

Io mi informo *obesità*

Un problema sociale

In occasione della Giornata Mondiale dell'Obesità, torniamo a parlare di questa grave epidemia che sembra inarrestabile.

L'obesità si manifesta a causa di uno squilibrio tra calorie assunte e spesa energetica, con conseguente accumulo di eccesso di calorie in forma di trigliceridi nei depositi di tessuto adiposo. Si tratta di una condizione eterogenea e multifattoriale, al cui sviluppo concorrono fattori genetici, biologici e ambientali. L'obesità è una vera e propria malattia cronica recidivante, che causa diverse complicanze disabilitanti e mortali; tra queste il diabete tipo 2, l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, la cardiopatia ischemica, l'insufficienza respiratoria con sindrome delle apnee notturne (OSAS), l'osteoartrite, solo per citare le principali. Più di recente è emerso che l'obesità è correlata a un numero elevato di tumori, che interessano prevalentemente, ma non solo, l'apparato gastrointestinale.

Altri fattori in gioco

Non è solo questione di vita sedentaria, alimentazione eccessiva e non equilibrata. A portare al sovrappeso e all'obesità contribuiscono anche altri fattori. Secondo i dati del 1° Italian Barometer Obesity Report gli uomini mostrano un tasso di obesità maggiore rispetto alle donne. Inoltre, nel nostro Paese, si registrano notevoli disegualianze: l'eccesso di peso è diffuso soprattutto al Sud e nelle Isole, in particolare tra i bambini e gli adolescenti di queste Regioni. Altro fattore determinante è il livello di istruzione: un titolo di studio superiore rappresenta un fattore protettivo nei confronti dell'obesità. Vale a dire che più si è istruiti e più si adotta uno stile di vita migliore che non fa prendere peso in eccesso e a beneficiarne sono anche i figli, se il livello di istruzione dei loro genitori è più alto.

A rischio anche i bambini

Come si vede, neanche i più giovani si salvano dall'eccesso di peso. Secondo uno studio dell'Osservatorio Grana Padano, lo stile di vita di bambini e adolescenti del nostro tempo predispone e causa l'aumento di peso. I nostri bambini e ragazzi si muovono in media troppo poco - spiega Claudio Maffei, professore di Pediatria all'Università di Verona, membro del Comitato Scientifico dell'Osservatorio Grana Padano - con danni evidenti soprattutto nel lungo termine, quali scarsa mineralizzazione ossea e sviluppo muscolare, maggiore fragilità psicologica, oltre a un più alto rischio metabolico. Per prevenire e/o curare obesità, diabete, dislipidemie e ipertensione, ci si concentra sull'alimentazione e spesso si sottovaluta l'importanza dell'attività fisica che invece, è fondamentale quanto l'alimentazione nel regolare la "macchina metabolica" di ciascuno di noi, fin da bambini. Ottimo a tal riguardo l'esempio dei genitori: se i genitori praticano con regolarità attività fisica anche i loro figli lo faranno, con un grande beneficio per tutta la famiglia."

Come prevenirla

Dopo questa premessa (e leggendo anche i dati riportati nel riquadro di queste pagine) è evidente che l'obesità non è solo una questione





I numeri dell'obesità in Italia

- ❖ 25 milioni di italiani sono in sovrappeso
- ❖ 6 milioni sono obesi
- ❖ 500.000 sono grandi obesi
- ❖ 1 bambino su 4 è in sovrappeso
- ❖ 1 bambino su 8 è obeso
- ❖ Il sovrappeso e l'obesità sono responsabili di circa l'80% di casi di diabete
- ❖ I decessi per obesità sono 57.000 all'anno, 1.000 alla settimana, 150 al giorno, 1 ogni 10 minuti



© 123rf

estetica (anche se l'impatto psicologico di questa condizione non va sottovalutato), ma una vera e propria patologia che si sta trasformando in epidemia, pur non essendo contagiosa.

Nonostante sia unanime il consenso del mondo scientifico sul fatto che l'obesità sia una malattia su base multifattoriale che necessita di cure a lungo termine, ancora oggi i sistemi sanitari e i decisori ritengono che costituisca una responsabilità dell'individuo. "La maggior parte delle strategie attualmente impiegate per affrontare il fenomeno si basano sulla prevenzione, sulla dieta e sull'attività fisica. Tutto corretto, salvo il fatto che non considerano la natura dell'obesità nel suo complesso, il bisogno di un approccio integrato alla malattia e, soprattutto, il fatto che la persona obesa non sempre cerca un aiuto o una cura", ha spiegato Antonio Caretto, Presidente Fondazione Adi-Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica.

Obesità viscerale: un rischio in più

Era il 1983 quando, per la prima volta, un team di ricercatori giapponese dimostrò che c'erano delle differenze sostanziali nel modo in cui gli esseri umani immagazzinavano il grasso corporeo, mostrando immagini ottenute con la tomografia computerizzata, in cui, a prescindere dal peso corporeo, alcune perso-

Percezione sbagliata

Secondo un'indagine sulla "percezione" del peso nella popolazione, in Italia la metà degli intervistati ritiene che il proprio peso sia normale, mentre il 42% pensa di essere sovrappeso. In realtà, circa il 10% di coloro che si descrivono "in salute" è sovrappeso e il 18% di chi si descrive in "sovrappeso" risulta obeso. L'obiettivo nel nostro Paese è di lavorare per realizzare una strategia che porti al riconoscimento dell'obesità quale malattia e problema sociale.

Abitudini sane per i ragazzi

1. Ridurre le ore davanti alla tv e ai video giochi: non più di 2 ore al giorno.
2. Fare attività fisica: almeno 1 ora ogni giorno.
3. Aumentare il movimento: bici e scale al posto di motorino e ascensore.
4. Fare colazione tutti i giorni: meglio se a casa e con cibi semplici.
5. Mangiare il pesce: almeno due o tre volte a settimana.
6. Prediligere alimenti integrali: pane e pasta integrali almeno 1 porzione al giorno.
7. Mangiare più frutta e verdura: 3 porzioni di frutta e 2 di verdura ogni giorno.
8. Ridurre soft drink e bevande zuccherate.
9. Evitare l'assunzione di alcol: niente alcolici prima dei 21 anni.
10. Dormire regolarmente: almeno 8 ore al giorno

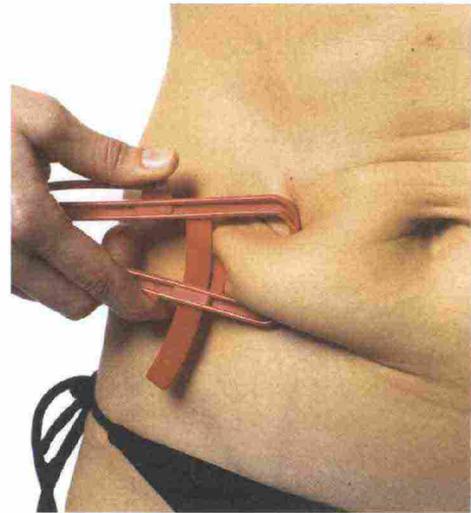
Fonte:
Osservatorio Grana Padano



Io mi informo *obesità*

ne accumulavano im portanti quantità di grasso nella loro cavità addominale, grasso che non era visibile dall'esterno. Lo chiamarono grasso viscerale e il suo eccesso obesità viscerale. Qualche anno più tardi, un ricercatore francese collegò l'eccesso di questo grasso al rischio di comparsa di alcune patologie croniche, come il diabete di tipo 2 e le malattie cardiovascolari, presupposto poi confermato da studi successivi che hanno inequivocabilmente confermato l'importanza di misurare anche l'adiposità visce-

rale (e non solo l'indice di massa corporea) per stabilire i parametri e i rischi del sovrappeso e l'obesità. Con un documento di consenso firmato da diversi esperti e pubblicato nel 2017 sulla rivista medica *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, si raccomandava di misurare sempre l'obesità viscerale nei pazienti e non solo l'indice di massa corporea. Se l'obesità rappresenta un fattore di rischio, l'obesità viscerale (non sempre visibile dall'esterno) rappresenta infatti un rischio ancora maggiore.



Le iniziative

Oltre alla Giornata Mondiale dell'Obesità (11 ottobre) e la Giornata Europa dell'Obesità che si tengono ogni anno, con l'obiettivo di sensibilizzare istituzioni e popolazione e di prevenire e curare l'obesità, sono nati e continuano a nascere diversi progetti e iniziative. Eccone alcuni in breve:

❖ **Obecity:** un progetto di sensibilizzazione nato dall'idea di SG Company, uno dei principali player in Italia nella comunicazione integrata Live & Digital, gioca sulla fusione delle parole obesità e city. Ha l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione sui tanti e gravi rischi che questa patologia comporta, promuovendo l'adozione di stili di vita corretti (movimento fisico e alimentazione sana) e divulgando informazioni utili sulla malattia. Fra le iniziative messe in campo, l'organizzazione di Roadshow nelle principali piazze italiane e la redazione di una "Guida per conoscere, prevenire e combattere l'obesità" realizzata da un Advisory Board, composto da 10 esperti del mondo scientifico, della nutrizione e della comunicazione, presieduto dal Prof. Michele Carruba, Presidente Centro Studi e Ricerche sull'Obesità dell'Università degli Studi di Milano.

❖ **Open-Obesity Policy Engagement Network:** è un'organizzazione promossa dalla Federazione mondiale World Obesity, da Easo (Associazione europea per lo studio dell'obesità), dalle associazioni americane Obesity Society e Obesity Action

Coalition (OAC), con il contributo di Novo Nordisk, che si propone di facilitare la messa a punto di progetti e programmi volti ad affrontare questa malattia e il suo carico per la società.

❖ **Cities Changing Diabetes,** che quest'anno festeggia il suo quinto compleanno, è un progetto internazionale nato in Danimarca e promosso dall'University College London e dal danese Steno Diabetes Center, con il contributo dell'azienda farmaceutica Novo Nordisk, in collaborazione con le istituzioni delle varie città che vi aderiscono (in Italia hanno già aderito Roma e Milano). L'obiettivo è di promuovere la salute nei contesti urbani, dove l'incidenza di obesità e diabete di tipo 2 è maggiore, a causa di stili di vita scorretti.

❖ **Campagna contro la sedentarietà:** si chiama "Smettere di essere sedentario: è facile se sai come farlo" il manifesto messo a punto dalla Fondazione Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere) contro la sedentarietà, che prevede anche una brochure disponibile negli ospedali con i Bollini Rosa e online (www.ondaosservatorio.it). L'obiettivo è divulgare la cultura dell'attività fisica e fornire consigli utili da mettere in pratica nella vita di tutti i giorni, anche in famiglia, per sconfinare la sedentarietà, responsabile del 14,6% di tutti i decessi, pari a circa 90.000 morti all'anno. Il 60% degli italiani infatti non pratica attività fisica corretta e regolare e quindi è a rischio.

IL DIRETTORE

> Editoriale <

SCANDALI SENZA FINE

Nel numero 90 de "L'altra medicina" (novembre 2019) abbiamo dedicato 13 pagine di inchiesta ai cosiddetti "falsari della scienza": coloro che vergognosamente manipolavano gli studi sui chemioterapici con un uso sistematico di Photoshop. E abbiamo cercato di far capire quanto fosse grave da un lato la disonestà di chi - probabilmente gravato da forti conflitti di interesse - falsificava dati scientifici, ma dall'altro quanto fosse altrettanto grave la ommissività mediatica di chi, giornalista, invece di informare, disinformava, nascondendo ad arte una realtà che invece avrebbe dovuto essere sotto gli occhi di tutti. Quali le motivazioni? Paura di ritorsioni rispetto a poteri forti ormai onnipervasivi? O semplicemente il non voler scontentare i maggiori contributors del budget pubblicitario della rivista o del canale televisivo?

Il malcostume, purtroppo, è sempre più diffuso, e non accenna a quietarsi, stavolta in relazione ai danni da zucchero, di cui già abbiamo parlato nel numero 89 di settembre 2019.

Proprio nel settembre del 2019 RA Bentley et al. ("U.S. obesity as delayed effect of excess sugar") su *Economics and human biology*, hanno analizzato gli effetti "ritardati" di alcuni decenni di abuso di zuccheri nella

popolazione. Il lavoro ha documentato con chiarezza il fatto che l'epidemia di obesità e diabete ha preso corpo molti anni dopo l'inizio della crescita dei consumi di zucchero negli USA. Gli autori hanno ben spiegato, dati alla mano, che obesità e diabete sono una conseguenza cumulativa, non immediata, del consumo di zuccheri. Ogni coorte di età infatti eredita il tasso di obesità dell'anno precedente più una quota che deriva dal consumo medio di zuccheri di quell'anno. Grazie a questo modello gli autori evidenziano la dilazione generale degli effetti dannosi (basti pensare che l'obesità è cresciuta negli USA dal 15% del 1970 al 40% circa del 2015!), e l'aumento del tasso di obesità al crescere degli anni di "esposizione" (sopra i 50 anni il tasso di obesità arriva al 47%!). Ad abundantiam, una recentissima ricerca dell'Unicef ha assegnato all'Italia il quarto posto assoluto al mondo per obesità infantile. Di fronte a questi dati inaccettabili e vergognosi per una comunità civile (per noi, padri della dieta mediterranea, particolarmente offensivi) si potrebbe immaginare che governi e istituzioni si facessero parte diligente nel contrastare quanto più possibile il "drogaggio" zuccherino, almeno nei confronti delle nuove generazioni. Nulla di tutto ciò: se guardiamo la TV, soprattutto negli orari di maggior ascolto infantile, è tutto un fiorire di pubblicità di dolci,



dolciumi, lecca-lecca, merendine, mentre nelle corsie dei supermercati i prodotti peggiori dal punto di vista nutrizionale sono inevitabilmente accompagnati da pupazzetti, eroi dei cartoni, regalini, giochi a premi e da tutto quanto possa incentivare il consumo di questi dolci veleni da parte dei bambini. E se qualcuno osa dire qualcosa contro, ecco che scatta la ritorsione pubblicitaria: tu parli contro di me e io sposto il mio fatturato pubblicitario su altre TV, altri giornali, altre riviste. Così tutti zitti. Ma, mi domando io, poi queste persone dormono la notte nel loro letto? Perché se da un lato sappiamo che sono i prodotti zuccherati e raffinati a generare diabete e obesità, dobbiamo anche sapere che coloro che per quieto vivere tacciono o omettono di denunciare sono in misura proporzionale corresponsabili del disastro.

Se fossimo un paese civile, uno dei nostri maggiori produttori dolciari, in occasione del lancio di un nuovo biscotto ripieno di crema zuccherata non potrebbe dire (come ha detto): "abbiamo creato questo biscotto con farina bianca e zucchero di canna per accontentare quella nuova tendenza salutista che si sta facendo strada anche tra i nostri clienti". Ecco: io spero che questo "filone salutista" lasci sullo scaffale la totalità di questi biscotti. Chi vuole garantirsi diabete e obesità può senza dubbio farne uso (io sono un antiproibizionista per formazione), ma è inaccettabile che qualcuno voglia farci credere che un pastone di zucchero (ma di canna!), farina raffinata e olio di palma possa fare felice il segmento "salutista" del mercato. Può credere a queste favolette solo chi falsifichi sistematicamente l'informazione medica e nutrizionale in tutto il paese. Chi legge questa rivista disporrà senza dubbio di informazioni più scientifiche e corrette rispetto a quelle diffuse dai media, agli ordini di "pantalone".

Adesso ferve il dibattito sulla tassazione dello zucchero aggiunto negli alimenti. Tassazione già applicata in molti paesi europei e a mio giudizio sacrosanta non per coprire qualche altra voce di spesa ma semplicemente per coprire i costi sanitari generati dallo zucchero stesso. Il costo di un malato di diabete è molto elevato, perché il diabetico ha molte diverse comorbilità. Per tale motivo (e lo dico non senza un moto di profondo disgusto per l'intero genere umano) vi è un'alleanza non scritta tra aziende dolciarie e farmaceutiche che si dividono

i compiti: le prime per far ammalare le persone, le seconde per vendere i farmaci adatti a curarle (o perlomeno a cronicizzarne i sintomi), che si supportano e aiutano le une con le altre. Una tassazione pesante sullo zucchero aggiunto agli alimenti renderebbe innanzitutto meno conveniente la dolcificazione per i produttori che, senza dubbio, ridurrebbero le quantità in percentuale, e in secondo luogo scoraggerebbe gli acquirenti a fare uso di quei prodotti. L'importo però dovrebbe essere elevato, sia perché i costi sanitari del diabete sono elevati (ed è giusto che vengano pagati da chi produce diabete, non dalla comunità intera), sia perché un pastone di acqua, zucchero e colorante costerà sempre meno di un succo naturale fresco, e quindi per convogliare più persone possibili verso il prodotto sano occorre rendere economicamente appetibile il succo rispetto al mix di acqua e zucchero. Naturalmente è bastato che un neo-ministro ventilasse l'i-

potesi della tassazione perché si scatenasse l'inferno e perché le associazioni dei produttori scendessero in campo a difesa dei loro tossici fatturati.

Ho assistito poco tempo fa, proprio su questo spinoso argomento, (per un esempio di come la realtà sia sistematicamente manipolata da chi ha potere di ricatto pubblicitario) a un dibattito televisivo in cui una rappresentante (così la chiama il presentatore) di "Assomerendine" (in realtà di una associazione che raggruppa l'80% dei produttori nazionali di merendine), afferma, nell'ordine:

1) che le merendine sono oggi un prodotto assolutamente sano (hanno il 30% di zuccheri in meno rispetto a 10 anni fa).

2) che se le tassiamo la gente comprerà alimenti meno sani (ne esistono?).

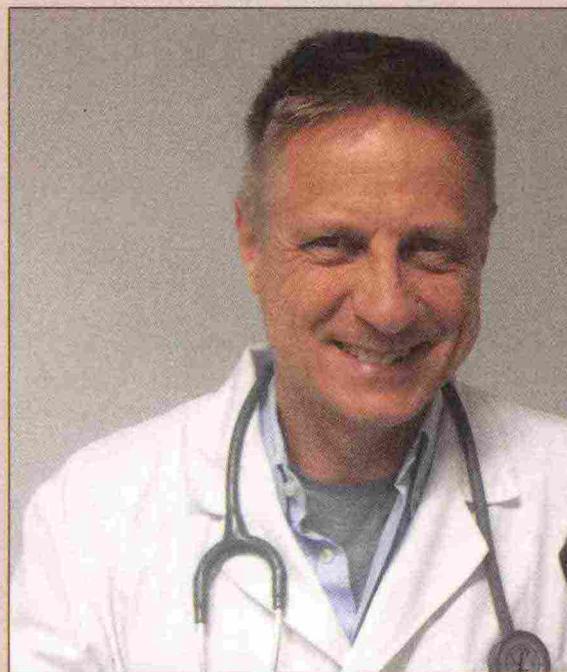
3) che LORO hanno stipulato un accordo per togliere i distributori di merendine dalle scuole (ma perché, chiedo io, visto che sono così sane?).

Ma la perla finale è la seguente: i tassi di obesità al

sud sono maggiori che al nord, mentre il consumo di merendine è maggiore al nord che al sud.

In 3' di ascolto la densità più alta di informazioni manipolate ad arte mai sentita.

Ho spento per andare a vomitare. La signora evidentemente confonde una correlazione, con un nesso di causa (stia serena, lo fanno anche i pro-



duttori di statine...). Al nord hanno anche più automobili (quindi l'auto fa dimagrire); al nord sono più stressati (quindi lo stress fa dimagrire); al nord piove di più (quindi la pioggia fa dimagrire); al nord si comprano più vestiti e borse (quindi comprare più vestiti e borse fa dimagrire). Pensano davvero che il livello cerebrale dell'utente televisivo medio sia così sotto zero? E ancora: sarà mai possibile avere un dibattito onesto in TV quando si parla di danni da zucchero, o devono sempre e solo avere parola i rappresentanti dell'industria? Coi che avrebbe dovuto rispondere alle sciocchezze dell'esperta di "Assomerendine" (una rappresentante di una oscura associazione di consumatori) invece di sbugiardare pubblicamente la portavoce dell'industria spiegandole che ad una laureata in materie scientifiche non dovrebbe sfuggire la differenza tra correlazione e nesso di causa, si è limitata a sorridere nervosamente e a biasciare che si, in fondo, le merendine piacciono a tutti, ma non bisogna esagerare. Quanti di questi finti "dibattiti" ci dobbiamo sorbire ogni giorno su tutte le reti senza che l'utente sappia che "Assomerendine" copre il 50% del budget pubblicitario di ogni rete e che quindi - in un certo senso - i giornalisti siano tutti alle sue dipendenze?

Scrivo "Il fatto alimentare", sempre a proposito della tassazione degli zuccheri, che "tante società scientifiche e molti nutrizionisti hanno aderito alla petizione, mentre altre società hanno preferito non aderire all'iniziativa, tra queste cita: l'Associazione italiana di dietetica e nutrizione clinica (Adi), l'Ordine

nazionale biologi (Onb) e la Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg). La stessa Società italiana di nutrizione umana (Sinu), leader in Italia in quanto cura la stesura dei livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana, che dovrebbe essere la paladina di questa iniziativa in linea con le indicazioni delle più importanti autorità mondiali, è stranamente assente. Al riguardo vale la pena curiosare nel sito della Sinu. Tra gli sponsor troviamo Ferrero (Soremartec) e Nfi, una società scientifica privata che è a sua volta finanziata da Barilla (Mulino Bianco), Ferrero e Nestlé, nonché decine di altre aziende alimentari. La Sinu non ha alcuna politica di trasparenza e di disclosure sulla questione del conflitto di interesse degli autori che hanno partecipato alla stesura dei Larn e a quanto pare non c'è alcuna intenzione di cambiare nel futuro".

In Italia il conflitto di interessi è un tabù. Come mai le indicazioni sugli zuccheri riportate dai Larn sono diverse rispetto a quelle dell'Organizzazione mondiale della sanità? Perché i nutrizionisti più presenti in televisione continuano a ripetere il mantra tanto caro all'industria alimentare secondo cui "non ci sono alimenti buoni o cattivi"? Come mai si continua a osteggiare qualsiasi intervento delle autorità sul consumo dello zucchero (sugar tax) e l'etichetta a semaforo, che invece viene adottata con successo da diverse nazioni al mondo per la sua chiarezza e semplicità? Una delle prime nozioni elementari che viene data allo studente che deve oc-

cuparsi di nutrizione (in Gran Bretagna, USA, Svezia, Norvegia, Finlandia, Danimarca, Canada, Oms) è la distinzione tra zuccheri aggiunti agli alimenti e quelli naturalmente presenti. In Italia invece gli zuccheri contenuti all'interno di una lattina di Coca-Cola sono considerati come quelli naturali contenuti nella frutta (circa quattro arance). Ci sarà una differenza tra una bevanda gassata e quattro arance, visto che gli zuccheri della frutta sono accompagnati da fibra alimentare, vitamine, minerali e fitocomposti, mentre nelle bibite zuccherate questi nutrienti non ci sono?

L'ostilità che l'Italia ha verso la sugar tax e il Nutri-Score è chiaramente dovuta all'influenza degli sponsor dell'industria alimentare ai massimi livelli delle istituzioni scientifiche della nutrizione. È necessario quindi allinearsi agli standard internazionali di trasparenza e risolvere il problema del conflitto di interessi. Così facendo potremo finalmente adeguare le nostre linee guida a quelle del resto del mondo e migliorare le indicazioni nutrizionali per la popolazione generale.

Oggi chi è contro la sugartax o ha qualcosa da nascondere o ignora l'evidenza scientifica. Fino a che questo enorme conflitto di interessi tra pubblica informazione e marketing industriale non sarà risolto, i nostri ragazzi continueranno a gonfiarsi di zuccheri inutili e a predisporre un futuro di obesità e diabete, nel disinteresse più totale da parte di chi avrebbe il compito istituzionale di fare qualcosa per impedirlo.

**Il direttore
Luca Speciani**

Nutrizione medica per tutti: una giusta battaglia perché sia inserita nei LEA

In Italia ci sono 17 milioni di persone con malattie legate a problemi nutrizionali, per un totale, a livello europeo, di circa 33 milioni. Unione Italiana Food prosegue la sua missione contro le differenze di cure

Il prossimo 12 dicembre si svolgerà a Roma, presso il Centro Congressi Fontana di Trevi, la conferenza dell'Unione Italiana Food in sostegno del valore degli alimenti a fini medici speciali (AFMS) e della necessità che tutti i pazienti coinvolti possano avvalersene, senza discriminazioni territoriali. I costi complessivi di un mancato accesso, infatti, sono stimati, a livello europeo, intorno ai 120 miliardi di euro. È un problema che interessa moltissime persone affette da varie patologie che coinvolgono anche l'aspetto nutrizionale e che non riescono ad accedere a servizi e prodotti importanti per i propri fabbisogni. La nutrizione clinica e gli alimenti a fini medici speciali, infatti, in base al Regolamento (UE) 609/2013, sono "un prodotto alimentare espressamente elaborato o formulato e destinato alla gestione dietetica di pazienti, compresi i lattanti, da utilizzare sotto controllo medico; oppure sono destinati all'alimentazione completa o parziale di pazienti con capacità limitata, disturbata o alterata di assumere, digerire, assorbire, metabolizzare o eliminare alimenti comuni o determinate sostanze nutrienti in essi contenute o metaboliti, o, ancora, con altre esigenze nutrizionali determinate da condizioni cliniche e la cui gestione dietetica non può essere effettuata esclusivamente con la modifica della normale dieta". In definitiva si tratta di prodotti specifici per il trattamento nutrizionale di soggetti affetti da turbe, malattie o condi-

zioni mediche che determinano l'impossibilità o la forte difficoltà ad alimentarsi utilizzando i comuni alimenti, integratori alimentari compresi, per soddisfare il loro fabbisogno nutritivo. Gli AFMS vengono catalogati in tre categorie: **1. Prodotti completi dal punto di vista nutrizionale con una formulazione standard dei nutrienti.** **2. Prodotti completi dal punto di vista nutrizionale con una formulazione in nutrienti adattata ad una specifica malattia, un disturbo o uno stato patologico.** **3. Prodotti incompleti dal punto di vista nutrizionale con una formulazione standard o adattata ad una specifica malattia, un disturbo o uno stato patologico, che non rappresentano l'unica fonte alimentare giornaliera.** Da dati SINPE 2013 si stima che almeno il 15% dei pazienti sia a rischio di malnutrizione. Più in generale in Ospedale e nelle RSA un paziente su 3 è malnutrito o a rischio di malnutrizione e, ancora più grave, un paziente oncologico su 5 muore di malnutrizione. Già da una survey che SINPE e ADI hanno condotto nel 2013, su 13 ospedali di varie Regioni era stato messo in luce come la prevalenza media di malnutrizione per difetto fosse in realtà di quasi il 31%, con picchi più alti nei pazienti oncologici e negli anziani. Numerosi studi hanno confermato che un soggetto su 4 ricoverato in ospedale è a rischio malnutrizione o presenta già uno stato nutrizionale compromesso. La categoria dei malati oncologici è una delle più importanti ma non l'unica ad avere

un notevole beneficio da un corretto impiego della nutrizione clinica. Oggi, gran parte dei fabbisogni metabolico-nutrizionali dei malati cronici non sono soddisfatti, con un impatto negativo sulla spesa sanitaria perché la malnutrizione causa riduzione delle difese immunitarie e una minore efficacia di molte cure, comprese radio e chemio terapie. «*Abbattere le disuguaglianze nell'accesso alla nutrizione medica e, in particolare, agli Alimenti a fini medici speciali (AFMS), è uno dei nostri principali obiettivi* – dichiara Anna Paonessa, responsabile di Nutrizione Medica – Unione Italiana Food. - *Continueremo a riaffermare l'urgenza di affrontare la malnutrizione rendendo accessibile a tutti i prodotti speciali. Pur avendo una valenza terapeutica comprovata, faticano a trovare spazio all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, permangono differenze marcate tra le Regioni nella rimborsabilità di questi alimenti, generando disparità di trattamento inaccettabili. Così è sempre più necessaria l'attuazione di percorsi nutrizionali comuni nei pazienti oncologici, in ottemperanza alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni, da applicare in modo uniforme in tutte le Regioni italiane. In altre parole, puntiamo al riconoscimento della nutrizione clinica per i malati oncologici come una vera e propria terapia, con la stessa dignità di quelle farmacologiche, inserendola a pieno titolo nei LEA*», conclude.

Marcella Valverde