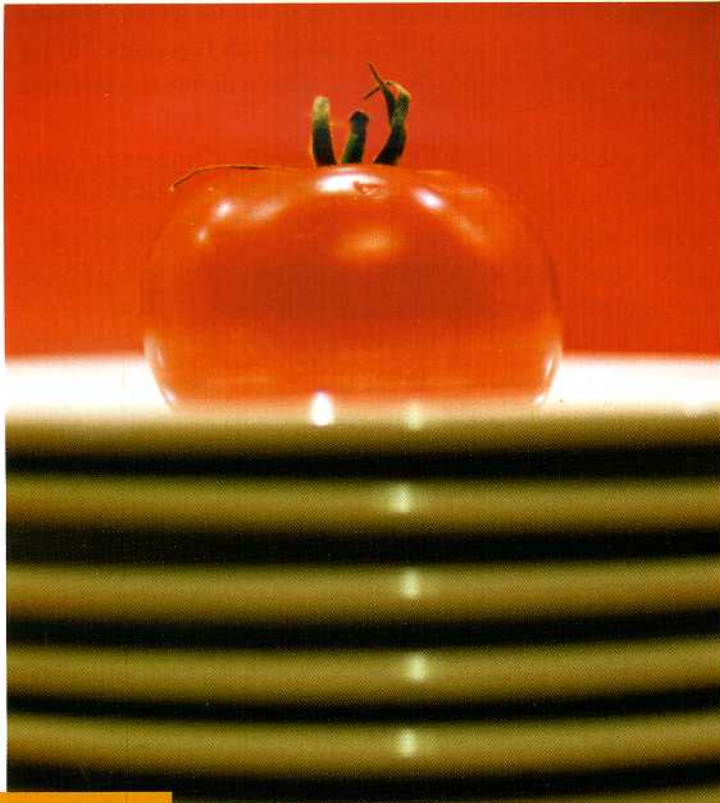


Le diete? Sono inutili



LE DIETE FAI-DA-TE? INUTILI, ANZI, CONTRO-PRODUCENTI. PER CONTRASTARE I POTENTI MECCANISMI CHE CI INDUCONO A MANGIARE TROPPO È NECESSARIO UN APPROCCIO COGNITIVO E COMPORTAMENTALE.

Rigoroso nelle sue scelte, capace di approfondire ogni spunto e ogni metodologia che possa aiutarlo nel raggiungere l'obiettivo. Nazario Melchionda, docente di Malattie del Metabolismo all'Università di Bologna è famoso fra i suoi colleghi per il rigore con il quale applica anche a se stesso le regole che 'predica' agli altri: ai congressi lo si vede alzarsi all'alba per fare esercizio fisico e studiare con attenzione il menù o i buffet. Se è incerto sull'introito calorico di un cibo estrae dalla tasca una bilancia e lo pesa.

È stato lui ad aprire a Bologna, oltre trenta anni fa, il primo Centro di Fisiopatologia della Nutrizione e Metabolismo, disciplina che ha insegnato per primo in Italia dal 1974. Oggi Melchionda si allinea alle conoscenze della Evidence Based Medicine e di "dieta" non vuole più sentir parlare: «È un approccio controproducente», afferma, netto come sempre; «nessuno è mai riuscito a perdere stabilmente peso con la prescrizione di una dieta, anzi le diete fanno ingrassare».

«Di fatto» nota Melchionda «non solo il 100% delle persone che si affidano a diete fai-da-te fallisce nei suoi scopi: anche la stragrande maggioranza dei pazienti seguiti con attenzione e rigore da bravi professionisti finisce per riprendere il peso perso in pochi mesi e superarlo negli anni seguenti. Il ciclo è: 3 mesi di dieta per perdere anche 10 chili e 2-3 anni per riprenderne 15».

Dopo decenni di studio e di approfondimento il fondatore della Società Italiana per lo Studio dell'Obesità, membro della International Obesity Task Force (IOTF) creata dall'Organizzazione mondiale della sanità, ritiene di essere arrivato a definire in Italia un modello terapeutico e metodologico in grado di fornire qualche risultato, ampiamente descritto nel Nord America.

È definita Terapia Cognitivo-Comportamentale ed è sperimentata ormai da anni (con continue evoluzioni) presso l'Unità Operativa di Malattie del Metabolismo e Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, una delle poche strutture interamente dedicate alle malattie metaboliche e nutrizionali.



Quali rapporti fra obesità o sovrappeso e diabete di tipo 2?

Un rapporto di causa-effetto assai stretto. Il diabete è uno degli elementi della sindrome metabolica, spesso non è nemmeno il più importante. In un certo senso rischia di 'fare ombra' al problema vero.

In che senso?

Il paziente male informato o mal consigliato dice 'ho il diabete'. E invece quella è solo una parte del problema. Il suo primo problema è il sovrappeso, spesso l'obesità. Le cattive abitudini alimentari e la mancanza di esercizio fisico. Quello è il problema. Da qui discendono diabete, dislipidemie, pressione alta e via elencando.

Il sovrappeso è il 'primo' problema in ordine di tempo o di importanza?

Ambedue. Nessuno ingrassa perché ha il diabete, mentre il diabete di tipo 2 è nella stragrande maggioranza dei casi la conseguenza del sovrappeso. La tardiva conseguenza del sovrappeso. Infatti quando diagnosticiamo il diabete, stiamo parlando di una persona che da molti anni ha sviluppato insulinoresistenza, ipertensione, che ha prodotto danni seri nelle sue arterie.

Quindi la prima cosa è dimagrire...

Certo! Questa è la principale misura di prevenzione, nonché la più importante terapia per tutti gli aspetti della sindrome metabolica.

Però, nonostante si parli tanto di diete, siamo tutti sempre più grassi e fatichiamo sempre di più a controllare il peso.

Siamo grassi nonostante le diete o 'a causa' delle diete? Molte diete finiscono per promuovere un aumento di peso perché costringono l'organismo a una forzata sottotutrizione, alla quale fa seguito fatalmente una ipernutrizione, perché scatenano o amplificano disturbi del comportamento alimentare e soprattutto perché l'esperienza del fallimento deprime la persona e sono proprio i vissuti depressivi la molla dei comportamenti alimentari meno salubri.

Il fatto è che perdere peso è difficile, più che smettere di fumare, o di bere...

Non c'è paragone. Il fumo o l'alcool sono 'vizi', piaceri, abitudini acquisite, le chiami come vuole. Il cibo invece è una necessità: il nostro organismo è programmato per assumere tutte le sostanze nutritive che ha a disposizione. Il nostro corpo si è sviluppato in 50 mila anni nei quali l'alimentazione era incerta e oggi si ribella con ogni mezzo all'idea di una volontaria riduzione del cibo.

"Mangia per salvare te stesso e la tua specie", ci dicono ormoni e neuro-trasmittitori, input culturali e sociali. Il grasso fino a cin-

quanta anni fa era vita, era una riserva importantissima. Oggi invece, da quando il nutrimento è assicurato a tutte le popolazioni occidentali, il

grasso è un rischio. È

per questo che da solo il paziente non può fare nulla, le resistenze che dobbiamo contrastare sono troppo forti.

E il Sistema Sanitario, la Medicina come risponde?

È disorientata. Visto che essere

“ Nessuno è mai riuscito a perdere stabilmente peso con la prescrizione di una dieta, anzi le diete fanno ingrassare. ”



Nazario Melchionda, Professore associato di Endocrinologia, insegna Malattie del Metabolismo nel Corso Integrato GEM del nuovo ordinamento della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna. Dirige la Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione, indirizzo Nutrizione Clinica. È Direttore dell'Unità di Malattie del Metabolismo e Disturbi del Comportamento Alimentare del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna.

Melchionda ha aperto nel 1972 la prima struttura dedicata alla terapia dell'obesità e ha tenuto nel 1974 il primo corso universitario di Dietoterapia e di Nutrizione Clinica. È stato fondatore e Presidente della Società Italiana per lo Studio dell'Obesità (SISO, attualmente SIO). È membro da tredici anni del consiglio direttivo della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA). È il delegato italiano dell'International Obesity Task Force (IOTF) della OMS e presiede la Task Force Obesità Italia (TFOI).

“

Il nostro corpo si è sviluppato in 50 mila anni nei quali l'alimentazione era incerta e oggi si ribella con ogni mezzo all'idea di una volontaria riduzione del cibo.

”

sovrappeso è 'normale', si finisce per abbassare la guardia. Oggi il 50% degli italiani è in sovrappeso. E il fenomeno è in aumento. Si calcola che nel 2050 sarà in sovrappeso oltre l'80% della popolazione.

Come possiamo intervenire?

Per ora possiamo lavorare solo sull'aspetto cognitivo e comportamentale. Possiamo, anzi dobbiamo, apprendere e accettare nuove abitudini: moderare gradatamente e per sempre l'introito calorico e aumentare l'esercizio fisico che è l'unica possibilità concreta che abbiamo per contrastare efficacemente la sindrome metabolica.

Che differenza c'è fra quanto lei dice e la 'dieta'?

Come il giorno e la notte. Io ai miei pazienti dico: "Non dovete fare la dieta e in fondo non dovete nemmeno perdere peso. Dovete operare un cambiamento: la perdita di peso sarà una delle conseguenze di questo cambiamento".

Sì ma... concretamente la persona che si rivolge al vostro Centro con quali istruzioni esce dalla prima visita?

Una sola: "Mangia quello che vuoi e quando vuoi: ma scrivilo e tieni un diario dettagliato e completo".

Solo questo?

Le pare poco? In primo luogo si tratta di riportare il cibo alla consapevolezza e dichiarare comportamenti che spesso sono preconsoci. La registrazione meticolosa e scrupolosa degli alimenti consumati può bastare a indurre un cambiamento. In secondo luogo tenere un diario crea empowerment: è il paziente che decide, non il medico. Consegnando un diario e dicendo al paziente: "Fai quello che vuoi, ma scrivilo", si capovolge il modello tradizionale.

E il medico, il Team che ruolo hanno?

Il medico ascolta, dà degli strumenti. Ed è questo che fa la differenza fra il successo e l'insuccesso. Perciò cerchiamo di fare formazione con cura maniacale. Ogni attenzione è dedicata al momento didattico, a comunicare informazioni nella maniera più chiara. Portare avanti un approccio multidimensionale

di questo tipo è incredibilmente complesso. Qui al Policlinico Sant'Orsola-Malpighi abbiamo dovuto creare una struttura apposita, un Team multidimensionale all'interno della struttura, che comprende e fa interagire intorno a ogni singolo caso il medico internista e la dietista, lo psicologo e lo psichiatra. E all'interno di questo Team abbiamo sviluppato un percorso definito nei minimi dettagli, un manuale di lavoro e un processo certificato a norma Iso 9002. Offriamo e chiediamo al paziente meticolosità e scrupolosità: chiediamo un diario e offriamo un manuale e un processo conforme alle norme della Qualità. Si ricordi che 'meticoloso' viene da *metus* che significa 'timore' in latino: meticoloso è colui che agisce con attenzione perché ha timore di cosa accadrebbe se sbagliasse. E 'scrupoloso' deriva da *scrupulus*, una parola etrusca che indicava l'unità di misura dell'oro. Scrupoloso è colui che agisce con attenzione perché sa che ciò che fa ha valore. Il cibo è prezioso, l'errore che riguarda il cibo deve incurire timore.

Perché timore?

L'obesità è largamente sottovalutata. Se voglio che il paziente obeso operi un faticoso cambiamento devo fargli capire che finora ha sbagliato. Deve avere timore. Deve avere la coscienza di ciò che sta rischiando. Allo stesso modo deve sapere che il cibo ha valore.

Ai pazienti meticolosi e scrupolosi cosa insegnate?

Il loro diario diverrà più complesso, insegneremo loro a calcolare l'introito calorico, a metterlo in relazione con le variazioni del loro peso, poi chiederemo loro non solo di dire 'cosa', ma 'come' hanno mangiato. In piedi? Seduti? Con la tavola apparecchiata? Direttamente dalla confezione o dal piatto di portata? E poi chiederemo loro di scrivere cosa pensavano quando hanno mangiato, di valutare il grado e il tipo di soddisfazione che quel cibo ha provocato.

Misurare, sempre misurare...

Solo misurando posso pensare di raggiungere un obiettivo. Solo misurando posso evitare la doppia trappola dello spreco e della rigidità.



Assegnate un 'budget calorico' settimanale?

Lasciamo che sia il paziente ad assegnarselo, quando si sente pronto. Anzi, noi siamo attenti che non sia un budget troppo restrittivo. All'inizio saranno obiettivi superiori ai livelli ideali. Magari saranno 3 mila calorie al giorno, il doppio di quanto sarebbe corretto. Ma intanto il paziente si abitua a confrontarsi con degli obiettivi, ad agire in maniera elastica. Noi parliamo di una 'banca delle calorie': se un giorno ho assunto più calorie del dovuto, magari il giorno dopo ne assumerò meno. Ci vuole elasticità perché è la rigidità che porta ad abbandonare la dieta.

Perché si abbandona una dieta?

Noi abbiamo imparato a fare molta attenzione ai vissuti che accompagnano la trasgressione alimentare. Nel diario chiediamo al paziente di segnare cosa pensava quando ha mangiato qualcosa in più rispetto all'obiettivo che si era posto. Stiamo imparando molto sul 'dialogo' che si svolge per così dire 'all'interno' del paziente in determinate situazioni. Chiediamo addirittura ai pazienti di scrivere su un quaderno i pensieri 'bloccanti' e i vissuti depressivi che li accompagnano.

Facciamo degli esempi...

I vissuti riportati spesso sono rigidi, conosco solo aut aut. "Non sono stato capace di resistere a quella tentazione, quindi è meglio che abbandoni la dieta". "Questa settimana non sono dimagrito di un etto o sono ingrassato, quindi tanto vale lasciar stare". A questi pensieri bisogna che il paziente sappia dare una risposta immediata e positiva. È una tecnica difficile che si chiama ristrutturazione cognitiva ma per semplificare possiamo dire che la risposta è all'insegna della accettazione e della flessibilità: "Non si può pensare di dimagrire ogni settimana", "Altre volte però

sono riuscito a non cadere in quella tentazione", "Non importa, domani troverò il modo di rinunciare a qualcosa"... Sa qual è la cosa alla quale il paziente deve tenere di più?

Non so... la salute, il peso?

No. Il bene principale da salvaguardare all'inizio è l'autostima del paziente, abbattuta da anni di diete e pseudo diete finite in un fallimento. Direi che il primo obiettivo del nostro approccio terapeutico è proprio la ricostruzione dell'autostima,

prevenendo i vissuti depressivi che portano all'abbandono.

Lei chiama 'eclissi' il processo che porta ad abbandonare la dieta, a interrompere il cambiamento. Questo approccio scongiura l'eclissi?

No, non la scongiura. Chi segue un approccio cognitivo e comportamentale non è sicuro di riuscire ma neanche di fallire. C'è però fallimento e fallimento. Se vado da un medico e mi faccio consegnare una 'dieta', forse provo a seguirla ma poi smetto. Mi deprimi e non ho imparato nulla.

Se invece... Prima parlavamo delle fasi del cambiamento. La fase dell'azione prevede anche quella del mantenimento o riposo. L'azione consuma risorse e queste devono essere ricostituite appunto interrompendo l'azione. Se l'azione è camminare, il riposo sarà stare fermi, se l'azione è non mangiare il riposo sarà mangiare con minori preoccupazioni. Nessuno sale una montagna seguendo una linea retta con passo costante e senza soste, tutti cerchiamo sentieri di minore pendenza, rifugi nei quali fare sosta. Questa sosta non è rinuncia, non è l'abbandono di un processo ma è un momento in un processo. Ci può essere un'eclissi di un giorno o di un anno, ma quando rientro nel processo ho imparato qualcosa... ho imparato a cambiare.

“*Mangia quello che vuoi e quando vuoi: ma scrivilo e tieni un diario dettagliato e completo. Talvolta basta la registrazione meticolosa e scrupolosa degli alimenti consumati a indurre un cambiamento.*”



Come mostra questa statuetta paleolitica, la cosiddetta Venere di Willendorf, l'obesità era un vantaggio in epoca preistorica, quando l'accesso al cibo era tutt'altro che garantito e una riserva di grasso poteva aumentare le possibilità di sopravvivenza. Il nostro organismo non si è ancora adattato a un'epoca in cui il cibo non è più un problema.