

L'apparenza inganna

Intervista a Laura Di Renzo

La lotta all'obesità, nonostante numerose campagne di informazione, non sta funzionando. Tanto che negli ultimi tre anni la patologia è aumentata del 25%. Tutta colpa dei parametri adottati dal Ministero della Salute per diagnosticarla: vetusti, limitati e spesso inadatti a scoprire il grasso nostrano. È quanto sostiene il prof. Antonino De Lorenzo, direttore della Cattedra di Nutrizione Umana all'Università di Roma "Tor Vergata". Non solo; l'équipe di De Lorenzo ha anche messo a punto lo studio di una sindrome nuova che affliggerebbe il 5 per cento della popolazione femminile: in italiano prende il nome del medico, in inglese si chiama NWO (Normal Weight Obese) Syndrome, ovvero... sindrome delle obese dal peso normale. Abbiamo chiesto lumi alla biologa molecolare Laura Di Renzo, stretta collaboratrice di De Lorenzo, che ci offre anche la "ricetta" per prevenire e combattere l'obesità.

Indice di massa corporea e misurazione del giro-vita sono i parametri più in voga per diagnosticare l'obesità. Secondo voi non sono più sufficienti. Ci spiega perché?

Con studi più approfonditi, definendo cioè la distribuzione di massa grassa e magra, abbiamo rilevato che in Italia il 5% delle persone considerate normali sono in realtà obese e che con la stessa analisi ben il 27% di chi è ritenuto sovrappeso sia in realtà già obeso. Con il BMI (Indice di massa corporea), unito alla grande campagna dell'anno scorso "prendiamoci la misura del giro-vita e sapremo come siamo", si è arrivati a paradossi come quello dello sportivo che, avendo una grossa massa muscolare, pesa tanto: basandosi soltanto sul rapporto tra peso e altezza (18-25 normalità; 25-27 sovrappeso; oltre 27 obeso) gli si potrebbe dire "sei obeso"! Viceversa, una donna alta 1.65 metri che pesa 57 chili, ha un BMI pari a 20,9: le si dice "signora, lei è sana come un pesce". E invece no. Perché misuri la sua composizione corporea nel tempo e vedi che c'è un aumento di oltre il 30% di massa grassa, fai lo screening dei polimorfismi genetici, misuri le citochine e scopri che ha dei parametri infiammatori alterati...

Perciò è affetta dalla sindrome di De Lorenzo...

Esatto. Secondo i vecchi parametri sarebbe sana. In realtà, anche senza arrivare ad analisi approfondite, una diagnosi di obesità può arrivare già soltanto dal campanello d'allarme che riguarda la "Fat mass". Se il suo valore è superiore al 30%, c'è un rischio effettivo.

Come si valuta la massa grassa di una persona?

Per esempio c'è un esame che si chiama DEXA (Dual Energy X-ray Absorptiometry), un metodo di indagine nemmeno tanto invasivo perché è pari ad una Rx toracica. Oggi lo fanno soltanto le donne in menopausa per la valutazione dell'osteoporosi, concentrando l'attenzione sulla densità ossea a livello delle vertebre L4 e L5 e a livello femorale, ma non viene consigliata – come invece facciamo noi – per lo studio di tutta la composizione corporea, dalla distribuzione delle masse magra e grassa alla densità ossea generale. Con un tale esame si può valutare uno stato di normalità, preobesità o obesità sulla massa grassa e contemporaneamente sapere come sta la persona in termini di densità ossea.

E non soltanto a partire dalla menopausa...

No. Molto prima. Intanto l'osteoporosi, la perdita di massa ossea, comincia già dopo i 25-30 anni, cioè il picco osseo è intorno a quell'età, per uomini e donne. Quindi un discorso di prevenzione andrebbe fatto già prima e la demineralizzazione si potrebbe prevenire e bloccare con una attività fisica e con una dieta che sia ricca di minerali che vanno a fissare il calcio.

Si parla di un aumento del 25% dell'obesità negli ultimi tre anni. Chi sono i nuovi obesi?

Soprattutto bambini e giovani donne. Da un lato, con i parametri in vigore, si fa una diagnosi sbagliata; dall'altro, pure in presenza di sovrappeso e obesità, intervengono le Diet Industry con diete assurde o peggio con farmacoterapie che vengono somministrate basandosi su parametri errati. In genere ci pensa il medico di base, ma anche il farmacista oppure è l'amica a consigliarle e perciò diventa un'auto-somministrazione... In realtà queste terapie fanno perdere acqua e massa magra, per cui diminuisce il peso ma non il grasso e questo fa sì che aumenti l'osteopenia, con tutti i rischi conseguenti all'aver perso massa muscolare che è quella che invece ci serve. Nessuno la misura, si continua a prendersi i centimetri, a pesarsi sulla bilancia e si pensa di essere dimagriti. In realtà la massa grassa è rimasta lì e peggiora la situazione perché la diminuzione del magro, la massa metabolicamente attiva, e della quantità di acqua intracellulare fanno sì che il metabolismo diminuisca, l'organismo lavori peggio e il paziente vada incontro a rischi ben peggiori.

A proposito di metabolismo, ci deve essere una questione che lo riguarda se la sindrome di De Lorenzo colpisce soltanto le donne...

Intanto queste donne hanno circa 200 kcal in meno rispetto alla popolazione normale, quindi hanno un metabolismo basale rallentato, probabilmente correlato ad un sistema ormonale diverso. Nello stesso tempo hanno un accumulo di grasso distribuito in genere nelle gambe. Probabilmente la sindrome di De Lorenzo colpisce le donne perché esse metabolizzano in maniera differente, in quanto tutto il loro corredo

enzimatico e ormonale è diverso da quello degli uomini. E diverso è il consumo energetico. A livello genetico, poi, abbiamo riscontrato una sorta di eterozigosi diffusa per una serie di parametri di citochine infiammatorie. Mentre le persone sane (per composizione corporea) hanno dei geni ben funzionanti, le donne affette dalla NWO presentano una alta incidenza di polimorfismi dei geni delle interleuchine che determina in queste una predisposizione all'infiammazione, cioè aumenta il rischio soprattutto di malattie cardiovascolari e cronico-degenerative.

L'intervento di prevenzione che proponete, insieme a esami come la DEXA e alla battaglia contro l'auto-somministrazione incontrollata di farmaci, è quello della dieta mediterranea...

Scientificamente accertata, con studi approfonditi (si pensi a quelli del professor Flaminio Fidanza che dal '60 sta monitorando chi si nutre seguendo una dieta mediterranea e chi lo fa in modo diverso). Si pensi anche alla globalizzazione in termini di consumi alimentari che ha portato alla perdita di assunzione di prodotti sani e che quindi ci ha danneggiati sia per quanto riguarda l'incidenza delle patologie cardiovascolari, sia per l'incidenza e insorgenza di tumore soprattutto al colon e alla mammella. Siamo per la dieta mediterranea che è una dieta equilibrata e per una sana attività fisica: una camminata al giorno di 35-40 minuti, una corsa in bicicletta o a piedi... Un'attività motoria, aerobica che consenta di smaltire il consumo anche soltanto di 150-200 kcal al giorno che è l'equivalente di una mela, ma che se non è smaltito può trasformarsi in un accumulo e dare origine a problemi di sovrappeso e preobesità.

versione integrale (Left, 09/06/06)© Paolo Izzo