 11.000 vegetaria-

ni seguiti per un periodo di 17 anni ha evidenziato una mortalità totale inferiore del 44% rispetto a quella della media delle persone (*British Medical J.* 1996, vol. 313, pp. 775-779); mentre secondo un altro studio, i vegetariani presentano una mortalità inferiore del 40% rispetto a quella di chi mangia carne (*Thorogood et al.*, *British Medical J.* 1994, pp. 1667-1670); inoltre secondo uno studio multicentrico statunitense su 76.000 persone si è evidenziata una mortalità dovuta a cardiopatia ischemica inferiore del 31% tra i vegetariani rispetto agli onnivori. L'uso abituale di carni rosse ed insaccati si è chiaramente dimostrato associato allo sviluppo di tumori del colon, del pancreas, della prostata e del seno (*Sandhu M.S. et al.*, 2001); inoltre, una dieta ricca in carni cotte ad alte temperature, alla griglia, alla brace o frita aumenta il rischio di tumori dello stomaco e dell'intestino (*Knekt P. et al.*, 1994; *Skog K. Et al.*, 1997) e questi sono solo degli spunti di riflessione. La ridotta mortalità di cui su detto si riferisce per di più alle cardiopatie ischemiche, malattie cerebro-vascolari e tumorali.

Altri ancora per rispetto della vita animale: sta crescendo la consapevolezza che gli animali sono esseri viventi che sentono gioia e dolore, soffrono come noi e quindi la loro vita va rispettata come quella degli uomini. Non possiamo tacere la verità: gli animali soffrono moltissimo sia quando vengono macellati, sia con la vivisezione, sia quando sono allevati e trasportati in luoghi angusti o privati della libertà: questo va spiegato a tutti con informazione adeguata e soprattutto facendo conoscere ai bambini gli animali da vicino per poterli amare e rispettare fin da piccoli. Inse-

gnamento che inizia con l'esempio dei grandi. Purtroppo gli animalisti (tra cui i tantissimi proprietari di animali domestici che adorano e difendono il proprio "fuffi") non sempre sanno rinunciare a mangiare gli animali. Alcuni Governi hanno deciso di riaprire la caccia alla balena e l'opinione pubblica di molti Paesi non sembrava avere dubbi nel condannare il fatto. Ma io non capisco perché contemporaneamente si consumano milioni di scatolette di tonno: che differenza c'è tra il tonno e la balena? Non è sufficiente non mangiare carne solo per paura del cancro; può essere un motivo iniziale, ma fare la scelta vegetariana ha significato solo per la presa di coscienza della sofferenza che "inutilmente" impartiamo agli animali che mangiamo.

Altri ancora sono sensibili alla causa ambientalista e all'incontrollato sfruttamento e al conseguente inquinamento di questo nostro pianeta. È ormai ampiamente dimostrato che una delle principali cause storiche della povertà e della fame del mondo, è stata proprio quella di creare gli allevamenti intensivi degli animali. L'alimentazione di questi ultimi, per creare quelle che erroneamente sono chiamate "proteine nobili", è in grado di consumare ingenti quantità di proteine vegetali che meglio servirebbero a sfamare molti tra i poveri del mondo. Per non parlare dello spreco dell'acqua, bene sempre più prezioso al mondo, e dell'inquinamento provocato da concentrazioni enormi di animali in piccoli territori, come nel caso della pianura Padana con gli allevamenti, soprattutto di suini. Mentre milioni di esseri umani patiscono la fame, altrettanti muoiono per malattie causate da un eccessivo consumo di carne di animali alimentati con ce-

reali: occorrono circa 10 Kg. di cereali per ottenere un solo Kg. di carne commestibile; per lo stesso Kg. di carne occorrono più di 3000 litri di acqua: un vergognoso spreco! Gli allevamenti intensivi producono fino a 3 tonnellate di liquami per ogni cittadino e la loro evaporazione, insieme all'azoto prodotto nelle montagne di letame e liberato nell'aria sotto forma di ammoniaca gassosa, sono una causa delle piogge acide e contribuiscono notevolmente all'inquinamento del globo. Nel mondo ci sono oltre 800 milioni di affamati perché il 34% della produzione mondiale di cereali è destinata all'allevamento di animali. A ciò si deve aggiungere un terzo del pescato mondiale che è trasformato in farine ad uso zootecnico e concimi. Attualmente, milioni di ettari di terreno del Terzo Mondo sono coltivati esclusivamente per produrre cibo destinato a nutrire bestiame europeo e americano. 36 dei 40 paesi più poveri del mondo esportano cereali negli Stati Uniti quasi tutti destinati al bestiame. L'America Meridionale per far posto agli allevamenti distrugge ogni anno una parte della foresta amazzonica grande come l'Austria. Che cosa vuol dire? Vuol dire che un'area grande come un campo di calcio, sfruttata per produrre carne servirebbe a nutrire 2 persone; la stessa coltivata a mais ne sfamerebbe 10, a grano 24, a soia 61. Vuol dire che se l'attuale su-

perficie coltivabile fosse destinata al consumo diretto umano e non ad ingrassare animali per la carne, sarebbe disponibile cibo sufficiente a nutrire da due a cinque volte l'attuale popolazione mondiale! Tutto questo non merita almeno un momento di riflessione?

Si può dunque diventare vegetariani attraverso mille percorsi che possono passare attraverso il cuore, come per ragioni filosofico-religiose o per il rispetto della vita animale, o attraverso la ragione, come per ragioni salutiste o socio-ambientaliste **ma essere vegetariani non è solo NON mangiare carne: è un fatto etico.**

È il primo passo verso una consapevolezza ed un cambiamento che non si esprime solo nel piatto, ma in ogni aspetto della propria esistenza. È il punto estremo della non violenza e soprattutto è una scelta che ci coinvolge coerentemente in prima persona. **È un dato di fatto che il passaggio ad una alimentazione esclusivamente vegetariana ha rappresentato per molti il primo passo di una trasformazione globale della propria vita.**

Mahatma Gandhi disse che se desideriamo gestire le nostre passioni, dobbiamo in primo luogo gestire i nostri palati. ■

Brevemente...

di Paolo Dotallevi

A Il “comportamento alimentare” è la conclusione, spesso inconsapevole, delle nostre scelte inconscie e rappresenta una parte, forse proprio la più appariscente, di quanto affiora del nostro mondo interno. Pertanto, in caso di disordini comportamentali alimentari, nessun atto terapeutico può prescindere da una seria valutazione della **sfera psicologica ed emotiva dell'individuo**. Senza naturalmente dimenticare che dietro il disturbo si può celare anche una malattia organica, come il diabete.

B I disturbi del comportamento alimentare, rari fino agli anni '50, si riscontrano attualmente con discreta frequenza in entrambi i sessi e in tutte le fasce di età, pur restando più frequenti nel sesso femminile. La loro diffusione è **in aumento anche nell'ambito pediatrico**, tanto da indurre anche le istituzioni regionali ad avviare un programma di educazione alimentare finalizzato a favorire scelte alimentari consapevoli nelle giovani generazioni. Questi disturbi risultano fortemente invalidanti per l'intero organismo, in particolare **per gli apparati endocrino, cardiovascolare, gastrointestinale, scheletrico, per il sistema immunitario, per l'equilibrio elettrolitico e, non da ultimo, per la psiche del Paziente**. Pertanto, non può esistere un intervento risolutivo senza un adeguato progetto terapeutico, da affidare ad una **équipe multidisciplinare e non a un singolo Medico**.

C Accanto alle terapie più note esistono anche **approcci terapeutici non convenzionali**, i quali, lungi dall'essere in conflitto con la Medicina ufficiale, ne costituiscono al contrario un validissimo complemento. Sono evidenziate in questa rivista, le due proposte che considero più serie: la **medicina tradizionale cinese** e **O.A. - Overeaters Anonymous**. Anche la scelta di una **dieta esclusivamente vegetariana** può far parte di un cammino personale di educazione alimentare e spirituale, oltre che costituire la migliore prevenzione delle patologie tumorali, superiore in questo alla sospensione del fumo, come ha recentemente ribadito, tra gli altri, anche Umberto Veronesi, Direttore dell'Istituto Europeo di Oncologia.

In conclusione una riflessione un po' amara, forse anche banale: in un pianeta dove i due terzi della popolazione soffre la fame, ricordiamoci che apparteniamo al terzo privilegiato, quello che si preoccupa del comportamento alimentare.

Più
Xte!

O₃

OLTRE IL PULITO

SANIFICAZIONE ALL'OZONO

L'ozono è un gas naturale che possiede un grande potere disinfettante. Attivo per la disinfezione dell'acqua e dell'aria, ha una straordinaria efficacia su **batteri, virus, muffe, funghi**, ed ha inoltre un'azione **deodorante**.

PULIZIA E IGIENIZZAZIONE DIRETTAMENTE A CASA!!!

→ MATERASSI → TENDAGGI → TAPPEZZERIE → DIVANI
NON SOLO PER LA CASA, MA ANCHE PER L'AUTO, IL CAMPER, LA BARCA

INOLTRE

LINEA HYGIENE BOX CLEAN LA RIVOLUZIONE DELL'IGIENE ABBIGLIAMENTO E OGGETTI

→ ABITI → CAPPELLI → SCARPE → CASCHI → PASSEGGINI
MA ANCHE PER CUSCINI, COPERTE, TAPPETI E MOLTO ALTRO

L'OZONO ELIMINA
BATTERI
VIRUS
ACARI
MUFFE



E RIMUOVE
TUTTI GLI ODORI

PER I SERVIZI
DI SANIFICAZIONE A DOMICILIO

CHIAMA SUBITO

il numero verde gratuito

800 598627

oppure scrivi una mail a:

info@servizisanificazione.it

WWW.SERVIZISANIFICAZIONE.IT



EOSMED®

DIRETTORE DR. PAOLO DIOTALLEVI

AZIENDA CON SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ CERTIFICATA UNI EN ISO 9001:2008



LABORATORIO ANALISI CLINICHE

Analisi di routine _ PRIME TEST _ Microbiologia _ Parassitologia _
Infettivologia _ Markers tumorali _ Analisi ormonali _ Monitoraggio farmaci e
droghe _ HIV _ Pap Test



DIAGNOSTICA PER IMMAGINI *

Radiologia interamente digitale _ Ortopanoramica e
Telecranio digitale _ Esami contrastografici _ Mammografia _
Ecografia _ Ecocardiografia _ Color-Doppler _ MOC _ TC _ RM



POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO

Medicina interna _ Cardiologia _ ECG _ Angiologia _ Neurologia _
Neurochirurgia _ Elettromiografia _ Elettroencefalografia Endocrinologia _
Gastroenterologia _ Endoscopia _ Ginecologia _ Oculistica _
Otorinolaringoiatria _ Ortopedia _ Dermatologia _ Ginnastica Posturale



RISONANZA MAGNETICA APERTA

TAC SPIRALE - DENTASCAN

CENTRO DI RADIOLOGIA ODONTOIATRICA

Ortopanoramica digitale _ Teleradiografia del cranio digitale _
Esami radiologici occlusali _ Studio diretto e stratigrafico digitale delle ATM _
TAC arcate dentarie _ Dentascan



TAC "CONE BEAM"

OFFERTA FORMATIVA PER OPERATORI SANITARI

Il Centro è la Sede dei Corsi ECM di Radiologia Odontoiatrica dell'ARASS e
della SIAMEG - *Direttore: Dr. Paolo Diotallevi*



00177 Roma - Via Prenestina 321 (Largo Irpinia)
Tel. e Fax 06.299391 - 298286 r.a. - segreteria@eosmed.it

Orario continuato Lun-Ven 8,00/19,00 - Sabato 8,00/12,30
Convenzioni SSN

www.eosmed.it



Radiologia Dr. Diotallevi Srl
RADIOLOGIA DIGITALE - ECOGRAFIA - MOC -
RM - TAC - DENTASCAN - POLIAMBULATORIO
00177 Roma - Via Prenestina 321 - scala A
Tel. e Fax 06.299391 - 298286 r.a. - posta@eosmed.it
ARCHIVIO FISCALE: 00128 Roma - Via Basile 16



Salus 2000 Srl
LABORATORIO ANALISI CLINICHE
00177 Roma - Via Prenestina 321
Tel. e Fax 06.274241 - posta@eosmed.it
ARCHIVIO FISCALE:
00128 Roma - Via Basile 16
Tel. e Fax 06.2786247



ARASS - No profit
RICERCA E FORMAZIONE IN AMBITO
SANITARIO
Via S. Spirito, 47 - Castel Gandolfo 00040 (Roma)
Tel. 06.89683645
segreteria@arass-noprofit.org