

L'Espresso

L'obesità, il nuovo incubo italiano

I bambini in sovrappeso sono sempre di più. E molti di loro diventeranno adulti

con problemi di salute: malattie cardiovascolari, diabete, disturbi circolatori.

Che il sistema sanitario non sarà in grado di reggere

(04 febbraio 2013)



Otto miliardi e 300 milioni di euro. Ogni anno. Un peso sempre più insostenibile per le casse dello Stato. A tanto ammonta il costo degli obesi. E la cifra è destinata a crescere. Perché a pesare sempre di più nel Belpaese sono i bambini. Uno su tre pesa infatti più di quanto dovrebbe, uno dei tassi più elevati dell'area Ocse, al terzo posto subito dopo Usa e Grecia.

E così se già oggi oltre 5 milioni di adulti sono obesi, quasi il 40 per cento della popolazione è in sovrappeso e più di un italiano su tre non pratica alcun tipo di sport, è l'obesità infantile ad allarmare, considerando che tre bimbi su quattro rischiano di restare obesi anche in età adulta. Un'epidemia che colpisce soprattutto i più poveri e le persone meno istruite.

Se il ministro della Salute inglese, Anna Soubry, ha suscitato polemiche affermando che potrebbe «dedurre il retroterra sociale di una persona dal suo peso», purtroppo «ci sono forti disuguaglianze sociali nell'obesità e le disparità in Italia sono spesso più marcate rispetto agli altri Paesi» spiega il professor Franco Sassi, Senior Health Economist dell'Ocse, uno dei maggiori esperti al mondo in materia.

«L'obesità è più comune tra le persone con bassi livelli di reddito o d'istruzione, in particolare quella femminile. Le donne con basso livello d'istruzione hanno una probabilità di essere sovrappeso 2-3 volte maggiore rispetto a quelle con maggiore educazione».

Se a questo si aggiunge il fatto che i bambini con almeno un genitore obeso hanno una probabilità 3-4 volte maggiore di esserlo, in parte per cause genetiche e soprattutto perché acquisiscono stili di vita poco salutari dai genitori, il contagio è esponenziale.

Una bomba sociale ad orologeria che rischia di condizionare il futuro già incerto della sanità pubblica. Perché un peso eccessivo significa malattie cardiovascolari, diabete, disturbi circolatori e le malattie non rappresentano solo un serio problema di salute ma anche economico, in quanto riducono la produttività e aumentano il bisogno di servizi.

La spesa sanitaria per una persona obesa è superiore del 25 per cento e se a soffrirne sono soprattutto i più deboli, che non si possono permettere assicurazioni private, occorre considerare il fenomeno come un problema per il bilancio dello Stato. Il peso in eccesso ha un costo sociale pari a 1.700 euro all'anno per ogni persona obesa. In totale 7,2 miliardi di euro per il costo sanitario e un altro miliardo e mezzo per i costi sociali, quali giornate di lavoro perse da loro o dai familiari, assistenze domiciliari, indennità di invalidità. Il 6,7 per cento della spesa sanitaria pubblica.

«Ipotizzando una media attesa della persona obesa di 75 anni (ogni 15 chilogrammi di peso in eccesso il rischio di morte prematura aumenta del 30 per cento n.d.r.), è stimabile in circa 100 mila euro aggiuntivi il costo sociale di un diciottenne obeso rispetto ad un coetaneo normopeso», chiarisce il professor Giuseppe Turchetti, docente di Economia e Gestione delle Imprese alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e coordinatore dello studio sul peso sociale dell'obesità.

Tanto per fare un po' di esempi in Lombardia il costo è di oltre 1 milione e 300 mila euro, in Sicilia di 729 milioni, di oltre 66 milioni persino nel piccolo Molise e in Campania di 875 milioni. Nella seconda regione italiana per abitanti, dove più di 700 mila persone sono obese e un bambino su due è in sovrappeso, solo lo scorso anno ci sono state seicento amputazioni a causa delle complicanze vascolari da diabete di tipo 2 che riguarda ormai 3 milioni di persone.

«La mortalità femminile è la più alta d'Italia, 51,2 per 100 mila, e l'incidenza di obesità grave e infantile nell'area metropolitana di Napoli non ha pari in Europa» spiega il professor Fabrizio Pasanisi del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università Federico II di Napoli. «Le abitudini alimentari sono cambiate, basti pensare all'incredibile consumo di bibite gassate zuccherate, inoltre incidono stress, precarietà, quartieri degradati con spazi ristretti e parchi gioco inesistenti. E poi vi è una debolezza culturale ed economica che fa sì che preferiscano cibi a basso costo, ma alto contenuto energetico». Al posto di pesce, carne, frutta e verdure sempre più care, meglio cibi ricchi di grassi e carboidrati, che costano poco e sfamano.

Obesità: molto di quello che sai è falso

Mi piace 18

04-02-2013 17:42

5 Tweet



OGJ J KCPE JG

di Marta Buonadonna

Il rischio rappresentato dall'obesità nel mondo è ormai **paragonabile** a quello causato dal **fumo**: in pratica sta per raggiungere le sigarette sul podio come **prima causa di morte prematura evitabile** a livello globale. **Malattie cardiovascolari e cancro** sono tra le conseguenze spesso letali che l'eccessivo sovrappeso comporta, oltre all'epidemia di **diabete di tipo 2**, che come abbiamo **scritto** negli Stati Uniti ormai riguarda anche i bambini. Lo **sostiene** un gruppo di ricercatori, tra cui l'italiana Felicità Andreotti dell'Università Cattolica di Roma, che in un rapporto pubblicato sull'*American Journal of Medicine* spiegano come i **rischi legati all'obesità** siano stati sistematicamente sottostimati negli ultimi decenni.



"Purtroppo", nota Charles Hennekens, uno degli autori, "la maggior parte delle persone preferisce la prescrizione di **pillole** all'eliminazione di **stili di vita dannosi**". Eppure non sarebbe difficile combattere il sovrappeso se questa mentalità cambiasse. "Una perdita del 5% del peso corporeo unita a una camminata veloce quotidiana di almeno 20 minuti può significativamente ridurre il rischio cardiovascolare e le morti a essa collegate", conclude lo studioso.

OGJ J KCPE JG

E proprio dalla necessità di **conoscere il nemico da combattere** prende le mosse un altro articolo di un gruppo internazionale di ricercatori, pubblicato questa volta sul *New England Journal of Medicine*, volto a sfatare alcuni falsi miti sull'argomento. **Sette convinzioni errate**, che sono poco più che credenze popolari senza un reale fondamento scientifico, contribuiscono a dare alle persone idee sbagliate **sull'obesità** e su come la si può combattere.

Analizzando articoli apparsi sulle **riviste scientifiche** e sulla **stampa popolare**, David Allison, dell'Università dell'Alabama, e colleghi hanno deciso di **separare i miti dai fatti** scientificamente

dimostrati. "Credenze false e senza fondamento scientifico sull'obesità sono pervasivi" sostiene Allison. "Come professionisti della salute dovremmo tenerci su standard alti in modo che le dichiarazioni che riguardano la salute pubblica si basino sulla **scienza rigorosa**. Nei casi in cui la scienza non esiste, dovremmo condurre studi rigorosi per trovare le risposte".

Che cosa dice allora la scienza di contrario rispetto a quello che in molti credono? La lista stilata da Allison e compagni è piuttosto nutrita. Cominciamo con il mito numero 1: **piccoli cambiamenti** nella quantità di calorie ingerite o bruciate si sommano e producono grandi cambiamenti di peso sul lungo periodo. Sarebbe bello se fosse vero, perché implicherebbe che con sacrifici molto piccoli (un bon bon in meno, un piano di scale a piedi in più) si possano centrare obiettivi ambiziosi. In realtà, spiegano gli autori, i piccoli cambiamenti nel budget calorico **non si accumulano indefinitamente**.

Mito numero 2: fissare **obiettivi realistici** nel trattamento dell'obesità è importante per evitare la frustrazione dei pazienti che li porta a perdere meno peso. In realtà vi sono dati a supporto della tesi opposta: le persone fanno meglio se hanno **obiettivi ambiziosi**. Mito numero 3: **perdere peso gradualmente** è meglio che perderlo rapidamente, perché i chili persi in fretta si riacquistano anche in fretta. In realtà le evidenze scientifiche analizzate da Allison e colleghi dicono che chi perde peso rapidamente ha più probabilità di pesare meno anche a diversi anni di distanza.

E' un mito, il numero 4, anche quello dell'essere **"pronti" a mettersi a dieta**. Chi lo è perderebbe peso in maniera più efficace perché sarebbe più pronto a mettere in pratica i cambiamenti di stile di vita necessari. In realtà le evidenze di studi scientifici dimostrano che valutare il grado di "prontezza" dei pazienti non è né predittivo della perdita di peso né aiuta a ottenerla. Le **lezioni di educazione fisica**, mito numero 5, giocano un ruolo importante nel ridurre e prevenire l'obesità infantile. Secondo gli autori, così come è fatta, l'educazione fisica non sembra in grado di contrastare l'obesità.

Vi sono poi altri due falsi miti duri a morire. Il primo è quello in base al quale **l'allattamento materno sarebbe protettivo** contro l'obesità del bambino. Per bene che faccia alla mamma e al bebè, nessuno studio ha dimostrato che il latte materno prevenga l'obesità. E infine il mito più grosso di tutti: **ogni rapporto sessuale può far bruciare fino a 300 calorie**. La realtà, assai meno allettante, è che in media se ne bruciano intorno a una quindicina, non molte di più che stando tranquillamente seduti sul divano.

OBESITA': USA, PROPOSTA DI BANDO PER MERENDINE TROPPO GRASSE

(AGI) - New York, 4 feb. - Addio patatine, snack alla cioccolata e bibite gassate dai distributori di merendine negli Usa. La proposta e' del dipartimento dell'Agricoltura Usa, che ha formulato una proposta di legge per bandire i cibi con troppe calorie sostituendoli con frutta e alimenti piu' sani. La proposta, aperta alle osservazioni del pubblico per 60 giorni, prevede che nelle caffetterie e nei distributori automatici siano presenti frutta, verdura, cibi ricchi di proteine e cereali integrali, mentre sono banditi alimenti troppo ricchi di sale, grassi e calorie. Anche le bibite dovrebbero essere sostituite da latte a basso contenuto di grassi e succhi di frutta: "Ci sono gia' 36 Stati che hanno adottato legislazioni come questa - spiega il comunicato del dipartimento - cerchiamo solo di fissare standard per tutto il territorio nazionale".



In cosa consiste la chirurgia bariatrica o bendaggio gastrico

4 febbraio 2013 16:01 Luca Problemi di salute cause e rimedi

La **chirurgia bariatrica**, o **chirurgia per la perdita di peso**, è un tipo di procedura eseguita su persone pericolosamente obese per farle dimagrire. Essa consiste nel ridurre la dimensione dello stomaco del paziente attraverso l'impianto di dispositivi medici (**bendaggio gastrico**), mediante la rimozione di una porzione di stomaco (**gastrectomia manica** o **diversione biliopancreatica** con switch duodenale) o tramite la **resezione dello stomaco** ed il collegamento diretto di una piccola tasca gastrica all'intestino (intervento chirurgico di bypass gastrico). Studi condotti a lungo termine hanno dimostrato che queste procedure, oltre a determinare una significativa perdita di peso, permettono di curare le persone dal diabete e di ridurre la percentuale di rischio di problemi cardiovascolari e di morte del 23-40%. La **chirurgia bariatrica** viene però raccomandata solo alle persone che presentano un **indice di massa corporea (BMI)** pari o superiore a 40 o che presentano un BMI pari a 35 e gravi condizioni mediche, come il diabete, l'ipertensione, la ridotta tolleranza al glucosio, l'iperlipidemia e l'apnea ostruttiva del sonno. **Questo tipo di chirurgia può prevedere effetti collaterali a lungo termine**, come la colecisti, la sindrome di dumping e la necessità di sottoporsi ad un ulteriore intervento.

tiscali:



Calcoli alla cistifellea: i casi in cui è opportuno sottoporsi ad un intervento chirurgico

di Brigida Stagno

Gravidanze multiple, obesità o rapidi cali di peso: sono i principali fattori di rischio della della litiasi biliare, una tra le più frequenti patologie gastrointestinali nei Paesi occidentali, che interessa circa il 15 per cento delle donne e l'8% degli uomini dopo i 40 anni, con una con una frequenza che tende ad aumentare con l'età.

Nel'70 per cento dei casi chi ne soffre resta asintomatico, tanto che spesso la diagnosi è occasionale durante un'ecografia dell'addome eseguita per altri motivi. Del 20% delle persone sintomatiche, l'80% accusa sintomi lievi, mentre il restante 20 per cento ha coliche forti e frequenti. La colica biliare tipica è caratterizzata da dolore continuo, scatenato il più delle volte da un pasto ricco di grassi, che dura senza intervalli da 30 minuti a tre ore, localizzato alla bocca dello stomaco e irradiato al fianco destro, a volte fino al dorso e alla scapola destra, associato frequentemente a nausea e vomito.

La storia naturale della litiasi biliare è stata ben delineata grazie agli studi epidemiologici condotti negli ultimi decenni. Le prime informazioni sulla storia della malattia arrivano dal GREPCO (Gruppo Romano di Epidemiologia e Prevenzione della Colelitiasi) e dal progetto Sirmione, rispettivamente avviati nel 1981 e nel 1982, che hanno rilevato una maggiore prevalenza della calcolosi nelle donne, mettendo in risalto alcuni fattori di rischio, tra cui soprattutto l'obesità, in aumento nei paesi industrializzati, ma anche il numero delle gravidanze e l'ipertrigliceridemia. Non vanno tuttavia sottovalutati l'uso di contraccettivi orale, la perdita rapida di peso (spesso dopo un intervento di chirurgia bariatrica), il digiuno, l'aumentato consumo di alcol, le malattie dell'ileo (rettocolite ulcerosa e morbo di Crohn) e i fattori genetici, tutti emersi anche da altre indagini condotte negli anni successivi, tra cui il M.I.C.O.L (Multicenter Italian Study on Cholelithiasis), che ha interessato, oltre 30 mila persone di dieci regioni italiane.

Ma qual è l'atteggiamento terapeutico più corretto nella calcolosi sintomatica e in quella silente? La scelta del tipo di intervento dipende, oltre che dalla presenza o meno dei sintomi, anche dalle caratteristiche del calcolo (che all'esame radiologico può essere radiotrasparente o radiopaco, cioè calcificato), dalle sue dimensioni, dal numero e dallo stato della colecisti, dal suo contenuto (i più frequenti sono composti da colesterolo).

Nelle forme asintomatiche (ossia nella calcolosi silente) l'atteggiamento unanime è di non fare niente, soprattutto non intervenire chirurgicamente con l'asportazione della cistifellea (colecistectomia), eseguendo però una ecografia annuale. L'intervento può essere indicato invece nelle condizioni che sembrano predisporre a un maggior rischio di cancro alla colecisti, come la cosiddetta "colecisti a porcellana", nei sottogruppi a rischio di complicanze, in presenza di calcoli superiori a 3 centimetri.

Nei casi selezionati, in cui i calcoli hanno un'alta probabilità di dissoluzione (calcoli di colesterolo, piccoli, di dimensioni non superiori a 15 mm, non calcificati, ossia radiotrasparenti), le coliche biliari non sono frequenti e la colecisti è funzionante, cioè in grado di contrarsi (funzione che può essere valutata con la colecistografia orale), va però considerata l'impiego degli acidi biliari, in particolare l'acido ursodesossicolico. La terapia medica è indicata anche quando l'intervento è controindicato per l'età avanzata o per condizioni di salute scadute o per altre malattie concomitanti, come il diabete. La durata del trattamento va da sei mesi a un anno ed è necessario effettuare periodici controlli per monitorare la situazione e verificare l'efficacia della cura.

Nella calcolosi sintomatica, che ha già determinato episodi di coliche biliari, il trattamento varia da caso a caso (senza complicanze o con complicanze). I pazienti sintomatici presentano infatti il 25% di possibilità in più, rispetto a quelli senza sintomi, di sviluppare complicanze legate alla presenza di calcoli: pancreatite acuta, secondaria alla migrazione del calcolo in coledoco e a ostruzione del dotto pancreatico, colecistite acuta, perforazione della cistifellea, litiasi del dotto coledoco). In questi casi l'intervento chirurgico è indicato sempre, tranne quando il paziente è a rischio operatorio. Il trattamento standard è l'asportazione della colecisti per via laparoscopica, terapia di scelta nelle forme sintomatiche non complicate, oppure la chirurgia tradizionale in quelle complicate.

In caso di colecisti funzionante, con più calcoli radiotrasparenti, negli anziani alto rischio chirurgico (come quelli cardiopatici) e in presenza di sintomi, può essere indicata (con molta attenzione) l'infusione per via percutanea di solventi chimici organici come l'MTBE.

Il ruolo della litotrissia è invece sempre più ristretto ed è limitato alle forme sintomatiche di calcolosi con colecisti funzionante e calcoli di piccole dimensioni in numero limitato, in pazienti a rischio chirurgico elevato o che non vogliono sottoporsi all'intervento laparoscopico.

04 febbraio 2013

TEMPI

I sudcoreani sono i più rifatti al mondo. Perfino Psy ci ha pensato



Se pensavate che le più rifatte della terra fossero le bionde californiane da telefilm, pensavate male. La società internazionale dei chirurghi plastici ha diffuso i dati relativi a chi e come è andato sotto i ferri, e mostrano che nel 2011 ben 15 milioni di persone in tutto il mondo sono ricorsi alla chirurgia estetica. A capeggiare questa lista di rifatti, la Corea del Sud.

OCCHI ASIATICI. Il 20 per cento delle donne di Seoul hanno infatti ammesso di essersi fatte qualche intervento e, come accade in altri paesi asiatici, l'operazione più richiesta riguarda la forma delle palpebre. Per averla rotonda come quella delle occidentali, le donne sudcoreane sacrificano volentieri buona parte dei loro risparmi. I chirurghi sostengono che è la sempre maggiore varietà di popstar a invitare le donne a modificare la forma allungata tipica della genetica asiatica. Addirittura, di recente Psy, il rapper della Gangnam style, ha raccontato di aver subito, dalla propria casa discografica, pressioni affinché ricorresse a qualche ritocchino. Per sembrare più occidentale.

GRECI ANTI CRISI. Al secondo posto, troviamo i Greci, che investono gli ultimi risparmi salvati alla crisi in punturine, visto che l'intervento più richiesto è proprio il botox spiana rughe. Gli italiani si piazzano, invece, alla terza posizione, con un notevole numero di interventi di mastoplastica additiva. Quarti, finalmente, gli Stati Uniti, con oltre tre milioni di interventi realizzati, e un quinto di questi sono stati interventi di liposuzione o bypass gastrici, al fine di combattere l'obesità. Sui dati totali, comunque, l'intervento più richiesto, anche perché non invasivo è stato il botox, in crescita anche rispetto al 2010.

Giovani chirurghi bocciati in sala operatoria: Doctor33 solleva il caso

La [denuncia](#), sulle pagine di Doctornews, arriva da **Roberto Carlo Rossi**, presidente dell'Ordine dei medici di Milano: i giovani medici non sanno usare il bisturi. Ottimamente preparati sul piano teorico, devono però sgomitare per farsi strada in sala operatoria e non ritagliarsi un ruolo di semplici osservatori.

Il tema, sollevato dal nostro quotidiano, è stato sicuramente il più letto condiviso e discusso nello scorso mese di gennaio sul portale [Doctor33](#).

«Un cardiologo al termine della sua specialità deve essere in grado di fare una coronarografia da solo.

Nella maggior parte dei casi così non è», sottolinea Rossi.

Gli fa eco **Walter Mazzucco** presidente nazionale Segretariato italiano giovani medici (Sigm): «È un problema di sistema di cui soffrono in particolare i giovani chirurghi. Urge riorganizzare la rete universitaria, onde evitare il flusso di uscita di molti giovani colleghi verso altri paesi europei dove questo problema non esiste».

La notizia ha acceso un'intensa discussione sul [forum](#).

Enrico Ferrazzi, presidente della Società lombarda di Ostetricia e Ginecologia: «Mentre da una parte la legge accetta la naturale e sperimentata legislazione europea, nelle nostre Scuole Mediche gli specializzandi dovrebbero secondo le leggi applicative astenersi da attività sul paziente».

«Il problema è avere outcome omogenei in tutte le scuole» sottolinea **A.L. Gaspari**, Scuola di specializzazione in Chirurgia generale, Roma Tor Vergata.

Così **Andrea Leorati**: «Una possibile soluzione è inviare gli specializzandi negli ospedali periferici dove urge collaborazione e dove c'è quindi possibilità di evoluzione».

Una volta di più va registrata l'arretratezza dell'Italia rispetto ai principali Paesi europei dove la formazione sul campo è sicuramente più agevolata.

Così conclude Mazzucco nel suo intervento su Doctornews: «Barnard ha fatto il primo trapianto quando aveva 35 anni. Da noi sarebbe mai possibile?»

Nicola Miglino

Caporedattore DoctorNews, Doctor33



CLASSIFICA TUTTA ITALIANA: ecco le regioni più grasse

sabato, febbraio 2nd, 2013



gettyimages.it Seventeen year-old Marissa Hamilton stands on a scale during her weekly weigh-in at the Wellspring Academy October 21

L'Italia si sa, è la patria del cibo per eccellenza: pasta, pizza e altre prelibatezze mettono infatti a dura prova la linea degli abitanti del Belpaese. Ultimamente sembra però che, nonostante ancora molte persone abbiano problemi di peso, da 20 anni a questa parte **gli italiani siano diventati più magri**. Che sia un effetto della crisi?

Ad ogni modo, **la regione italiana 'più grassa'**, che vanta cioè il maggior numero di abitanti in sovrappeso, è il **Molise**. **Un abitante su 7 di questa regione è infatti in sovrappeso**, contro la media nazionale che invece è del 10%. Al secondo posto troviamo invece la **Basilicata** (13,1%), a cui segue a ruota la **Puglia** (12,6%).

Marcello Lucchese, presidente della **Società italiana di chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche (Sicob)** dichiara: *'Anche se si tratta di numeri inferiori rispetto a quelli di altre nazioni europee **non dobbiamo sottovalutare la situazione**. Il numero degli obesi italiani è cresciuto del **25 per cento dal 1994 a oggi** e anche nelle regioni settentrionali. Quando dieta, esercizio fisico e cure farmacologiche non sono sufficienti è opportuno sottoporre i pazienti a tecniche di **chirurgia bariatrica** e non certo per fini estetici ma per salvare loro la vita.'*

L'obesità è infatti una malattia pericolosa e come tale non va sottovalutata.