

Qualità della...

ESSERE SOVRAPPESO O OBESI NON È UN PROBLEMA ESTETICO: IN QUESTE CONDIZIONI IL RISCHIO DI INFARTI, ISCHEMIE E ICTUS È MOLTO ALTO.

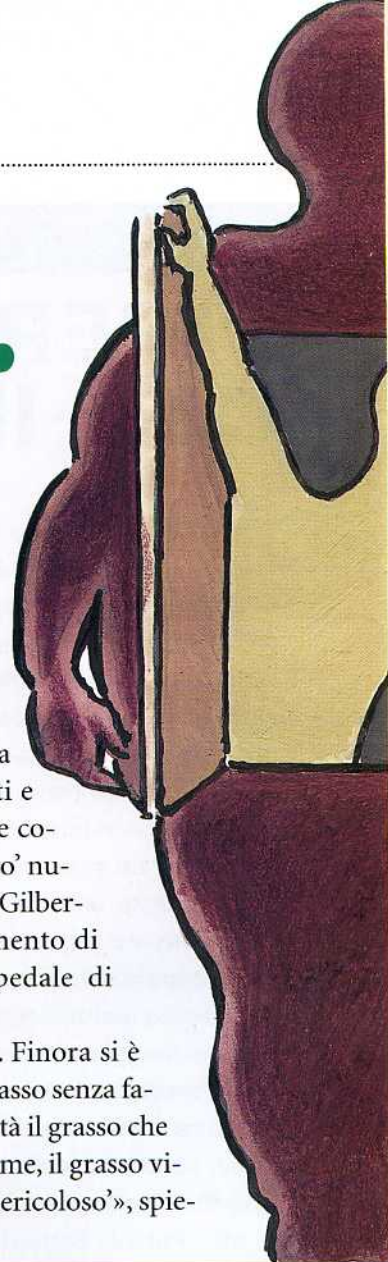
BASTA PERDERE ALCUNI CHILI MANGIANDO MEGLIO E FACENDO ATTIVITÀ FISICA. IL CHE PURTROPPO NON È FACILE.

La lotta contro il fumo? È quasi vinta: l'informazione e la pressione sociale hanno ridotto il numero di fumatori. Ora è l'obesità il principale fattore di rischio nei Paesi occidentali, la più importante causa indiretta di morte e invalidità non accidentale. Il rapporto fra peso e incidenza delle malattie cardiovascolari è diretto. Le persone che non aumentano di peso nel corso della vita adulta hanno una speranza di vita

di oltre vent'anni superiore alla media. Oltre al diabete e a diverse forme di artrosi, l'obesità (così come il semplice sovrappeso) «è associata quasi invariabilmente a ipertensione, dislipidemia [trigliceridi e colesterolo aumentati, colesterolo HDL diminuito *n.d.r.*], insulino-resistenza e iperuricemia», elenca Carlo Maria Rotella, docente di endocrinologia all'Università di Firenze e responsabile dell'Unità di Malattie del Metabolismo del Dipartimento di Fisiopatologia clinica dell'Università di Firenze.

«In una fase in cui la medicina è riuscita a controllare molti dei fattori di rischio cardiovascolare, riducendo sia la gravità sia la frequenza di infarti e ictus, l'obesità emerge come il 'nemico pubblico' numero uno», aggiunge Gilberto Bana del Dipartimento di Cardiologia dell'Ospedale di Lecco.

Attenti alla pancetta. Finora si è parlato di peso o di grasso senza fare distinzioni. «In realtà il grasso che si accumula nell'addome, il grasso viscerale, è molto più 'pericoloso'», spie-



OBESITÀ E DIABETE: PARENTI STRETTI

Obesità e diabete di tipo 2 sono parenti stretti. «Su dieci persone diabetiche otto sono obese e almeno la metà dei pazienti obese che curiamo sono diabetici», illustra Carlo Maria Rotella, docente di endocrinologia all'Università di Firenze. Ovviamente non può essere un caso. «Un legame esiste sicuramente: sappiamo che la presenza di tessuti adiposi in eccesso sviluppa fenomeni di resistenza sia all'insulina sia alla leptina. Può essere che soggetti particolarmente insulino-resistenti sviluppino prima l'obesità», nota il responsabile dell'Unità di Malattie del Metabolismo dell'Università di Firenze. L'associazione fra diabete e obesità moltiplica la frequenza e la gravità delle complicanze tipiche del diabete. «Con un diabetico obeso ormai non parliamo nemmeno più di prevenzione», afferma Gilberto Bana, cardiologo all'Ospedale di Lecco, «trattiamo il

vita

La Società Italiana dell'Obesità insieme a Roche ha dato vita al progetto Peso e Salute Italia Informa, concretizzatosi in una grande campagna stampa di sensibilizzazione

Peso & Salute
ITALIA
INFORMA



ga Rotella. Quel rotolino di pancetta (indice di obesità viscerale) che moltissime persone, soprattutto maschi, accumulano non crea drammi sulla bilancia ma va valutato con attenzione più del grasso sottocutaneo (quello che più spesso le donne accumulano sulle cosce, sui fianchi o sul sedere). «Basta davvero un po' di pancetta per far scattare una quota sensibile di rischio cardiovascolare», sottolinea il cardiologo dell'Ospedale di Lecco. «Il grasso viscerale è particolarmente importante perché la circolazione sanguigna dei tessuti addominali passa attraverso il fegato prima di disperdersi nell'organismo», illustra Ro-

tella, «i trigliceridi rilasciati dalle cellule adipose dell'addome intasano il fegato e ne ostacolano il funzionamento, provocando l'alterazione di molti valori ematici». Per questa ragione nell'autocontrollo del peso il metro da sarta conta ormai quasi quanto la bilancia. Un giro vita superiore a 94 centimetri per i maschi e 80 centimetri per le femmine corrisponde già a un rischio notevole di complicanze, se poi la circonferenza sale a 88 centimetri per le femmine e 102 per i maschi la situazione richiede di essere corretta.

Si può tornare indietro. 'Corretta' è la parola giusta perché l'organismo sovrappeso è in grado di fare rapidamente 'marcia indietro' non appena il soggetto riduce l'eccesso di peso e fa costante esercizio fisico. «Una volta ritornati a un peso forma, il grasso accumulato nel fegato si scioglie in pochi mesi», nota Fabrizio Muratori del Centro di Endocrinologia dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. «Una attività fisica costante e relativamente impegnativa aumenta il consumo di grassi e riduce sensibilmente il rischio di trombosi», aggiunge il cardiologo Gilberto Bana, «perfino il diabete arretra, l'eventuale deficit di insulina si riduce, l'insulino-resistenza diminuisce e può sparire».

Informazione e motivazione. Per dimagrire occorre però una forte motivazione. E questa non può esistere se non è diffusa la coscienza del problema e se non sono disponibili strumenti di autoverifica. Essere sovrappeso è una condizione che non dà dolori, crea minimi disagi ed è ritenuta erroneamente 'sogettiva'. «In Italia siamo ancora indietro su questo piano»,

sul tema del controllo del peso che ha interessato le principali testate nazionali; un numero verde attraverso il quale ricevere informazioni da medici specialistici; l'immancabile sito web (www.pesoosalute.com) e una serie di guide specifiche sulla attività fisica, l'alimentazione e la verifica di obiettivi e progressi.

Nella pagina a sinistra Carlo Maria Rotella, docente di endocrinologia all'Università di Firenze e responsabile dell'Unità di Malattie del Metabolismo del Dipartimento di Fisiopatologia clinica dell'Università di Firenze.

caso con lo stesso approccio che useremmo per un infartuato». Ai fini cardiologici le differenze fra i casi di ridotta tolleranza al glucosio e di diabete franco sono minime. «Inoltre, se si diventa diabetici lo si è sempre, anche se in buon equilibrio», sottolinea Rotella.

In compenso alcuni farmaci e tutti i comportamenti consigliati per la terapia del diabete hanno un effetto sull'obesità e viceversa. I farmaci ACE-inibitori riducono l'ipertensione e prevengono la nefropatia, dieta ed esercizio fisico possono ritardare il trattamento insulinico. «Ma soprattutto è simile l'approccio che sia il medico, sia il paziente adottano nei confronti della terapia», nota Rotella, «nell'obesità e nel diabete è il paziente il protagonista della cura». Tanto è vero che, come sottolinea Bana, «il diabetico che vuole dimagrire mostra di disporre già di un metodo, un'abitudine all'autocontrollo».

HO POCA LEPTINA: UCCIDO UN MAMMUT

A differenza delle persone sovrappeso, che risentono soprattutto degli effetti di una ridotta attività fisica e di una alimentazione eccessiva e disordinata, le persone obese aggiungono a queste cattive abitudini qualche disfunzione nel meccanismo che regola il senso di appetito e di sazietà. «Negli ultimi anni abbiamo imparato molte cose su questo processo», sottolinea Fabrizio Muratori, del Centro di Endocrinologia dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano, «in alcune regioni del cervello la forte concentrazione di una sostanza che chiamiamo NPY motiva comportamenti che mirano alla ricerca o all'assunzione di cibo: fino a mille anni fa voleva dire andare a caccia di mammut, oggi aprire il frigorifero. Viceversa una bassa concentrazione di NPY provoca sazietà».

Il tessuto adiposo secerne un ormone che si chiama leptina. La leptina 'avverte' il cervello che le riserve di grasso sono più che sufficienti e quindi non è necessario assumere cibo». Gli obesi sviluppano però una cosiddetta 'leptino-resistenza'. Il segnale emesso dal tessuto adiposo non viene avvertito dal cervello. «Il panorama che le ultime ricerche hanno tracciato è assai complesso», conferma Muratori. «Abbiamo trovato una serratura e una delle chiavi che la aprono, ma ci sono altre chiavi, e probabilmente altre serrature. La ricerca è affascinante ma ancora lontana da risultati immediatamente utilizzabili».



Sopra Fabrizio Muratori, del Centro di Endocrinologia dell'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. A destra Gilberto Bana del Dipartimento di Cardiologia dell'Ospedale di Lecco.

nota Massimo Pagani, docente di Medicina Interna all'Università di Milano, «stenta a farsi strada la coscienza del problema e non solo fra la popolazione generale».

Diagnosi alla portata di tutti. A differenza di altre condizioni, l'obesità o il sovrappeso sono facili da autodiagnosticare. Uno strumento alla portata di tutti è l'indice di massa corporea (o BMI dall'inglese Body Mass Index). Calcolarlo è abbastanza semplice: si divide il proprio peso per il quadrato dell'altezza in metri. Chi pesa 94 chili ed è alto 1,8 metri dividerà 94 per il prodotto di 1,8 x 1,8. Il risultato, in questo caso circa 29, è il BMI. Nei sog-

getti normopeso il BMI è compreso fra 18,5 e 24,9. Si parla di sovrappeso da 25 fino a 29,9 e da 30 in poi di obesità, a sua volta suddivisa in diversi livelli.

Terapia: è questione di autocontrollo. Esattamente come accade nel diabete la terapia dell'obesità richiede una modifica importante delle abitudini di vita. L'obiettivo meno difficile da raggiungere è una costante attività fisica: «qualsiasi esercizio è salutare purché effettuato con costanza», nota Rotella, «basta mezz'ora di camminata al giorno per notare effetti importanti sia nel benessere percepito dal paziente sia nei valori ematici». Gilberto Bana consiglia però sforzi più impegnativi, per ottenere risultati visibili. Meglio la palestra della passeggiata. «Chi non ha o non ha mai avuto un'abitudine all'attività sportiva farà meglio a recarsi in palestra: l'home fitness è noioso e richiede molta autodisciplina», avverte Bana.

La ricerca farmacologica. Sul fronte farmacologico la ricerca è da tempo avviata, purtroppo, però, vista la complessità dei meccanismi che presiedono alla sensazione di fame e sazietà (vedere box a sinistra) non esistono ancora 'medicine' capaci di agire sulla sensazione di sazietà senza incidere sulle altre funzioni del sistema nervoso centrale.

Un'altra affascinante direzione della ricerca è la possibilità di trasformare il grasso 'bianco', tipico dell'uomo, in grasso 'bruno', che si scioglie con estrema facilità. «Purtroppo nell'uomo, pochi mesi dopo la nascita, il tessuto adiposo bruno è sostituito quasi interamente dal bianco e non si ricrea, se non in casi rarissimi e patologici», nota Muratori.

Ma il fronte farmacologico non ha da proporre solo progetti e speranze. Da pochi anni è disponibile una molecola, l'Orlistat che agisce in maniera selettiva (e quindi senza altri ef-



fetti sul resto dell'organismo) sul meccanismo che presiede all'assorbimento dei grassi. Orlistat è in grado di inibire in una certa misura (circa il 30%) la lipasi pancreatica, una proteina che nell'intestino scioglie i trigliceridi presenti nel cibo digerito e li trasforma in monogliceridi e acidi grassi, in modo che possano essere assorbiti. Questi ultimi rendono solubile il colesterolo alimentare. Il risultato è un ridotto assorbimento di grassi e di colesterolo che – insieme a una dieta, all'esercizio fisico e a un attento controllo medico – può portare a cali ponderali non 'magici' ma sensibili e a una riduzione proporzionalmente ancora maggiore nella colesterolemia. «Orlistat ha un effetto collaterale importante nel motivare il paziente a mantenere una dieta povera di grassi», ricorda Carlo Maria Rotella, una sorta di sentinella che avverte il paziente con una particolare difficoltà a ritenere le feci prodotte, qualora esageri con i grassi.

Con Orlistat, prodotto da Roche con nome commerciale di Xenical, la ricerca ha dato una risposta importante sul fronte farmacologico. «I farmaci sono a volte necessari anche perché è difficile sradicare questa aspettativa, del paziente», nota Muratori, «ma la dieta e l'esercizio fisico restano come cardini della terapia dell'obesità». Più in generale «la terapia dell'obesità richiede un team di cura capace di raccogliere in un unico centro competenze endocrinologiche, psicologiche e dietetiche», nota Rotella che dirige uno dei pochi centri così organizzati.

Ridurre la pancia e cambiare la testa. Più difficile far corrispondere all'aumentata attività fisica un ridotto introito calorico. «Lo stimolo a mangiare è multifattoriale e i suoi singoli elementi vanno affrontati uno per uno», ricorda il docente di endocrinologia fiorentino, sia dando consigli pratici (servirsi su piatti piccoli, masticare a lungo, non tenere in casa snack o prodotti pronti al consumo) sia dietetici (evitare i cibi ad alto contenuto di grassi) sia psicologici.

Attenzione però a non intervenire solo sulla dieta. Una costante attività fisica va affiancata a una netta riduzione – e per sempre – del-

la quantità di cibo assunto, ad abitudini alimentari più sane, ai farmaci... «La terapia dell'obesità è multifattoriale, come il problema stesso, e la psicologia conta molto: ridurre la pancia potrebbe anche essere facile; il fatto è che bisogna cambiare la testa», riassume il professor Rotella. «Fino a ieri vivevamo in una cultura rurale dove essere magri equivaleva a essere malati e il grasso era sinonimo di salute e agio», ricorda. Del resto non si dice ancora oggi: 'una magra figura'?

Massimo Pagani,
docente di Medicina
Interna all'Università
di Milano e
primario di Medicina
Interna all'Ospedale
L. Sacco di Milano.

IL MEDICO? È DIETRO LE QUINTE

Dimagrire? In teoria è semplicissimo. «Basta mangiare di meno e fare più movimento per ridurre le 'riserve di energia' accumulate sotto forma di adipe. Il che, purtroppo, non è affatto facile», ammette Massimo Pagani, docente di Medicina Interna all'Università di Milano, «tanto è vero che la terapia dell'obesità è quella nella quale i medici riscontrano il maggior numero di insuccessi».

Pagani, primario di Medicina Interna all'Ospedale L. Sacco di Milano, cerca di andare a fondo in questo paradosso, ponendo in dubbio tutti i termini della questione e i ruoli del paziente e del medico.

«L'obesità, più che una malattia in sé, è un 'segnale': il dito che indica la luna non è la luna, come diceva Lao-tze. La diagnosi finisce quindi per 'nascondere' la complessa realtà del paziente», continua Pagani, «e fa dimenticare che l'obeso è tale perché ha assunto dei comportamenti che fanno parte di lui. Il medico può soprattutto aiutare la persona obesa a condividere quei timori che noi esprimiamo come 'fattori di rischio' modificando il suo comportamento». Pagani sottolinea come la terapia dell'obesità sia affidata soprattutto al paziente: il medico sta, per così dire, dietro le quinte: in scena c'è la persona con le sue motivazioni e le sue difficoltà».

La soluzione sta quindi nel creare e mantenere una reale motivazione. L'esperienza mostra come una motivazione solo estetica non sia sufficiente. «Ma tantomeno serve 'minacciare' il paziente o 'imporgli' di dimagrire. Non dobbiamo dimenticare che stiamo chiedendo al paziente di abbandonare una situazione tutto sommato di equilibrio», nota il docente milanese, «e che viviamo in un contesto culturale che appoggia, se non promuove, cattive abitudini alimentari».

