

Circonferenza addominale e rischio metabolico: come valutarlo

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Riprendo e approfondisco il tema del peso corporeo dalla prospettiva del girovita e della circonferenza addominale. L'**indice di massa corporea** (body mass index, BMI) è un parametro biometrico fondamentale che mette in relazione il peso corporeo e l'altezza, per valutare se una persona è normopeso, sottopeso, sovrappeso oppure obesa. Si calcola dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in centimetri. Oppure, più semplicemente, si ottiene sottraendo 110 all'altezza controllata con lo statimetro.

Una donna alta 163 centimetri che pesa 53 chili, o alta 170 centimetri che pesa 60 chili, hanno un BMI ideale. La stessa donna alta 163 centimetri, se pratica anche regolare attività fisica, può avere un punto vita, misurato a pelle, di 63-65 centimetri. Fra le mie pazienti ne ho molte, anche dopo la menopausa, il che significa che **il gold standard** del rapporto tra peso e altezza, ancorché impegnativo, è raggiungibile e possibile da mantenere anche dopo la menopausa, e senza chirurgia: bastano l'attività fisica regolare fin dalla giovinezza, un'alimentazione appropriata e una terapia ormonale sostitutiva personalizzata e tempestiva.

Sulla **valutazione individuale** influiscono poi l'etnia, la costituzione fisica, il rapporto tra massa grassa e massa magra, ed ecco perché si parla di range, quindi di un intervallo di peso, e non di un singolo valore, ma il concetto di un rapporto ideale fra peso e altezza resta valido.

Se poi la maggioranza delle donne aumenta molto di peso già prima della gravidanza; fa poca attività fisica, o niente del tutto; non fa, o non può fare terapia ormonale sostitutiva, e aumenta molto di peso, soprattutto sul punto vita e sulla circonferenza addominale, questo resta **un fattore primario di rischio metabolico e cardiovascolare**. Un rischio che merita attenzione e adeguate contromisure.

Come si calcolano allora la normalità , il sottopeso, il sovrappeso e l'obesità ?

Ecco le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della Commissione Internazionale sull'Obesità Clinica:

magrezza eccessiva: BMI inferiore a 16; **sottopeso:** BMI tra 16 e 18.49; **normopeso:** BMI tra 18.50 e 24.99; **sovrappeso:** BMI tra 25.00 e 29.99; **obesità classe I:** BMI tra 30.00 e 34.99; **obesità classe II:** BMI tra 35.00 e 39.99; **obesità classe III:** BMI da 40.00 in su.

Sapere in quale fascia ci si trovi è un buon punto di partenza per confermare i propri stili di vita o migliorarli, quando indicato, per ottimizzare la propria traiettoria di salute.

Suggerimento: misurate il vostro BMI, almeno per curiosità, e per una rivalutazione clinica col medico di fiducia nel caso in cui foste molto sottopeso o orientate verso l'obesità.

Quali sono i limiti del BMI?

Secondo le più recenti indicazioni della Commissione Internazionale sull'Obesità Clinica. Il BMI:

non è **una misura diretta** del tessuto adiposo;non riflette **la distribuzione corporea** del tessuto adiposo;non fornisce **indicazioni immediate** sullo stato di salute o di malattia.Tuttavia, il BMI è comunque un primo indicatore del rischio di sviluppare malattie come diabete, ipertensione e altre malattie cardiovascolari.

E allora? Ecco che cosa raccomanda la Commissione Internazionale sull'Obesità Clinica: è essenziale misurare **la circonferenza vita** e **la circonferenza addominale**, perché sono indicatori ancora più accurati di patologie metaboliche e cardiovascolari, e integrano il BMI.

Che cosa dicono le linee guida sul rapporto fa circonferenza addominale e rischi metabolici?

La circonferenza addominale che indica il limite (cut-off) per un rischio metabolico elevato varia anche in base al sesso e all'etnia. Secondo le linee guida della Endocrine Society, per la circonferenza addominale:

per la popolazione generale di origine europea, il cut-off è ≥ 94 centimetri negli uomini e ≥ 80 centimetri nelle donne;**per la popolazione statunitense non asiatica**, il cut-off è ≥ 102 centimetri negli uomini e ≥ 88 centimetri nelle donne;**per le popolazioni asiatiche**, il cut-off è ≥ 90 centimetri negli uomini e ≥ 80 centimetri nelle donne.Per la popolazione italiana, si applicano generalmente i cut-off europei.

Questi valori sono coerenti con la definizione di sindrome metabolica adottata dalla International Diabetes Federation, dalla American Heart Association (AHA) e dal National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI), e sono supportati da studi epidemiologici che dimostrano come il superamento di tali cut-off aumenti significativamente il rischio di diabete mellito di tipo 2 e di malattie cardiovascolari.

Precisazione: la Endocrine Society sottolinea che la misurazione della circonferenza addominale deve essere effettuata a livello della cresta iliaca, con la persona in posizione eretta e al termine di una normale espirazione.

La misura della circonferenza vita dà qualche informazione in più¹?

Sì! La misurazione del punto vita, in particolare a metà tra l'ultima costola e la cresta iliaca (waist circumference midway, WC-mid), fornisce informazioni aggiuntive e superiori rispetto alla sola circonferenza addominale per la valutazione del rischio metabolico elevato. La circonferenza vita è un marker pratico e affidabile di obesità centrale, fortemente correlato ad adiposità viscerale e rischio cardiometabolico. Viene raccomandato per la stratificazione del rischio in aggiunta al BMI, soprattutto nei soggetti con BMI fra 25 e 34.9.

In sintesi

L'indice di massa corporea è **un primo indicatore** di normopeso o di variazioni suggestive di vulnerabilità diverse, ai due estremi: sia la magrezza eccessiva, sia il sovrappeso marcato e l'obesità. La valutazione della circonferenza addominale e della circonferenza vita **integrano il BMI**, e sono indicatori primari di rischio metabolico (diabete in primis) e malattie cardiovascolari.

Bibliografia essenziale

GBD 2021 Adult BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2025 Mar 8;405(10481):813-838. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00355-1. Epub 2025 Mar 3

Głuszek S, Ciesla E, Głuszek-Osuch M, Kozieł D, Kiebzak W, Wypchło Ł, Suliga E. Anthropometric indices and cut-off points in the diagnosis of metabolic disorders. *PLoS One*. 2020 Jun 22;15(6):e0235121. doi: 10.1371/journal.pone.0235121. PMID: 32569336; PMCID: PMC7307766

Rosenzweig JL, Bakris GL, Berglund LF, Hivert MF, Horton ES, Kalyani RR, Murad MH, Vergès BL. Primary Prevention of ASCVD and T2DM in Patients at Metabolic Risk: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019 Sep 1;104(9):3939-3985. doi: 10.1210/jc.2019-01338

Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, et Al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2025 Mar;13(3):221-262. doi: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4. Epub 2025 Jan 14

ATTENZIONE: Questi approfondimenti NON costituiscono indicazioni terapeutiche individuali. Hanno l'obiettivo di migliorare la cultura sulla salute in modo scientifico, così da ottimizzare il dialogo, rispettoso e costruttivo, con il medico di fiducia. Solo il medico ha titolo, ruolo e responsabilità per diagnosi e cura della singola persona.