

Rosanna Lambertucci

Ha intervistato

Il Prof. ALDO PINCHERA

Endocrinologo, Università di Pisa

L'obesità è in aumento in tutti i paesi industrializzati:

sono 300 milioni gli obesi in tutto il mondo e 750 milioni gli adulti in sovrappeso.

In Italia, patria della dieta mediterranea, sono in sovrappeso 1 maschio su 2, 1 donna su 3 e 1 bambino su 3.

Prof. Pinchera, perché l'obesità in Italia è in così forte aumento?

L'obesità è una delle cosiddette 'malattie del benessere'.

Il suo sviluppo incontrollato inizia quando il tenore di vita medio consente a tutti di disporre di una quantità di cibo sovrabbondante.

Questo fenomeno avviene in tutte le società che raggiungono il benessere: è successo con i nordamericani, con gli europei, e sta succedendo ora con i paesi dell'est.

L'obesità costituisce sempre più un problema ubiquitario, la cui prevalenza nella popolazione generale occidentale oscilla oggi, in rapporto ai criteri di rilevazione utilizzati, tra il 10 e il 60%, percentuale che è destinata tuttavia a crescere ulteriormente, soprattutto nei paesi in via di occidentalizzazione.

Lo stesso peso corporeo medio ha subito, negli ultimi 20 anni, un incremento che attualmente si attesta intorno ai tre kg/anno. Si è inoltre assistito ad un abbassamento dell'età media colpita: la patologia si riscontra oggi sempre più frequentemente tra giovani e giovanissimi.

L'obesità nel nostro paese ha raggiunto dei livelli veramente allarmanti: risultano in sovrappeso il 34,2% degli Italiani e OBESI il 9,8%, due dati che si prevedono purtroppo in continua crescita e secondo la società italiana dell'obesità (SIO). Nel 2025 il tasso di obesità negli adulti arriverà al 14%. Purtroppo oggi il ritratto dell'italiano medio è grasso in sovrappeso e quasi sempre seduto. Soprattutto nel sud Italia. Questa conseguenza prima di tutto è dovuta al fatto che di solito si mangia sicuramente di più, rispetto all'effettivo dispendio energetico quotidiano e con più condimenti.

Ma quando scatta la differenza tra sovrappeso e obesità?

Un soggetto si definisce obeso quando il suo [indice di massa corporea](#) (BMI) è superiore a 30, o il suo peso eccede di più del 20% rispetto al peso ideale. Questo indice è dato dal peso espresso in kg diviso l'altezza espressa in metri al quadrato: (TABELLA GRAFICA NEL VW)

B.M.I O I.M.C. = PESO IN KG / ALTEZZA IN METRI AL QUADRATO

	UOMO	DONNA
NORMALITA'	20-25	18.7 -23.8
SOVRAPPESO	25-30	23.9 – 28.6
OBESITA' DI II GRADO	35-40	28.7 - 40
OBESITA' DI III GRADO	max 40	max 40

Ma per parlare di obesità non è quindi sufficiente constatare un'importante sovrappeso, ma occorre valutare anche la percentuale di massa grassa.

Per esempio a parità di altezza, sesso, età, e peso, un longilineo sedentario potrebbe risultare obeso mentre la sua controparte brevilinea e sportiva potrebbe avere una massa adiposa nella norma.

In quest'ultimo caso non si può parlare di obesità poiché l'eccesso ponderale è dovuto soprattutto alla maggiore massa ossea e muscolare.

Quindi l'indice di massa corporea è un indicatore approssimativo poiché il peso corporeo non è condizionato solo dalla massa grassa ma anche da quella magra.

Ci sono delle vere e proprie cause scatenanti?

Sì, le cause possono essere molteplici:

Cause ambientali: dovute agli stimoli che ci giungono dall'esterno, agiscono su due fronti in modo sinergico e molto potente: da un lato abbiamo una offerta di cibi ipercalorici costante e martellante, dall'altra la necessità di mangiare sempre meno poiché il consumo calorico quotidiano diminuisce in modo inesorabile.

Cause biologiche: Da anni si cerca di capire se esistono predisposizioni genetiche, ereditarie o meno, che causano l'aumento incontrollato di peso. In realtà la ricerca scientifica attualmente ci dice che esistono predisposizioni costituzionali che facilitano l'aumento di peso, ma queste non sono l'unica causa dell'obesità. Conoscere questi meccanismi viziosi è importante poiché consente di tenerli sotto controllo, frenando l'azione di uno dei "motori" dell'obesità. Ma non si può sperare di risolvere il problema agendo solo su questa strada, né di trovare a breve il farmaco miracoloso.

Cause psicologiche: Dietro la nascita e lo sviluppo dell'obesità si nascondono sempre cause psicologiche più o meno importanti. Gli psicologi statunitensi sono i pionieri degli studi delle cause psicologiche in grado di scatenare l'obesità. La dipendenza da cibo può essere ancora più difficile da affrontare rispetto alle dipendenze "classiche", poiché il soggetto non può astenersi dall'assunzione della sostanza incriminata (poiché non può certo smettere di mangiare), e non vi è alcuna difficoltà nell'approvvigionamento di tale sostanza.

Il "motore" psicologico può essere più o meno determinante nell'origine della malattia, mentre è quasi sempre la causa principale della sua cronicizzazione.

Cause sociali: L'obesità è una malattia che dipende dallo stile di vita, e dove la prevenzione assume una importanza strategica. In quest'ottica diventa molto importante la considerazione che le persone hanno nei confronti dell'alimentazione ma soprattutto del controllo del peso corporeo.

A quali complicanze può andare incontro una persona obesa?

2 TIPI DI OBESITÀ: 1 obesità ad alto rischio (a mela)
2 obesità a basso rischio (a pera)

L'obesità rappresenta un importante fattore di rischio per la salute di un individuo

Un eccesso di peso, con conseguente accumulo di grasso corporeo, può comportare soprattutto **complicazioni cardiovascolari** o a carico dell'apparato muscolo-scheletrico, ma forte è anche l'associazione fra obesità e **diabete**, malattie del fegato o colecisti, **ipertensione**. Esistono numerosi studi che indagano i nessi tra l'eccessiva assunzione di cibo, con conseguente sovrappeso e obesità, e l'aumento della mortalità. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, "l'effetto del sovrappeso sulla mortalità persiste durante l'intera durata della vita", sebbene questo effetto sia più marcato tra gli uomini e le donne sotto i 50 anni di età:

Rischio relativo di morte per patologia coronarica	WHR (rapporto vita/fianchi)	
	Uomini (cm)	Donne (Cm)
Normale	< 94	< 80
Rischio Moderato	95-102	80-88
Rischio elevato	> 102	> 88

Distinguiamo due tipi di obesità: quella **ANDROIDE**, tipica soprattutto degli uomini, e quella **GINOIDE**, così detta perché presente soprattutto nelle donne.

L'obesità androide è sotto l'influenza del testosterone, ormone maschile per eccellenza, e si caratterizza per l'accumulo preferenziale di [tessuto adiposo](#) nel [giroviita](#). Questo tipo di obesità è ritenuto un pericolo, in quanto predispone l'individuo a svariate [patologie cardiocircolatorie](#).

L'obesità di tipo ginoide è sotto l'influenza degli [estrogeni](#); questa volta, il grasso in eccesso tende a localizzarsi soprattutto sulle [gambe e nei glutei](#), predisponendo anche alla [cellulite](#)..

La prima cura per l'obesità è un sano regime alimentare. Quando però la dieta da sola non basta bisogna ricorrere ai farmaci.

Come interviene il farmaco, quali effetti produce?

Il farmaco ideale per la terapia dell'obesità dovrebbe essere in grado di indurre perdita esclusiva di grasso corporeo senza causare effetti collaterali.

Di fatto questo farmaco non esiste ancora ed è difficile ipotizzare che potrà esistere nel prossimo futuro. L'orientamento generale della ricerca farmacologica è indirizzato oggi alla ricerca di farmaci che possano agire sul dispendio energetico e/o sull'assunzione dei nutrienti con effetti selettivi sulla lipolisi (scissione dei grassi) e sull'assunzione di grassi e \o carboidrati.

Le principali categorie di farmaci utilizzate sono:

- Anoressizzanti/adrenergici

Abbandonata l'amfetamina per i notevoli effetti collaterali e fenomeni di dipendenza, ancora oggi esistono e correntemente utilizzati preparati amfetamino-simili: non vi è alcuna indicazione all'uso di questi farmaci.

- Serotoninergici

Agiscono inducendo anoressia tramite la stimolazione del senso di sazietà. Generalmente non inducono effetti collaterali di rilievo.

La dexfenfluramina rappresenta, a tutt'oggi, l'unico farmaco in commercio nel nostro Paese che ha un'indicazione elettiva per la terapia dell'obesità. L'unico temibile effetto collaterale è l'ipertensione polmonare.

- Peptidi

Neuropeptidi, glucacone, GH : fino ad ora non è stato riconosciuto alcun uso di queste molecole nella pratica clinica per la terapia dell'obesità.

- Ormoni

Il loro impiego è da bandire definitivamente per due considerazioni: gli ormoni tiroidei inducono perdita di peso anche per una significativa perdita di massa magra, causando quindi un bilancio azotato negativo; la gonadotropina corionica ha solo effetto placebo.

In conclusione, possiamo affermare che non esiste ancora un farmaco che possa essere utilizzato a lungo termine, senza effetti collaterali e con un persistente effetto sul peso corporeo. Stando così le cose, attualmente i risultati migliori si ottengono dall'integrazione dei farmaci con la terapia dietetica-cognitivo-comportamentale.

Oggi nei casi di grandi obesi si fa uso anche delle **tecniche chirurgiche**, di che tipo di intervento si tratta?

Per i casi di obesità di alto grado, resistente a qualsiasi tipo di trattamento medico, è sempre più frequente e diffuso il ricorso alla terapia chirurgica, che ha assunto nel nostro Paese aspetti di vivace polemica circa la sicurezza e le indicazioni.

Sta di fatto che il grande obeso è un paziente ad altissimo rischio di morte precoce e di morte improvvisa, per le frequentissime complicanze cliniche associate all'eccessivo accumulo di tessuto adiposo, tant'è vero che nella letteratura internazionale tale obesità è anche definita "maligna". Il grande obeso, quindi, è un paziente che può avere effetti indesiderabili, ed a volte, inattesi, dalle terapie sia mediche che chirurgiche, che spesso devono necessariamente essere "aggressive o intensive". Per tali motivi noi non siamo contrari alla terapia chirurgica, purchè la decisione di adottarla non nasca esclusivamente dal rapporto paziente-chirurgo, ma sia invece frutto di collaborazione interdisciplinare.

diversione bilio-pancreatica

Questa tecnica chirurgica ideata nel nostro Paese, la quale, pur esistendo perplessità nel proporla, in quanto intervento parzialmente demolitivo ed irreversibile, rispetto alla precedente, presenta inconvenienti precoci e tardivi più contenuti.

Essa prevede:

gastroresezione con abbinamento del moncone gastri-co al digiuno; abbinamento di un tratto di digiuno ad un tratto di ileo: esclusione del transito alimentare dalle rimanenti porzioni di duodeno; digiuno ed ileo con abbinamento in prossimità della valvola ileo-cecale.

bypass gastrico

Consiste nella creazione di una piccola tasca gastrica separata dalla restante porzione di stomaco mediante una triplice linea di sutura.

Tale intervento rappresenta una buona possibilità terapeutica perché poco invasivo, con buoni risultati a breve e medio termine e ridotto numero di complicanze.

restrizione gastrica

Consiste in interventi che limitano l'eccessivo introito alimentare attraverso la ripartizione dello stomaco in due tasche, una prossimale di piccole dimensioni, ed una distale più ampia, comunicanti tra loro attraverso un piccolo stoma. Recentemente è stata proposta una variante che prevede la creazione di una piccola tasca nella porzione superiore dello stomaco mediante la creazione di un bendaggio regolabile. Tale bendaggio è reversibile ed eseguibile anche per via laparoscopica. Tali interventi risultano affidabili da tutti i punti di vista, con una sola conseguenza: vomito, se vi è una rapida o eccessiva introduzione di cibi solidi.

Quali sono i rischi?

Alla lunga, se il paziente non sta al gioco e continua o riprende a mangiare più di quello che deve, il piccolo stomaco si dilata e diventa capace di accogliere quantità di cibo sempre maggiori, e si recupera il peso. Naturalmente lo stesso accade se, anziché i cibi solidi, si mangiano gelati, budini o altri alimenti liquidi o semiliquidi che facilmente superano l'ostacolo, o ancora se si fanno pasti piccoli ma frequentissimi. In altre parole, l'intervento aiuta sì a perdere il peso, ma il mantenimento del risultato raggiunto dipende comunque dall'autonoma capacità del soggetto operato di rimanere a dieta per tutta la vita. Il che, come abbiamo detto, è proprio ciò che quella persona non è capace di fare, altrimenti non si sarebbe rivolto alla chirurgia. L'ovvio risultato è che la maggioranza dei soggetti operati prima o poi recupera il peso perduto.

Sappiamo che l'Italia detiene il record per quanto riguarda l'obesità infantile (1 bambino su 3). Oltre allo stile di vita ci può essere anche una componente genetica?

L'obesità è data da un insieme di fattori genetici, organici e ambientali. Fattori genetici complessi incidono per circa il 25% nello sviluppo dell'obesità, ...L'obesità infantile rappresenta purtroppo il nostro triste primato europeo 1 su 3 è in soprappeso e uno su 10 è obeso e in quasi metà dei casi i problemi di peso si trascinano nell'età adulta. Intanto, malattie come il diabete o l'ipertensione diventano sempre più "giovani: uno studio ha analizzato che il 15% dei bambini con eccesso di peso ha glicemia, pressione e colesterolo elevati arterie 4 volte meno elastiche dei coetanei.

Possiamo dare dei consigli alle tante mamme e nonne in ascolto?

Purtroppo oggi lo stile di vita dei bambini assomiglia sempre di più a quella degli adulti: i nostri figli, i nostri nipoti sono sedentari, stressati, mangiano male e in fretta.

Gli errori più comuni ? La ripartizione dei pasti disordinata: il 60% delle calorie giornaliere dovrebbe essere introdotto entro l'ora di pranzo, ma oggi la sera è l'unico momento in cui ci si ritrova tutti assieme in famiglia e si fa un pasto completo. Conseguenza i bambini vanno al letto più tardi, dormono meno, si svegliano con poco appetito per la colazione che invece dovrebbe dar loro la benzina per la giornata. Comunque credo che le regole sono ormai note a tutti: frutta e verdura a volontà, pochi grassi, tante fibre.