



SILAE
SOCIETA' ITALO-LATINO AMERICANA
DI ETNOMEDICINA

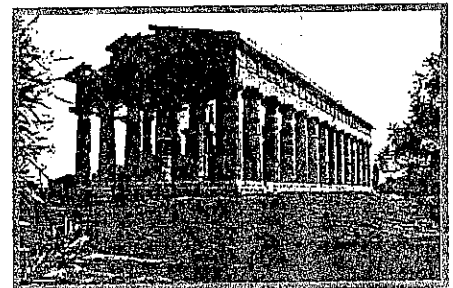
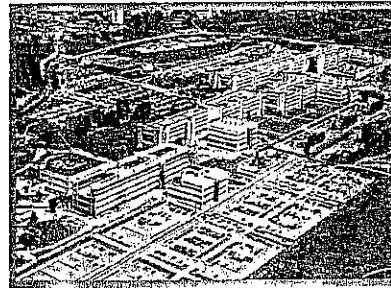
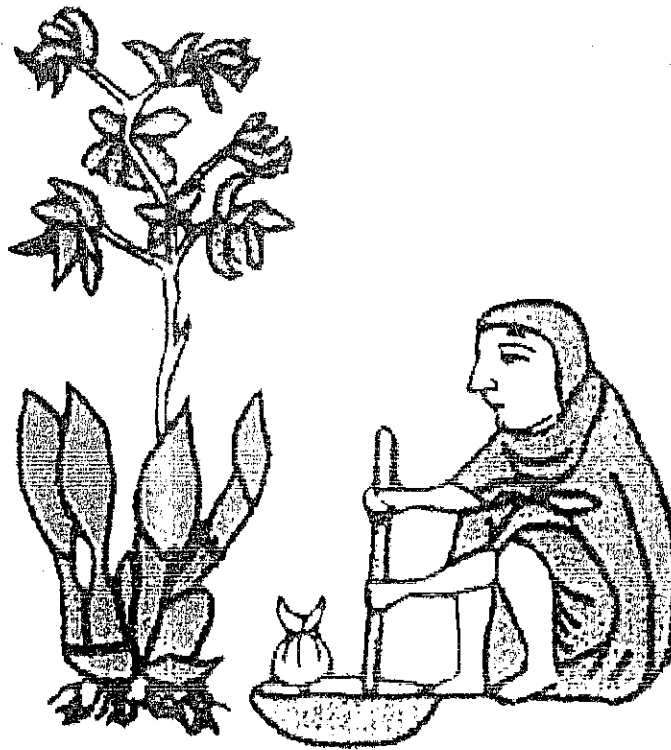


ISTITUTO ITALO-LATINO AMERICANO (IILA) ROMA
UNIVERSITA' DI SALERNO
FACOLTA' DI FARMACIA-DIPARTIMENTO DI SCIENZE FARMACEUTICHE

XIII CONGRESSO ITALO-LATINO AMERICANO DI ETNOMEDICINA

"Paolo Ceccherelli"

Roma 21 Settembre 2004, Salerno 22 - 25 Settembre 2004



Obesità infantile e obesità dell'adulto

P.Attianese*, M.Tudisco**, G.Ciriello**, A.Bohicchio**, G.Savarese***, L. Pepe****, M. Torino*****, G.Torino.*****, Massimo De Fina *****

*A.S.L. SAINocera Inferiore(SA), Facoltà di Farmacia Università degli Studi di Salerno;

A.S.L.I.Venosa Potenza; *Cattedra di Psicologia Università degli Studi di Salerno;

****Facoltà di Farmacia Università degli Studi di Salerno; ***** SUN Napoli,

*****Cattedra di Fisiologia, Facoltà di Farmacia Università degli Studi di Salerno.

***** FerderFarma, Vibo Valentia

Introduzione: L'obesità infantile (B.M.I. maggiore o uguale 85°percentile per età e sesso) è un fattore predittivo importante dell'obesità dell'adulto, soprattutto quando uno, o entrambi i genitori sono obesi. Un bambino obeso, di età compreso tra i 3 e 10 anni, con genitori di peso normale, ha una possibilità del 24% di diventare obeso da adulto e questa aumenta al 62% se uno dei due genitori è obeso. All'età di 10-14 anni, le probabilità sono notevolmente più elevate: il 64% dei bambini obesi di età compresa tra 10 e 14 anni, con genitori di peso normale, diventerà obeso da adulto, come lo diventerà il 79% di quelli con un genitore obeso.

Scopo: Lo scopo del lavoro è quello di correlare lo stato nutrizionale di studenti e lo stato nutrizionale dei propri genitori come fattore predittivo per l'obesità dell'età adulta.

Materiali e Metodi: Il numero degli studenti che ha partecipato al progetto nell'anno scolastico 2002-2003 è stato: 233, F106 - M127, età 10 +/- 1, tutti appartenenti alla A.S.L. 1 di Venosa (Pz), Italia. Il numero dei genitori è stato di 466, M 233 - F233, età 27-64 anni. La classe di peso per i genitori è stata valutata mediante l'indice di massa corporea: B.M.I. (B.M.I. = Peso in Kg/H in metri al quadrato). Se il risultato è al di sotto dei 18.5 si parla di sottopeso; tra 18.5 - 24.9 di normopeso; tra 25 - 29.9 di sovrappeso; tra 30.0 - 34.9 di obesità di prima classe; tra 35.0 - 39.9 di obesità di seconda classe e oltre i 40 di obesità di terza classe. La classe di peso per gli studenti è stata valutata con il metodo del peso relativo percentuale. Esso si ottiene dal rapporto: $\text{Peso reale/peso ideale} \times 100$ in cui il peso ideale è dato dal valore del 50° centile del peso corrispondente alla statura. Con tale metodo si possono classificare i soggetti nelle seguenti cinque classi di peso a secondo del valore percentuale della deviazione del peso ideale: sottopeso dev. minore del 90%; normopeso dev. compresa tra 90 e 110%; sovrappeso dev. compresa tra 110 e 120%; obesi dev. maggiore del 120%; superobesi dev. maggiore del 150%.

Risultati: I risultati dell'indagine sono stati: sottopeso: Padri - 2 (1%), Madri - 8 (3%); normopeso: P - 98 (42%), M - 130 (56%); sovrappeso: P - 105 (45%), M - 76 (33%); obesità I classe: P - 25 (11%), M - 14 (6%); obesità II classe: P - 3 (1%), M - 4 (2%); obesità di III classe: P - 0 (0%), M - 1 (<1%). In percentuale circa il 2% dei genitori è in sottopeso, circa il 49% è in normopeso, circa il 39% è in sovrappeso e circa il 10% è obeso. I risultati degli studenti sono stati: 98 normopeso (42%), 40 sovrappeso (17%), 74 obesi (32%), 21 sottopeso (9%).

Conclusioni: Il 90% dei bambini obesi di questo studio aveva un genitore obeso e un'alta percentuale li aveva entrambi obesi. Anche i bambini in sovrappeso avevano quasi sempre genitori obesi o in sovrappeso. Inoltre la frequenza di obesità era più alta nelle famiglie a più basso reddito. Da queste brevi considerazioni si evince che un gran numero di questi bambini in eccesso ponderale saranno adulti obesi con gravi ripercussioni sullo stato di salute. Quindi è auspicabile che Enti preposti e le Istituzioni suggeriscano comportamenti alimentari e stili di vita adeguati che prevenivano l'obesità e le malattie del benessere.

Profilassi iodica del gozzo in Italia

Torino Mario¹, Torino Gaetano², Attianese Paolo², Torino Michele².

¹Facoltà di Medicina e Chirurgia Seconda Università degli Studi di Napoli., ²Facoltà di Farmacia Università degli Studi di Salerno.

Lo iodio è un componente fondamentale della formazione degli ormoni tiroidei. Il suo deficit è responsabile della diminuzione della formazione degli stessi con conseguente alterazione di processi metabolici importanti che producono disturbi dell'accrescimento e dello sviluppo corporeo nell'uomo. Per tale motivo l'O.M.S. continua a raccomandare che è necessario eliminare i disordini funzionali e clinici legati al deficit di iodio, identificando le popolazioni a rischio al fine di trattarle con la iodio profilassi. Il ruolo dello iodio nella ormonogenesi tiroidea, le alterazioni morfofunzionali della tiroide in regime di carenza iodica ed il deficit di alogeno in molte aree di endemia gozzigena, costituiscono le premesse fondamentali della profilassi iodica del gozzo endemico. Tale profilassi può essere effettuata in vari modi, ma nel nostro Paese viene praticata mediante distribuzione di sale iodato da aggiungere agli alimenti. 150µg. Pro die di iodio è la dose consigliata dall'O.M.S., ed in Italia è introdotta con dieci grammi di sale iodato. L'uso del sale iodato è facoltativo, non obbligatorio, ed è propagandato prevalentemente attraverso i media. Ciò ha comportato, e comporta tuttora, una notevole confusione nel suo utilizzo. Invero, profilassi significa prevenire, non curare, mentre molto spesso è dato di trovare che il sale iodato viene utilizzato impropriamente come terapia. E' dimostrato, infatti, che lo iodio è più efficace nel prevenire lo sviluppo del gozzo che nel ridurre una tiroide già ingrandita. I gozzi iperplastici diffusi precoci possono regredire, cosa che generalmente non è possibile per le tiroidi ingrandite che contengono noduli e presentano aree di degenerazione cistica. L'uso improprio, anzi nocivo, dello iodio più frequentemente riscontrato nella pratica clinica è costituito dal suo utilizzo nella terapia del gozzo nodulare. Il trattamento medico del gozzo si basa sul concetto teorico che la terapia debba essere soppressiva del TSH (TSH < 0,1µU x ml). Quasi mai questo avviene con la somministrazione dello iodio per cui c'è quasi sempre un aumento sia del volume del gozzo sia del numero e delle dimensioni dei noduli. Per la disinformazione esistente, paradossalmente, lo iodio viene utilizzato anche da soggetti ipertiroidi in trattamento con antitiroidei. Altri diventano ipertiroidi per l'uso dell'alogeno, ed alla sua sospensione diventano di nuovo normotiroidei. Da ultimo, il sale da tavola è da tempo sotto processo per la capacità di determinare o di aggravare patologie cardiovascolari per cui sempre più spesso se ne consiglia di ridurre il consumo. Negli ultimi tre anni ho monitorato pazienti che usavano impropriamente il sale iodato. La casistica è la seguente: 12 pazienti con tiroidectomia totale; 98 in trattamento con antitiroidei per ipertiroidismo; 112 diventati ipertiroidi ma alla sospensione di nuovo normotiroidei; 255 con gozzo mono o multinodulare, normofunzionanti, con TSH non soppresso e quindi con peggioramento della patologia. C'è da aggiungere, inoltre, che molti di questi pazienti presentavano anche patologie cardiovascolari ed erano in trattamento farmacologico per le stesse.