



Quando il grasso È DI TROPPO

DI **CRISTINA FERRARI**

Il Centro per la cura dell'obesità della Clinica Luganese Moncucco di Lugano-Besso offre alla singola persona un approccio multidisciplinare e personalizzato che accompagna il paziente lungo tutto il percorso di cura: dalla valutazione iniziale all'eventuale operazione condotta da un team specializzato e al relativo seguito postoperatorio, fondamentale per dei risultati duraturi nel tempo.

Il Centro, attivo dal 2011, fin dall'inizio ha ottenuto la qualifica di «centro primario» dalla Swiss society for the study of morbid obesity and metabolic disorders (SMOB), società che definisce a livello nazionale i protocolli di presa a carico dei pazienti e informa operatori sanitari e popolazione su questo delicato tema. Dal 2016 è pure riconosciuto dalla SMOB quale «centro di riferimento» rendendo possibile il mantenimento in Ticino di questo mandato di medicina altamente specializzata (MAS).

Responsabile del centro, che segue ogni anno fra i 100 e i 150 pazienti, è il dottor **Alfred Kuhmeier**.

C'è un allarme obesità in Ticino?

C'è un allarme obesità nel mondo. Non solo in Ticino, pensiamo all'America, che è sempre «avanti» nel bene e nel male. Per questo da almeno un decennio seguiamo a ruota. Sicuramente, dunque, l'obesità è una malattia endemica ed è un problema. Accanto, quale secondo grande problema, vi sono le malattie metaboliche, vale a dire per esempio diabete, ipertensione, problemi cardiovascolari, problemi polmonari, tumori, malattie associate all'obesità che, anche tramite chirurgia, sono curate nel nostro centro.

Quanto l'obesità è legata esclusivamente all'alimentazione?

Sicuramente l'obesità è legata all'alimentazione. Chiaro che se non c'è da mangiare non ci sono obesi. Però ridurla sempli-



cemente a una colpa di uno che mangia troppo punto e basta è riduttivo, perché più che una colpa si tratta di una malattia. Ci sono sicuramente delle problematiche genetiche legate all'obesità, il fatto che molti pazienti sono frustrati perché hanno la sensazione di non mangiare molto di più di altre persone che, mangiando il doppio, pesano la metà. Chiaramente ha anche a che fare con l'attività fisica. Siamo diventati un popolo di sedentari, continuiamo a mangiare bene, e spesso tanto, e quindi l'obesità tendenzialmente aumenta.

La dieta mediterranea ci può aver «salvato» finora dai numeri preoccupanti che registrano, per esempio, gli Stati Uniti?

Non solo abbiamo un altro tipo di alimentazione rispetto agli Stati Uniti ma la nostra è maggiormente legata anche al cosiddetto benessere, nel senso che negli Usa con due-tre dollari, pensiamo ai numerosi fast food, si possono ingerire anche 800 calorie. Costa poco mangiare tanto, costa di più mangiare bene.

Prendendo in considerazione la lunga crisi economica che attanaglia anche il Ticino, essa può aver contribuito all'aumento di quanti sono in sovrappeso?

È possibile. L'obesità, in particolare, è sicuramente una malattia che colpisce prevalentemente, certo non solo, persone che hanno dal punto di vista economico più difficoltà di altre.

Quali sono le peculiarità del vostro centro?

Ci occupiamo di pazienti obesi. Di regola obesi gravi. Prevalentemente offriamo una chirurgia per l'obesità ma non esclusivamente. I pazienti vengono analizzati e poi viene loro consigliato eventualmente un percorso non chirurgico, se necessario, oppure nel caso in cui abbiano provato di tutto per dimagrire, diete su diete, tentativi su tentativi, gli offriamo la possibilità di essere operati. L'intervento non è solo una questione chirurgica, nel senso che i pazienti non devono pensare di far l'operazione ed essere «a posto». È un cambiamento più complesso, con più persone coinvolte, ci sono internisti, psichiatri, psicologi, nutrizionisti, e quindi è tutto un gruppo di persone che si occupano e prendono a carico quel paziente al fine di ottenere il migliore risultato.

In che cosa consiste l'intervento?

Ci sono diverse tipologie di intervento. Ci sono gli interventi cosiddetti restritti-



Il dottor Alfred Kuhmeier nel suo studio.

vi che sono interventi usati più frequentemente perché sono meno «invasivi» e che si occupano, soprattutto, di impedire ai pazienti di assumere cibo in quantità esagerata. E poi ci sono gli interventi malassorbitivi, in quantità molto inferiore, perché sono molto più invasivi e impediscono al paziente di assumere le calorie, cioè la nutrizione. Essi permettono poi di mangiare anche quantità grandi impedendo però di assorbire la nutrizione. Da noi oltre il 90% sono interventi del primo tipo. La degenza postoperatoria, solitamente, va dai tre ai cinque giorni. Se, negli anni Novanta inizio Duemila, era in voga il cosiddetto anello gastrico oggi è praticamente scomparso, almeno in Europa. Così alcuni interventi consistono nell'estrarre questo anello e tramutarli in interventi più moderni.

Quanto può influire l'apporto della psichiatria e della psicologia?

L'apporto della psichiatria non è tanto quello di essere presente nella cura sul lungo termine del paziente ma piuttosto sulla scelta del paziente ottimale per sottoporsi all'intervento. Gli interventi sono invasivi da una parte e non invasivi dall'altra. Nel senso che, dal punto di vista chirurgico sono ormai interventi standardizzati, che hanno un tasso molto basso di morbilità e mortalità, ma sono invasivi nel senso che cambiano la vita delle persone in modo piuttosto drastico. Per cui devono essere persone che si rendono conto della scelta che fanno, perché la fanno loro, non siamo noi a volerli convincere ad essere operati, ma sono loro che vogliono cambiare la loro vita, così che arrivati a un incrocio possano dare una «deviazione» alla loro situazione. E perciò bisogna scegliere anche dal punto di vista psichiatrico, in quanto vi sono pazienti, ogni tanto, che hanno dei problemi, e i problemi possono essere dovuti all'obesità oppure i problemi hanno portato all'obesità, e quindi lo psichiatra ci aiuta a scegliere il paziente «ottimale», con più chance di successo, perché come in tutte le cose il 100% di successo non esiste.

Possiamo, dunque, dire che vi sono due casistiche di obesi: chi, seppur curando dieta e movimento, ha una predisposizione a ingrassare e chi, confrontato con i problemi della vita, trova nel cibo un modo di evadere, rassicurarsi, consolarsi?

Si può dire... ma spesso sono situazioni miste. Non c'è solo un problema, il più delle volte si tratta di casi più complessi.

Il vostro paziente tipo?

Dal punto di vista dell'obesità di per sé le differenze fra uomo e donna non sono





massicce. Dal punto di chi si sottopone all'intervento, anche a livello internazionale, sono soprattutto le donne. Significa che le donne o hanno più coraggio o hanno più voglia di apportare un cambiamento alla loro vita. Circa l'età dei pazienti, invece, si parte dagli adolescenti; avvertiamo, infatti, un problema di obesità fra i giovani. Per questo è importante che nelle scuole vengano proposti programmi che aiutano a migliorare la nutrizione già nei bambini. Perché, certo, è molto più facile dare a un bambino snacks, cioccolatini o patatine, anziché preparare una merenda più sana. Quindi il lavoro di prevenzione comincia già da qui. Abbiamo poi anziani, anche ultrasessantenni o settantenni, che sono giunti alla conclusione che nel loro stato la vita diventa difficile.

Può la famiglia limitare questo pericolo? Quando si riscontra un problema di giusta alimentazione in un bambino la «colpa» è anche della famiglia?

Ora, dare delle colpe ai genitori o a chissà chi è esagerato e anche un po' difficile. Vi sono delle abitudini, i bambini poi copiano gli altri cercando di essere simili, ci sono mamme e papà che lavorano, la famiglia «normale» sta scomparendo. La società è in evoluzione, vi sono dei cambiamenti e tutto questo ha portato ad aumentare il problema. Più che una colpa singola direi piuttosto che è un problema generalizzato.

L'OBESITÀ È UNA MALATTIA E VA CURATA. COMINCIANDO DAI BAMBINI, IMPARTENDO LORO UNA CORRETTA EDUCAZIONE ALIMENTARE IN FAMIGLIA E NELLE SCUOLE

C'è un aspetto che ci contraddistingue nel problema obesità rispetto ad altri Paesi?

Quello che cambia, soprattutto, è che in America, per esempio, gli obesi sono molto più obesi che da noi. Se noi abbiamo una media di 120-130 chili, loro hanno una media di 160 e i 180. Le loro abitudini alimentari sono, chiaramente, «peggiori» delle nostre. Dunque, abbiamo a che fare con persone con un BMI (indice di massa corporea espresso come rapporto tra peso e quadrato dell'altezza, kg/m^2) di diverse unità superiore alla media europea. Certamente questi fast food stanno, comunque, cambiando perché si sono accorti che il loro successo e il loro business stanno calando, la gente sta cominciando a prendere sul serio la nutrizione, va più verso il naturale, vi è la tendenza al vegano. Prendiamo l'esempio di McDonald che propone nei suoi menù sempre più insalate o altri tipi di prodotti rispetto al classico hamburger.

Quale soglia indica la presenza di un problema di obesità?

Si è obesi a partire da un valore BMI di 30, che è considerata un'obesità di primo grado. Nell'aumentare di cinque sale di diverso grado fino ad arrivare ai superobesi. Fra i 25 e i 30 si è considerati sovrappeso. L'obesità, va anche detto, è una malattia cronica. È un po' come il diabete, il fumo, l'alcol. Vi è un «vizio» all'origine che porta a una malattia cronica. Quindi è possibile andare avanti per vent'anni come obeso senza avere grosse difficoltà. Non essendo un cambiamento repentino, ma un cambiamento lento, su più anni, ci si abitua a questa situazione, ci si convive, si prendono abitudini che non si riescono più a cambiare. E più si aumenta di peso e più faticoso diventa il movimento, diventando un ciclo vizioso che si autoalimenta.

SE IN EUROPA SI REGISTRA UNA MEDIA DI 120-130 CHILI, IN AMERICA, DI MEDIA, SI HANNO FRA I 160 E I 180. È CIÒ È DOVUTO SOPRATTUTTO A PESSIME ABITUDINI ALIMENTARI

Come considerare la questione estetica?

Bisognerebbe ricordare che la chirurgia bariatrica o chirurgia dell'obesità non è una chirurgia estetica. Ai pazienti viene molto ben spiegato, e soprattutto chiaramente alle donne, che il proprio aspetto potrebbe addirittura essere peggiore dopo la chirurgia. Se una persona perde quaranta, cinquanta chili, in tempi relativamente rapidi, che vanno dai sei ai dodici mesi, la pelle non si ritrae e può effettivamente diventare un problema: alle gambe, all'addome, al seno, alle braccia. La chirurgia plastica potrebbe risolvere la gran parte di questi problemi però non è coperta dalle casse malati perché viene vista come una chirurgia estetica e non curativa. Vi sono delle indicazioni particolari mediche dove la cassa malati deve pagare perché ci sono dei problemi di igiene, pensiamo a livello della pelle, che non sono gestibili senza un ulteriore intervento. Anche qui, di nuovo, entra allora in gioco lo psichiatra perché il paziente lo sa prima dell'intervento che l'aspetto potrebbe addirittura peggiorare, vi potrebbero essere problemi relazionali con i partner che non riconoscono più la persona con cui hanno convissuto negli anni. Ci sono tanti problemi che possono essere legati a questo cambiamento, un cambiamento incisivo al quale la persona deve essere preparata.