

Miracolose diete dimagranti: c'è da crederci?

Lucio Lucchin

Direttore U.O.C. di Dietetica e Nutrizione Clinica

Compensorio Sanitario di Bolzano

Obiettivo quasi raggiunto in ciò che agli struzzi non è mai riuscito: mettere la testa sotto la sabbia per non vedere. *Che cosa?* Che il nostro modo di vivere, frutto di una straordinaria capacità di ragionamento e ideazione, sta entrando in rotta di collisione con le necessità funzionali del corpo. Infatti, in 160.000 anni di evoluzione della nostra specie, la velocità innovativa dell'uomo ha tenuto ritmi relativamente blandi ma, negli ultimi 80 anni, l'accelerazione nel cambiamento degli stili di vita e nell'innovazione tecnologica è risultata "esplosiva". In prima battuta non si può che esserne entusiasti, ma come conciliarla con il fatto che il nostro patrimonio genetico, quello che regola il funzionamento del nostro corpo, è rimasto pressoché immutato negli ultimi 25.000 anni e quindi necessita di tempi di cambiamento differenti? Tra le ricadute negative di questo modo di agire, peraltro sotto gli occhi di tutti, la progressiva ricerca di scorciatoie e rimedi "miracolistici" per risolvere sempre più problematiche e il preoccupante aumento del grasso corporeo (in non meno di 4 italiani su 10), che rischia di vanificare quel processo di allungamento della vita media a cui si sta assistendo. Paradossalmente, i modelli estetici e di efficienza proposti, più che avvicinare, allontanano dalla realtà e decurtano il tempo, necessario innanzitutto per riflettere, ma anche per nutrirsi adeguatamente. E il tempo è divenuto un bene prezioso sempre più raro. Non può che derivarne una "pericolosa" frustrazione, che si accentua in certi periodi dell'anno, come l'estate: ogni italiano che parte per il mare ha mediamente 2,6 kg di troppo (YouGov, 2013). E allora che fare? Considerata la presunta scarsità di tempo (ma è poi vero che non riusciamo a trovarlo? oppure non vogliamo?) meglio ricorrere al rimedio rapido e "miracoloso" (lo cerca il 74% delle donne e il 61% degli uomini), che però fa tornare a casa 6 italiani su 10 con mediamente 1,4 kg in più. E vuoi per questo, vuoi per la crisi che stiamo attraversando, il carrello della spesa è sempre più orientato verso la rapidità e la facilità di consu-

mo, ignorando l'insidia del rischio di malnutrizione. Un primo dato inequivocabile è che oggi non meno di 8 milioni di italiani dichiarano di essere perennemente a dieta e, tra loro, 2 su 3 contano solo sulle proprie capacità, innescando un circolo vizioso negativo di cronicizzazione, che rischiano di trascinarsi per tutta la vita.

Ma si può contare solo sulle proprie capacità per risolvere un problema di peso? La risposta è affermativa se i kg da perdere sono pochi (massimo 4-5) e non si è affetti da patologia; è negativa nelle altre circostanze, perché il sovrappeso marcato è condizionato da una molteplicità di fattori di ordine biologico, psicologico e socio-culturale, di cui bisogna avere consapevolezza e che richiedono strategie integrate se si vuole evitare che la problematica si cronicizzi. Quindi, nessuna "patologica" debolezza di carattere e/o senso di colpa da parte dell'individuo, ma solo la necessità di familiarizzare con una condizione complessa, che richiede specialisti competenti.

Cosa offre oggi la scienza ufficiale? Purtroppo niente di ciò che sarebbe auspicabile: *non* rapidità di calo, perché ne sono scientificamente documentati i pericoli (disturbi della psiche e dell'umore, aritmie cardiache, eccessiva perdita della massa muscolare ed ossea); *non* aiuto farmacologico, perché i farmaci efficaci hanno molti effetti collaterali pericolosi; *non* un trattamento risolutivo, nemmeno con la chirurgia, nel senso che se non si continua comunque a seguire uno stile di vita corretto, che include oltre alla dieta anche l'attività fisica e la gestione dello stress, ci saranno ricadute. In sintesi, il trattamento esiste ma richiede tempo e supporto specialistico.

Ma come è possibile che si continui a credere ancora ai "rimedi miracolosi"? Le spiegazioni sono sostanzialmente due: la "creduloneria" delle persone e le non poche colpe dei medici. Viene spesso citato il fatto, indiscutibile, che il paziente non è più quello di 100 anni fa. Ed è un bene che egli voglia giustamente gestire in prima persona le sue problematiche sanitarie, in questo favorito dalla facilità di accesso alle fonti d'informazione (internet, stampa ecc.). Il 12% delle persone controlla sul web quanto detto dal medico (Monitor Biomedico, 2009) e il 32% lo consulta per vari aspetti sanitari (Istituto Demòpolis, 2011). Le notizie, però, bisogna saperle capire e interpretare il che, con l'aumento della complessità delle conoscenze scientifiche, diventa sempre più problematico. Si ritorna per-

tanto alla necessità di avere una persona “di fiducia” competente, che aiuti nello sbroglio della matassa. Proprio in questo passaggio c’è il ritorno a quella vulnerabilità che una maggiore informazione avrebbe dovuto ridurre. Le responsabilità mediche conseguono:

- ai comportamenti dei sanitari, non esenti dalle umane debolezze. Se non coerenti con quanto consigliano, come possono essere autorevoli? Si stima che non meno di un terzo degli operatori sanitari (con trend in crescita) abbia difficoltà nel proporre adeguati stili di vita, per una bassa autostima dovuta alla consapevolezza dell’incongruenza tra il loro fare e ciò che consigliano (Lyznicki et al, 2001; Howe et al, 2010);
- alla capacità di capire quali siano le priorità cliniche, in cui gli aspetti nutrizionali vengono incredibilmente trascurati;
- alla capacità di saper comprendere quanti e quali problemi la persona porta con sé all’atto della visita; in media 1,2-3,9, riconosciuti al 50% quando va bene (Waitzkin, 1984);
- al grado di competenza professionale, che non dovrebbe banalizzare le problematiche nutrizionali;
- al grado di eticità, talvolta immolato dall’attrattiva di facili guadagni.

A fronte del fatto che 8 italiani su 10 vogliono essere informati sul rapporto alimentazione-salute e della preoccupante “superficialità” con cui gli operatori sanitari affrontano le problematiche nutrizionali, *cosa dovrebbe fare i cittadini per avere risposta ai loro legittimi quesiti?* Ascoltare chi le risposte cerca di darle. Questo *status-quo*, pressoché ingessato dall’epoca medioevale, continua a perpetuare un rapporto ambiguo tra millanteria, rimedi truffaldini e medicina ufficiale. Si rimane stupefatti nel constatare che migliaia d’individui hanno trangugiato polvere di diamante, un concentrato di urine maschili, feci e urine di capra filtrate e concentrate, estratti di petrolio, nel tentativo di contrastare patologie gravi, o hanno assunto uova di verme solitario per dimagrire. Si può certo obiettare che nella disperazione si giustifica tutto, ma la solidarietà per tale assunto risulta razionale solo se la medicina ufficiale non è più in grado di fare nulla e se i proponenti non si arricchiscono sulle disgrazie altrui. Nel caso della perdita di peso si minimizza il primo fattore, perché si può fare molto ma senza scorciatoie, e quindi il tutto si riconduce alla manipolazione delle menti più facilmente suggestionabili, che però sono la maggioranza. Difficilmente

riteniamo di essere tra questi, portando a giustificazione l'esempio di qualche testimonial famoso, o meglio ancora di un conoscente, che con la tal dieta/il tal rimedio è riuscito ad ottenere risultati spettacolari.

È possibile, come si spiega? Potrà stupire i più, ma è possibile che anche il trattamento più strampalato ottenga degli effetti "brillanti". Se è così, allora cade tutto il paradigma della medicina ufficiale? No, anzi lo rafforza. L'aspetto su cui riflettere non è il risultato ottenuto dal singolo, ma la percentuale di persone che hanno avuto successo sul totale di coloro che si sono sottoposti al trattamento. Sappiamo che c'è sempre qualcuno che vince alla lotteria, non per questo chi ha bisogno di denaro si limita semplicemente ad andare ad acquistare un biglietto. A fronte di un vincitore migliaia perdono, ed è così che funzionano anche le diete/i trattamenti truffaldini. Cercate pure e vi accorgete che i dati reali non ve li fornirà nessuno. In quei rari individui che realmente traggono beneficio, la spiegazione è che il loro convincimento nell'efficacia della cura e/o in colui che la propone è tale che nel loro cervello si attiva una particolare area (nucleo *accumbens*, identificato nel 2007) capace di secernere molecole simili agli stupefacenti (endorfine), tra i cui effetti vi è anche quello di ridurre l'appetito, ricavandone un certo "piacere". Questo fenomeno si chiama effetto placebo ed ha un ruolo importante in medicina. La sua durata è molto variabile da persona a persona e in funzione della sintomatologia lamentata (Dobrilla, 2004).

Ma allora, se la maggior parte delle persone che seguono diete o approcci "miracolosi" non ottiene risultati perché non lo dice? Perché si viene toccati sul vivo; in fondo siamo tutti consapevoli che la scorciatoia è quasi sempre deleteria, ma per una volta si può tentare! È su questo punto che si gioca l'abilità del ciarlatano: far leva su un bisogno psicologico per soddisfarlo con le modalità desiderate dall'utente, anche se impossibili, avere una buona capacità di convincimento e una buona serie di giustificazioni in caso di contestazione. Quella più comunemente utilizzata è la leva dell'incomprensione, dell'invidia altrui, citando magari casi storici eclatanti come quello di Galileo Galilei. Con uno studio scientifico serio verrebbero dissolti i dubbi, ma non è forse questa la ragione del perché non si vogliono farli? La persona delusa, poi, specie se ha sostenuto spese economiche non trascurabili, si sente ulteriormente frustrata, vuoi per la delusione del trattamento, vuoi per la consapevolezza di essersi fatta raggirare (e, secondo

voi, lo va a dire in giro?). Con questo meccanismo si perpetua il successo di diete/trattamenti scientificamente improponibili e potenzialmente pericolosi. Il ciarlatano moderno continua anche a sfruttare:

- la lontananza di una medicina ancora troppo saccente;
- la modalità di comunicazione mediatica incentrata su notizie scientifiche molto concentrate, dalle quali si estrapolano conclusioni quasi sempre affrettate e irrealistiche;
- la crescente diffidenza da parte dell'opinione pubblica nei confronti di intellettuali e scienziati troppo coinvolti nel gioco della politica e, quindi, poco credibili in termini di razionalità e obiettività. Può così apparire come un nobile cavaliere errante, anticonformista e perciò meritevole di benemerenzza.

In un momento così travagliato stiamo smarrendo la valenza etica: è possibile che un medico "serio", specie se operante in una struttura pubblica, a fronte di una nuova tecnica dimagrante suffragata scientificamente eviti di applicarla o di farla applicare ai suoi pazienti per chissà quali ragioni? Allora tutti questi "santoni", alcuni dei quali purtroppo medici, hanno conoscenze esclusive da non condividere con gli altri? O semplicemente vendono fumo? Alla luce di tutte queste considerazioni, non passa anno senza una nuova dieta di moda, foriera di promesse mirabolanti e avallata da uno stuolo di *testimonial* popolari, come se la fama significasse affidabilità. Quelle che hanno maggiormente occupato le pagine dei rotocalchi degli ultimi anni sono state: dieta dei gruppi sanguigni, cronodieta, a zona, tisanoreica, del sondino, paleolitica, di Dukan, molecolare e, ultimissima, del digiuno intermittente o *fast diet* (2 giorni di digiuno alla settimana). Che cosa hanno in comune questi regimi? Quasi tutti sono contraddistinti da un eccessivo apporto di proteine e un basso contenuto di carboidrati, ciò che determina un minor senso di fame e un maggior calo di peso nei primi 3 mesi di trattamento. Ma poi cosa succede? Che a 12 mesi di distanza le varie diete si equivalgono in termini di calo di peso ottenuto e quella mediterranea sembra offrire i maggiori vantaggi clinici (Sacks et al, 2009; Shai et al, 2008). Inoltre, la percentuale di persone che abbandonano il trattamento entro 12 mesi (drop-out) è molto elevata (circa 1 su 2) per le diete iperproteiche e vegetariane strette (Gardner et al, 2007).

E allora? Allora non c'è ancora chiarezza sul loro utilizzo (Lee, 2002; Bravata et al, 2003), specie per persone con più di 50 anni e se protratte per più di 90 giorni. A scopo cautelativo, meglio provarle per poche settimane (3-4) e se si devono perdere pochi kg. Le diete che prevedono una scarsa assunzione di carboidrati (meno di 30 g die), da compensare con altri cibi tra cui la carne, aprono il grande fronte del dibattito: *carne rossa sì o no?* Come sempre, madre natura risulta più equilibrata della mente umana, miscelando sapientemente pro e contro. Tra i pro, il ruolo giocato nell'evoluzione umana a partire da circa 1,5 milioni di anni fa (paleolitico) sullo sviluppo cognitivo, fisio-morfologico e anatomico dell'uomo. Poi il contenuto di fattori nutritivi di elevata qualità e biodisponibilità (ferro, vitamina B₁₂, B₁, niacina, selenio, zinco, aminoacidi essenziali, composti bioattivi, come ACE-inibitori del tessuto connettivo, acido fitanico, acidi linoleici coniugati e antiossidanti), meno presenti nei vegetali. Tra i contro, l'evidenza scientifica che diete che non comportano introduzione di alimenti animali hanno un'aspettativa di vita migliore (Fung et al, 2010) e l'associazione con l'aumento della mortalità complessiva (alcuni studi però non lo confermano: ad esempio il NHANES III, 1986-2010), tumorale (pancreas, colon, esofago) e cardiovascolare (+13% per ogni 100 grammi in più di carne rossa non troppo lavorata e 20% per tagli più lavorati come *hamburger* e carne in scatola) e con un maggior rischio di ricaduta per chi ha avuto un cancro del colon (+79%, American Cancer Society, 2013). Inoltre, si assocerebbe a un maggior rischio di diabete (Pan et al, 2013). Le spiegazioni di volta in volta avvocate: il contenuto in colesterolo, di ferro-eme, sodio, nitriti e nitrati, nitrosamine, nitrosamidi, idrocarburi policiclici aromatici, amine eterocicliche e la tipologia di grassi saturi (Pan et al, 2012). Sembra importante anche il ruolo giocato dall'L-carnitina (Hazen et al, 2013), che ad opera della flora microbica si trasformerebbe in ossido di trimetilammina, che aumenta il rischio cardiovascolare. In conclusione, il rischio sembra associarsi alla qualità della carne (inclusi gli insaccati), alla quantità della porzione (meglio se attorno agli 80 g) e alla frequenza di assunzione (meno di 4 volte a settimana).

Ma perché queste diete falliscono? Principalmente a causa del fatto che:

- si ritiene di assumere meno calorie di quello che in realtà avviene;
- si ritiene di fare più movimento di quanto in realtà non si faccia;

- si mangia ad orari sbagliati, superando le 5 ore di digiuno tra un pasto e l'altro;
- si dorme poco, meno di 7 ore al giorno (Bartfield et al, 2011).

Come difendersi allora dalla tentazione continua delle “diete miraggio”?
Ecco alcuni consigli:

- rifiutare proposte che promettono cali di peso superiori a 1 kg a settimana;
- diffidare di diete molto concentrate su un unico cibo;
- diffidare di promesse troppo spettacolari per essere vere, come ad esempio il calo solo in certi punti del corpo;
- diffidare di diete che portano a supporto 1 o 2 studi scientifici (chiedere ad uno specialista non costa nulla);
- rifiutare diete che presentano elenchi di cibi permessi e vietati;
- diffidare di regimi associati all'acquisto di prodotti specifici;
- rifiutare diete con nomi di persona, di città o altro;
- diffidare di diete che propongono solo un regime alimentare senza un contemporaneo cambiamento di altri stili di vita, ad esempio più movimento o modifiche del comportamento (MayoClinic.com, 2003);
- rifiutare diete in cui non sia chiaro il propositore (nome, cognome, specializzazione medica, struttura di appartenenza). Attenzione particolare ai tanti siti che promuovono prodotti naturali, erroneamente ritenuti garanzia di salubrità, e che non sono affatto controllati circa la veridicità di quanto affermato.

Quali conclusioni? Le insidie sono sempre dietro l'angolo e non prive di conseguenze sul portafoglio e sulla salute. Fare molte diete con calo di peso superiore ai 7-8 kg è rischioso in termini di successo finale (si diventa sempre più grassi e aumenta il rischio di patologia cardiovascolare, tumorale e di osteoporosi). La sindrome dello yo-yo che ne consegue porta a una dipendenza dalle abbuffate, simile a quella da droghe (Cottone et al, 2009). In 3 diete su 4 l'apporto di fibre e altri micronutrienti risulta insufficiente (ANSES, 2013) e di questo bisogna tener conto nel lungo termine. Molto è ancora da sperimentare, come il reale valore biologico della caloria una volta introdotta nel corpo (ad esempio, se si riducono i carboidrati integrali aumentano i livelli di cortisolo che possono indurre insulino-

resistenza; Ludwig, 2012) o il numero di pasti ottimale per mantenere la linea (sembra che una colazione e un pranzo abbondanti contrastino meglio il deposito di grassi, che sarebbe maggiore nel pomeriggio e alla sera; Khalenova, 2013) o, ancora, l'uso dell'acqua per facilitare la sazietà. In attesa di novità future, non rimane che tornare con i piedi per terra, facendo ciò che è possibile con l'aiuto di professionisti qualificati.

Bibliografia

ANSES - French Agency for Food, Environmental and Occupational Health & Safety. Weight-loss diets. Risks related to dietary weight-loss practices, 2013.

Bartfield JK et al. Behavioral transitions and weight change patterns within the PREMIER trial. *Obesity* 2011; 19(8):1609-15.

Bravata DM et al. Efficacy and safety of low-carbohydrate diets: a systematic review. *JAMA* 2003; 289(14):1837-50

Cottone P et al. CRF system recruitment mediates dark side of compulsive eating. *Proc Natl Acad Sci USA* 2009; 106(47):20016-20.

Dobrilla G. Placebo e dintorni. Breve viaggio tra realtà e illusione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.

Ebbeling CB et al. Effects of dietary composition on energy expenditure during weight-loss maintenance. *JAMA* 2012; 307(24):2627-34.

Fung TT et al. Low-carbohydrate diets and all-cause and cause-specific mortality. Two cohort studies. *Ann Intern Med* 2010; 153:289-298.

Gardner C et al. Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN diets for change in weight and related risk factors among overweight premenopausal women: the A TO Z Weight Loss Study: a randomized trial. *JAMA* 2007; 297(9):969-77.

Hazen S et al. Red meat's heart risk goes beyond the fat. *Science* 12/4/2013.

Howe M et al. Patient related diet and exercise counseling: do providers' own lifestyle habits matter? *Prev Cardiol* 2010; 13(4):180-5.

Indagine Istituto Demopòlis, 2011.

Kappeler R et al. Meat consumption and diet quality and mortality in NHANES III. *Eur J Clin Nutr* 2013; 13.doi 10.1038/ejcn.2013.59

Khalekova H. Presentazione alla American Diabetes Association, Chicago 2013.

Lee TH. Is a low-fat, high-carbohydrate diet bad for me? Harvard Health Letter Online, 2002.

Lyznicki JM et al. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Obesity: assessment and management in primary care. *Am Fam Physician* 2001; 63(11):2185-96.

MayoClinic.com. Popular diets: the good, the fad and the iffy, 2003.

McCullough M et al. Association between red and processed meat intake and mortality among colorectal cancer survivors. *J Clin Oncology* 2013; 31(22):2773-82.

Monitor Biomedico-Indagine Censis, 2009.

Pan A et al. Red meat consumption and mortality: results from 2 prospective cohort studies. *Arch Intern Med* 2012; 172(7):555-63.

Pan A et al. Changes in red meat consumption and subsequent risk of type 2 diabetes mellitus. Three cohorts of US men and women. *JAMA* 2013; 173(11):1-8.

Sacks FM et al. Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrate. *N Engl J Med* 2009; 360(9):859-73.

Shai I et al. Weight loss with a low-carbohydrate, mediterranean, or low-fat diet. *N Engl J Med* 2008; 359:229-41.

YouGov. Sondaggio europeo per conto di lastminute.com, 30/07/2013.

Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984; 252(17):2441-6.