



NOTE SULL'AUTORE

Davide Serpe

Laureato con lode in specialistica di Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate nel 2009, e in Scienze della Nutrizione Umana. Ha completato nel 2011 il corso CONI-FIGC e l'anno seguente ha conseguito il patentino UEFA B in ambito calcistico. Docente NonSoloFitness dal maggio del 2012.
davide.serpe@nonsolofitness.it

PERCHÈ (QUASI TUTTE) LE DIETE FALLISCONO

di Davide Serpe

Alla base del raggiungimento di qualsiasi obiettivo a lunga scadenza vi è la motivazione, e questo vale in tutti i campi della vita, dal lavoro, alla scuola, alla dieta. Mi permetto di fare una premessa doverosa: in questo articolo vengono considerate le persone che necessitano realmente perdere peso e che si trovano in una evidente condizione di sovrappeso o peggio ancora di obesità. Tutti i soggetti che ne fanno un discorso prettamente estetico e che partono con un peso assolutamente fisiologico o addirittura in leggero sottopeso, non devono seguire nessuna dieta specifica; prestare solamente un po' di attenzione a ciò che si mangia, abbinando attività fisica e movimento con continuità durante la settimana, è già un grosso passo avanti per il mantenimento del peso corporeo.

Dare, come spesso accade, la colpa del grasso in eccesso al metabolismo lento è una delle scuse più antiche in questo campo: che il metabolismo nel trascorrere degli anni della vita tenda a diminuire questo vale per tutti, ma possiamo intervenire su questo attraverso uno stile di vita molto più attivo.

Al contempo, ridurre il quantitativo delle calorie ingerite se prima era in eccesso, è la seconda strategia che va di pari passo con la precedente. Sulla carta, tutto facile, nella pratica, molto più complesso e tale complessità non passa dalla difficoltà di recepire il messaggio, quanto piuttosto di modificare quelle cattive abitudini che hanno portato la persona ad avere quei (parecchi) chili in eccesso.



Se al sostantivo "abitudine" si associa l'aggettivo "cattiva", motivazione e perseveranza sono due aspetti fondamentali se si vuole veramente cambiare. Spiace deludere i sostenitori del "tutto e subito", ma il raggiungimento dell'obiettivo richiede impegno nel lungo termine: solo così abito il cervello e l'organismo in toto ad un peso che lentamente tende a scendere, senza che questo paradossalmente si opponga alla perdita del peso. A tal proposito è importante citare la "teoria del punto di equilibrio" o set point ipotalamico: questa ci dice che tutte le persone, grasse o magre che siano, hanno un punto di equilibrio preciso che regola massa grassa e massa magra. In sostanza l'organismo, ormai abituato da anni ad un certo peso, tenderà ad opporsi se il calo ponderale dovesse essere repentino o troppo aggressivo; è come se il corpo (il cervello) si opponesse a questa riduzione valutandola come negativa per la sua conservazione ma soprattutto per la sua omeostasi ^{(1) (2) (3)}.

Per questo motivo è di gran lunga da preferire un approccio prudente, incentrato su una perdita ponderale di 500-1000 grammi a settimana, senza andare ad intaccare la massa magra e mantenendo in generale un buono stato di salute; i tentativi di perdere peso tramite periodi prolungati di semidigiuno incrementano il rischio di deprimere il metabolismo basale, riducono la leptina circolante ed aumentano la grelina, tutti fattori che nel tempo rendono improponibile il mantenimento ad un regime così fortemente ipocalorico. ⁽⁴⁾

Per i più curiosi, ricordo che la leptina è un peptide di natura ormonale secreto dall'organo adiposo e che invia segnali anoressizzanti all'ipotalamo; questo ormone, in sostanza, informa il cervello che il quantitativo di calorie ingerito durante il pasto è consono alle necessità metaboliche e fisiologiche dell'organismo, inibendo lo stimolo della fame ed aumentando il consumo energetico. La grelina è invece un ormone peptidico chiamato anche ormone della fame e prodotto dalle cellule neuroendocrine dello stomaco; la sua secrezione aumenta in risposta al digiuno ⁽⁵⁾.

È tutta questione di testa, sia in termini metaforici che scientifici, e di seguito cercherò di darne spiegazione; in primo luogo siamo costantemente stimolati dalla vista del cibo, sia in televisione che per strada, e la vista gioca un ruolo fondamentale nell'andare a stimolare l'ipotalamo, il quale invierà segnali oressigeni al nostro organismo al fine di aumentarne l'appetito. Ma anche il profumo del cibo, così come il ricordo di questo, stimolerà l'ipotalamo a secernere ormoni e citochine che tenderanno ad aumentare l'appetito della persona.

Sembra che il mondo intero faccia di tutto per farci ingrassare (e forse da un certo punto di vista può essere anche vero, ma non sono un complottista di natura) e allontanarci sempre più da un BMI fisiologico, abituando l'essere umano fin da piccolo ad un'alimentazione tipica del fast food, ipercalorica e iperlipidica: il cosiddetto cibo spazzatura o junk food.



Ma, a ben vedere, anche queste sono scuse. Colpa del sistema se una persona è obesa? La risposta è no.

Il problema risiede nella scarsa educazione alimentare e in uno stile di vita sedentario, che porta la persona a mangiare più di quanto dovrebbe e accumulare nel tempo quelle calorie in eccesso non utilizzate dall'organismo a scopo energetico. Ridurre il concetto dell'aumento o della diminuzione del peso solo ed esclusivamente alle calorie di per sé è una semplificazione, ma certo non bisogna fare voli pindarici per capire il motivo che sta alla base di una persona che sta dimagrendo o ingrassando. Vi possono essere problematiche di natura ormonale, come ad esempio a livello tiroideo, ma queste sono complicanze che riguardano una stretta cerchia di persone; in questo caso bisogna intervenire, com'è ovvio che sia, sotto l'egida supervisione di uno specialista. Questi sono i casi dove la problematica risiede a monte e non a valle, di conseguenza il peso può risentirne aumentando o diminuendo in maniera importante.

Fatte salve queste eccezioni, se la persona vuole perdere il peso in eccesso lo deve fare in maniera intelligente e seguire le linee guida indicate dal SIO (Società Italiana dell'Obesità) e dall'ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica – ONLUS) ⁽⁶⁾ che riassume nei seguenti punti:

- i carboidrati dovrebbero rappresentare il 55% dell'apporto calorico totale giornaliero, aumentando il consumo degli alimenti ricchi in fibra, così come di amidi a lento assorbimento, riducendo parimenti la quota di zuccheri semplici a rapido assorbimento (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A);
- cereali, frutta e vegetali devono essere presenti nei regimi dietetici dei pazienti obesi (Livello della prova III, Forza della raccomandazione A);
- al momento non esistono evidenze per suggerire l'uso di diete a basso contenuto di carboidrati (ovvero con una restrizione al di sotto dei 120-130 g/die) nei pazienti con obesità (Livello della prova II, Forza della raccomandazione D);

- il livello di zuccheri semplici nella dieta non dovrebbe superare il 10-12% dell'apporto calorico totale giornaliero, e questi dovrebbero derivare principalmente da frutta e verdura evitando il consumo di saccarosio aggiunto (Livello della forza I, Forza della raccomandazione A);
- l'indice glicemico deve essere considerato nella scelta degli alimenti da introdurre nella dieta quotidiana, in particolare gli alimenti con basso indice glicemico sono preferibili per il mantenimento del peso dopo una dieta ipocalorica (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A);
- l'apporto proteico giornaliero raccomandato, nell'adulto, dovrebbe essere di 0,8 - 1,0 g/kg di peso desiderabile (per peso desiderabile si intende un peso corrispondente ad un BMI di 22.5) e le proteine devono derivare da fonti sia vegetali che animali (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A);
- l'apporto dei grassi nella dieta non dovrebbe superare il 30% delle calorie totali giornaliere, con un 10% egualmente distribuito tra acidi grassi monoinsaturi, polinsaturi e saturi. Il colesterolo non dovrebbe superare la quota di 300 mg/die nell'adulto. (Livello della prova I, Forza della raccomandazione B);
- introdurre settimanalmente almeno due porzioni di pesce (meglio azzurro), per il suo contenuto in acidi grassi omega 3 protettivi nei confronti di patologie cardiovascolari (Livello della prova II, Forza della raccomandazione B);
- ridurre in maniera drastica gli acidi grassi trans, tipici dei prodotti industriali (Livello della prova II, Forza della raccomandazione B);
- per quanto riguarda le fibre, nell'adulto si considera ottimale un'introduzione di almeno 30 g/die e l'aggiunta di fibre vegetali durante la restrizione calorica è risultata efficace anche per il miglioramento di parametri metabolici;
- in fase di restrizione calorica, l'alcol va eliminato in quanto non saziante e fortemente energetico (circa 7 kcal/g) (Livello della prova I, Forza della raccomandazione B);
- sempre in un contesto di dieta, da sconsigliare l'uso di bevande zuccherate (Livello della prova I, Forza della raccomandazione A).



I professionisti che elaborano le diete (che da un punto di vista legislativo sono solo il biologo, il medico ed il dietista), dovrebbero diventare dei punti di riferimento per il paziente e non fermarsi alla mera consegna del piano nutrizionale; la dieta dovrebbe rifarsi, indicativamente, ai punti citati in precedenza creando un leggero deficit calorico giornaliero. Il metabolismo del soggetto può essere misurato attraverso la formula di Harris-Benedict, e su questa creare una restrizione energetica tra le 500 e le 1000 Kcal; questa forbice è ovviamente in relazione al peso di partenza della persona ed al suo grado di obesità. Per calcolare il metabolismo si potrebbe suggerire anche l'acquisto dell'Armband ^{(7) (8) (9) (10)}, un sensore metabolico indossabile a fascia sul tricipite brachiale del braccio dominante, che permette un campionamento continuo di alcune variabili fisiologiche così come dell'attività fisica. Da questi dati è possibile estrapolare: calorie consumate, intensità e durata dello sforzo fisico, sudorazione, disturbi del sonno ⁽¹¹⁾.

L'Armband, a tutti gli effetti, può essere definito un holter metabolico per il controllo non solo dell'attività fisica ma della quotidianità in generale.

Monitorare ed avere un rapporto diretto nel tempo col paziente è di estrema importanza, per diversi aspetti, in primo luogo per verificare se la dieta sta apportando i benefici sperati senza creare eccessivi scompensi alla persona ed in secondo luogo, per mantenere alta la motivazione del soggetto. L'obiettivo non può e non deve essere a breve termine, vi è la necessità di educare la persona ad un regime alimentare che dovrà essere suo per il resto della vita, perché ciò coincide col suo stato di salute. In questi termini non è possibile non fare riferimento all'attività fisica meglio ancora se esercizio fisico, in tutto e per tutto parte integrante del piano nutrizionale. La pratica regolare di attività fisica, è un fattore protettivo da incremento ponderale e obesità, mentre uno stile di vita sedentario è un fattore promotore.



Tanto più velocemente si perde peso, tanto più velocemente lo si riacquista; è ciò che capita alla stragrande maggioranza delle persone che si imbattono nella dieta del momento, magari poche settimane prima dell'estate.

Le diete non funzionano se al paziente non si danno delle spiegazioni esaurienti su come deve alimentarsi, su come deve nel tempo mantenere il peso fisiologico raggiunto, su quanto sia importante modificare il proprio stile di vita se questo fa rima con sedentarietà. Ritengo che un bravo professionista in ambito nutrizionale debba avere nel suo background formativo e conoscitivo anche delle basi della psicologia cognitivo-comportamentale, oramai largamente rodata nei disturbi del comportamento alimentare e parte integrante dei programmi di riabilitazione psico-fisica nei casi di anoressia, bulimia e binge eating disorder⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

Alla base di un dimagrimento intelligente vi è la suddivisione dei pasti durante la giornata, e il famoso adagio popolare "colazione da re, pranzo da principe, cena da povero" racchiude in sé una saggia verità; la maggior parte delle persone arriva la sera molto affamata, salta o fa una minima colazione, pranzo veloce, merenda quando presente ipocalorica ed ecco che si arriva la sera pronti per l'abbuffata. Questa è una delle modalità migliori per ingrassare; quando le persone capiranno che bisogna invertire la suddivisione delle calorie durante la giornata, che non bisogna arrivare a cena molto affamati, che il classico "spizzicare" davanti alla televisione è assolutamente deleterio per il mantenimento di un peso fisiologico, queste han già risolto la metà dei loro problemi. Tutte le diete, dalla iperproteica alla mediterranea passando per la vegana e vegetariana, a ben vedere si basano su questo corretto principio; il problema è che poi, a fronte come spesso capita di restrizioni caloriche eccessive o di una difficoltà oggettiva nel proseguire col piano nutrizionale, persi i primi chili si torna alle antiche (cattive) abitudini.

Per il suo elevato consumo di frutta e verdura, cereali soprattutto integrali, legumi, frutta secca, utilizzo come condimento dell'olio extravergine di oliva, moderato consumo di latte (e derivati) e di pesce, basso consumo di carne rossa, bianca e di dolci, la dieta mediterranea rappre-

senta il modello alimentare che ha ricevuto più attenzione e favore nella comunità scientifica. Sono migliaia gli studi scientifici che ne attestano le proprietà positive e soprattutto preventive nei confronti di patologie quali aterosclerosi, diabete, ipertensione, cancro, ed anche nei confronti stessi del sovrappeso e obesità⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾; forse sarebbe più corretto parlare di stile di vita che si basa sul regime alimentare mediterraneo (quello "vero" descritto negli anni '50 da Ancel Keys)⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾, associando a quest'ultimo attività fisica quotidiana.

Il bravo esperto di nutrizione "educa" i propri pazienti, cerca di capire insieme a loro il perché vi sia stato negli anni un incremento così importante del peso, è consapevole che la sfera mentale e psicologica, così come la gestione delle emozioni gioca un ruolo determinante durante il percorso dietologico. Conosce i vantaggi e quindi stimola il soggetto ad una regolare attività fisica quotidiana, importante anche da un punto di vista psicologico, suddivide l'obiettivo a lungo termine in tanti micro obiettivi settimanali e rende protagonista e cosciente il paziente dei risultati fin lì ottenuti; in sostanza vi è la necessità di tenere sempre alta la motivazione del soggetto, soprattutto quando ci si trova nel classico periodo di plateau, nel quale il peso fa più fatica a scendere. Questo è il momento dove la maggior parte delle persone rischia di rendere vani i risultati positivi raggiunti, tornando alla classiche abitudini alimentari.

Non esistono diete miracolose così come prodotti o integratori dalle proprietà divine; le diete non funzionano, nel lungo periodo, semplicemente perché le persone ambiscono ad un corpo magro e tonico senza far fatica ed in breve tempo.

Questo è impossibile, punto. Servono perseveranza, costanza, capacità di rimanere focalizzati sull'obiettivo a lungo termine o prima o poi si tornerà al punto di partenza, con una quota di frustrazione in più. Sarebbe anche opportuno non ambire a dei risultati che, oggettivamente, non sono raggiungibili per età e genetica; bisogna perdere peso e rientrare all'interno di un BMI fisiologico per prevenire problematiche cardiocircolatorie, diabete ed altre patologie invalidanti, non certo per avere un addominale tipico di un atleta ventenne. Più le diete promettono risultati favolosi, più sono da bandire. ■

ABSTRACT

In this article we consider the main causes that doesn't work the diet, especially in the long run, causing the yo-yo effect (losing weight quickly but regained it in the following months). For this reason the weight loss goal must be in the long-term, gradually dropping the weight and getting used to the body (and the hypothalamus) to a new more physiological weight. In the short term, if you look only the scale, all the diets work; for this reason the nutrition expert has the task not only to lead the patient to weight loss with intelligence, but also and above all to educate him for the future to a more appropriate diet.

BIBLIOGRAFIA

1. Hirsch J, Hudgins LC, Leibel RL, Rosenbaum M. Diet composition and energy balance in humans. *Am J Clin Nutr.* 1998 Mar;67(3 Suppl):551S-555S.
2. Kessey, R.E.: A set point theory of obesity. In *Handbook of eating Disorders.* Brownell, K.D., Foreyt, J.P. (eds). New York: Basic Books, 1986
3. Leibel RL, Rosenbaum M, Hirsch J. Changes in energy expenditure resulting from altered body weight. See comment in PubMed Commons below *N Engl J Med.* 1995 Mar 9;332(10):621-8.
4. William D. Mc Ardle, Katch F., Katch V. *Alimentazione nello sport.* Casa Editrice Ambrosiana, 2009
5. Giuseppe Arienti. *Le basi molecolari della nutrizione.* Terza edizione. Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova. 2011
6. <http://www.sio-obesita.org/Standard.pdf>
7. Welk GJ, McClain JJ, Eisenmann JC, Wickel EE. Field validation of the MTI Actigraph and BodyMedia armband monitor using the IDEEA monitor. *Obesity (Silver Spring).* 2007 Apr;15(4):918-28.
8. Polzien KM, Jakicic JM, Tate DF, Otto AD. The efficacy of a technology-based system in a short-term behavioral weight loss intervention. *Obesity (Silver Spring).* 2007 Apr;15(4):825-30
9. Papazoglou D, Augello G, Tagliaferri M, Savia G, Marzullo P, Maltezos E, Liuzzi A. Evaluation of a multi-sensor armband in estimating energy expenditure in obese individuals. *Obesity (Silver Spring).* 2006 Dec;14(12):2217-23.
10. Sharkey PF, Danoff JR, Klein GR, Parvizi J. Surgeon energy expenditure during total joint arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2007 Feb;22(2):210-2.
11. <http://www.dietology.it/index.php/area-diagnostica/holter-metabolico>
12. Dalle Grave Riccardo. *Disturbo da alimentazione incontrollata. Che cos'è come affrontarlo.* Positive Press. Verona. 2014.
13. Dalle Grave Riccardo. *Alle mie pazienti dico... .* Positive Press. Verona. 2014.
14. Dalle Grave Riccardo. *Perdere peso senza perdere la testa.* Positive Press. Verona. 2015
15. Estruch R, Ros E, Martínez-González MA. Mediterranean diet for primary prevention of cardiovascular disease. *N Engl J Med.* 2013 Aug 15;369(7):676-7. doi: 10.1056/NEJMc1306659.
16. Mancini M, Stamler J. Diet for preventing cardiovascular diseases: light from Ancel Keys, distinguished centenarian scientist. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2004 Feb;14(1):52-7.
17. Elisabetta Moro. *La dieta mediterranea. Mito e storia di uno stile di vita.* Bologna. Il Mulino, 2014
18. Keys Ancel. *Seven Countries. A Multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease.* Cambridge, MA; Harvard University Press, 1980: 1-381.