

ANNO IX - NUMERO 03 / SETTEMBRE 2025

medmagazine

La rivista trimestrale di approfondimento medico-scientifico

Oltre il peso: nuove prospettive nella lotta contro l'Obesità

Panoramica
sull'obesità:
un'emergenza
globale
p. 6

Case
della Comunità
e PDTA: i pilastri
per una gestione
integrata dell'obesità
p. 40

Linee di indirizzo
nazionali e regionali:
il SIMGLab e la
simulazione.
p. 54

Tra chirurgia
e farmaci: le nuove
frontiere della cura
dell'obesità
p. 57



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

42°

CONGRESSO NAZIONALE SIMG

**Crescita,
Innovazione, Futuro:
la formazione
ti aspetta!**

SAVE THE DATE

SESSIONI VIRTUALI
dal 22 novembre 2025
al 15 dicembre 2025

SESSIONI IBRIDE
27 - 29 novembre 2025
Firenze, Fortezza da Basso

SIMG AI INNOVATION

SIMGLab



PROVIDER E SEGRETERIA



Via A. Cesalpino, 5B - 50134 Firenze
T. 055 795421
segreteria@euromediform.it

SOCIETÀ SCIENTIFICA



SIMG
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

Via del Sansovino, 179 - 50142 Firenze
T. 055 700027- 055 7399199
www.simg.it

SCANSIONA IL
QR CODE E ISCRIVITI
AL CONGRESSO



Editore
Regia Congressi Srl
Via Cesalpino, 5b
50134 Firenze
medmagazine@medmagazine.info

Direttore Responsabile
Camilla Mencarelli

Direttore Commerciale
Cristiano Poggiali

Direzione Scientifica
Marco Borderi
Francesco Fattiroli
Alfonso Lagi

Coordinatore Scientifico
Federico Serra

Hanno collaborato
a questo numero:
Leonilde Bonfrate
Raffaella Buzzetti
Vittorio Gradellini
Valeria Guglielmi
Gerardo Medea
Martina Musto
Antonio Nicolucci
Uberto Pagotto
Renata Risi
Alessandro Rossi
Paolo Sbraccia

Intervista a:
Claudio Cricelli
Giuseppe Navarra
Iris Zani

Grafica e Impaginazione
VITS.it

Stampa
PixartPrinting

Iscrizione n. 6059
del 13/07/2017
presso il Tribunale di Firenze

Iscritto al Registro Operatori
di Comunicazione al n° 30307

Il Direttore responsabile e l'Editore,
declinano ogni responsabilità in
merito agli articoli pubblicati, per i
quali rispondono i singoli Autori.

Tutti i diritti di riproduzione degli
articoli e/o delle foto sono riservati.
Ai sensi del GDPR (Regolamento
Europeo 2016/679) l'Editore garantisce
la massima riservatezza nell'utilizzo
della propria banca dati con finalità
di invio del presente periodico e/o di
comunicazioni promozionali.
Ai sensi e nelle ipotesi di cui agli
art. 16 e 17 ai suddetti destinatari è
data facoltà di esercitare il diritto di
rettifica e cancellazione o rettifica
dei dati a essi riferiti.

PUBBLICITÀ SU MEDMAGAZINE
per promuovere la tua attività
con noi è possibile:

- collaborare attraverso il contributo di articoli, informazioni e interventi video
- acquistare spazi pubblicitari sulla rivista Med Magazine
- inserire banner pubblicitari sul nostro portale www.medmagazine.info
- diventare un nostro punto di distribuzione

INFORMAZIONI
Potete contattarci
ai numeri 055 7954 21
oppure scriverci all'indirizzo
medmagazine@medmagazine.info

ANNO IX
NUMERO 03 / SETTEMBRE 2025

medmagazine

La rivista trimestrale di
approfondimento medico-scientifico

in questo numero

Introduzione	3
L'obesità e il medico di famiglia: un'alleanza che può fare la differenza	4
Panoramica sull'obesità: un'emergenza globale	6
L'obesità oggi: quadro epidemiologico e clinico	10
L'obesità come questione economica: il peso invisibile sulla società italiana	16
Diagnosi e classificazione secondo le nuove evidenze	18
Complicanze: focus su diabete, MASH, depressione	22
Oltre il peso, misure preventive nella lotta all'obesità	26
Tirzepatide e nuovi farmaci: una nuova speranza per le persone con obesità	30
La dieta e la terapia farmacologica: come si integrano i due approcci?	33
I nuovi approcci farmacologici nell'ambulatorio del MMG	37
Case della Comunità e PDTA: i pilastri per una gestione integrata dell'obesità	40
Sinergie tra MMG e specialisti nella gestione dell'obesità: un modello integrato	44
Toolkit clinici: strumenti pratici per il Medico di Famiglia nella gestione dell'obesità	49
Linee di indirizzo nazionali e regionali: il SIMGLab e la simulazione. La nuova formazione del medico del futuro nell'obesità	54
Intervista al Prof. Giuseppe Navarra	57
Intervista al Dott. Claudio Cricelli	59
Intervista alla Dott.ssa Iris Zani	61

WHEN
MEDICINE
GETS BETTER,
WE ALL GET
BETTER

SCOPRI DI PIÙ SU: LILLY.IT

Lilly

A MEDICINE COMPANY

INTRODUZIONE

Affrontare l'obesità oggi significa andare oltre i numeri e le definizioni cliniche. Vuol dire guardare alle persone, alle loro storie e alle sfide quotidiane che si intrecciano con una delle grandi emergenze sanitarie del nostro tempo. Questo numero speciale di settembre nasce con l'intento di offrire una nuova prospettiva: non solo diagnosi e terapie, ma anche cultura, formazione, responsabilità condivisa. Abbiamo voluto mettere insieme voci diverse: i medici di medicina generale, che rappresentano il primo presidio di ascolto e di cura; gli specialisti, che ogni giorno lavorano su strategie innovative; i pazienti e le loro associazioni, che ci ricordano quanto sia importante guardare oltre lo stigma e restituire dignità a chi vive con l'obesità.

Il filo rosso che attraversa questo numero è **la ricerca di un equilibrio**: tra prevenzione e trattamento, tra farmaci e chirurgia, tra approccio clinico e cambiamento sociale. L'arrivo di nuove terapie, come la tirzepatide, apre scenari che solo pochi anni fa sembravano impensabili. Ma la vera sfida resta quella di costruire percorsi integrati, capaci di mettere al centro il paziente, con la sua unicità.

Non è solo una questione medica, ma anche culturale. Per questo abbiamo chiesto a professionisti e testimoni di aiutarci a leggere l'obesità in tutte le sue dimensioni: dalla pratica quotidiana del medico di famiglia fino alle politiche sanitarie nazionali, dalla chirurgia bariatrica alle strategie di educazione e inclusione. Il nostro invito al lettore è semplice: lasciarsi guidare in un percorso che non pretende di dare tutte le risposte, ma che offre strumenti, idee e visioni per affrontare insieme la sfida dell'obesità. Perché, davvero, è arrivato il momento di guardare ***oltre il peso***.



medmagazine



Articolo a cura di
Alessandro Rossi
Presidente SIMG
Vittorio Gradellini
Medico di Medicina Generale,
Gruppo di Coordinamento Intelligenza Artificiale SIMG,
Area Promozione della Salute e Prevenzione SIMG

L'obesità e il medico di famiglia: un'alleanza che può fare la differenza

INTRODUZIONE

L'obesità è una malattia cronica, complessa, multifattoriale. Non è una colpa, né una mancanza di volontà: è una condizione che coinvolge il corpo, la psiche, le abitudini e il contesto sociale della persona. Eppure, ancora oggi, il paziente con obesità si trova spesso solo, stigmatizzato e privo di una presa in carico efficace. È in questo vuoto che la medicina generale può e deve agire con forza.

Come medico di famiglia, ho il privilegio di conoscere i miei pazienti nella loro interezza. Non solo i valori clinici, ma anche la storia personale, le difficoltà quotidiane, il contesto relazionale e familiare. So chi lavora su turni e mangia per restare sveglio, chi vive con genitori fragili, chi è in trattamento con farmaci che fanno ingrassare, chi convive con ansia o depressione. E conosco le comorbidità: ipertensione, diabete, dislipidemia, apnee notturne, artrosi. Ma conosco anche ciò che non si misura: la motivazione, la stanchezza, la vergogna, i tentativi falliti. Questa conoscenza rende il medico di medicina generale una figura chiave. Non solo perché può vedere i pazienti più frequentemente rispetto ad altri

specialisti, ma perché può costruire una relazione terapeutica basata sulla fiducia e sulla continuità.

E quando la fiducia c'è, il cambiamento diventa possibile. L'obesità non si affronta con una soluzione unica o standardizzata. Si affronta con un percorso, fatto di ascolto, piccoli obiettivi, adattamenti. Il nostro compito non è solo pesare o prescrivere, ma educare il paziente alla consapevolezza del proprio stato di salute, ai rischi connessi, ma anche alle opportunità. Educare non significa giudicare o colpevolizzare: significa





La sfida dell'obesità richiede tempo, pazienza, competenza e una profonda capacità di ascolto.

accompagnare, informare, aiutare a comprendere. Spesso, una semplice spiegazione fatta con calma e attenzione vale più di mille brochure. L'educazione sanitaria è parte integrante del nostro lavoro quotidiano. Spiegare cosa significa obesità, perché non è solo un problema estetico, quali sono le opzioni terapeutiche disponibili, come cambiare le abitudini senza stravolgere la vita... tutto questo è educazione. E quando è fatta con rispetto, empatia e competenza, diventa uno strumento potente.

Il medico di famiglia può essere un alleato costante, che motiva quando il paziente si scoraggia, che celebra anche i piccoli risultati, che aiuta a evitare le trappole delle "diete lampo" e dei rimedi miracolosi. E può farlo proprio grazie alla sua accessibilità e prossimità. Ogni visita, anche per un raffreddore o una pressione da controllare, può essere l'occasione

per riprendere il discorso, per rinforzare un messaggio educativo, per ascoltare. Naturalmente, perché questo approccio sia efficace, è necessario che il medico di famiglia sia adeguatamente formato: sulla fisiopatologia dell'obesità, sulle terapie più efficaci (comportamentali, farmacologiche, chirurgiche), sui criteri di invio specialistico, sui nuovi farmaci.

Ma la conoscenza da sola non basta, se non è accompagnata dalla capacità di comunicare in

modo umano e realistico.

In un sistema sanitario sempre più frammentato e specialistico, il medico di famiglia rappresenta un punto fermo, umano e competente, capace di fare sintesi tra bisogni clinici e bisogni personali.

È tempo di riconoscere questo valore. È tempo di inserire pienamente la medicina generale nei percorsi di cura dell'obesità. La cura comincia dalla relazione, si costruisce con l'educazione e si realizza nel tempo.

CONCLUSIONI

La sfida dell'obesità richiede tempo, pazienza, competenza e una profonda capacità di ascolto.

Non bastano gli strumenti clinici: servono alleanze terapeutiche durature, dialogo continuo e obiettivi condivisi. La medicina generale, con la sua visione integrata della persona, rappresenta una risorsa fondamentale e spesso sottoutilizzata. Riconoscere questo ruolo significa investire in salute, prevenzione e umanità. Perché prendersi cura, prima ancora di curare, è il primo atto medico.



Articolo a cura di
Paolo Sbraccia
Dipartimento di Medicina dei Sistemi
Università di Roma "Tor Vergata"

Panoramica sull'obesità: un'emergenza globale

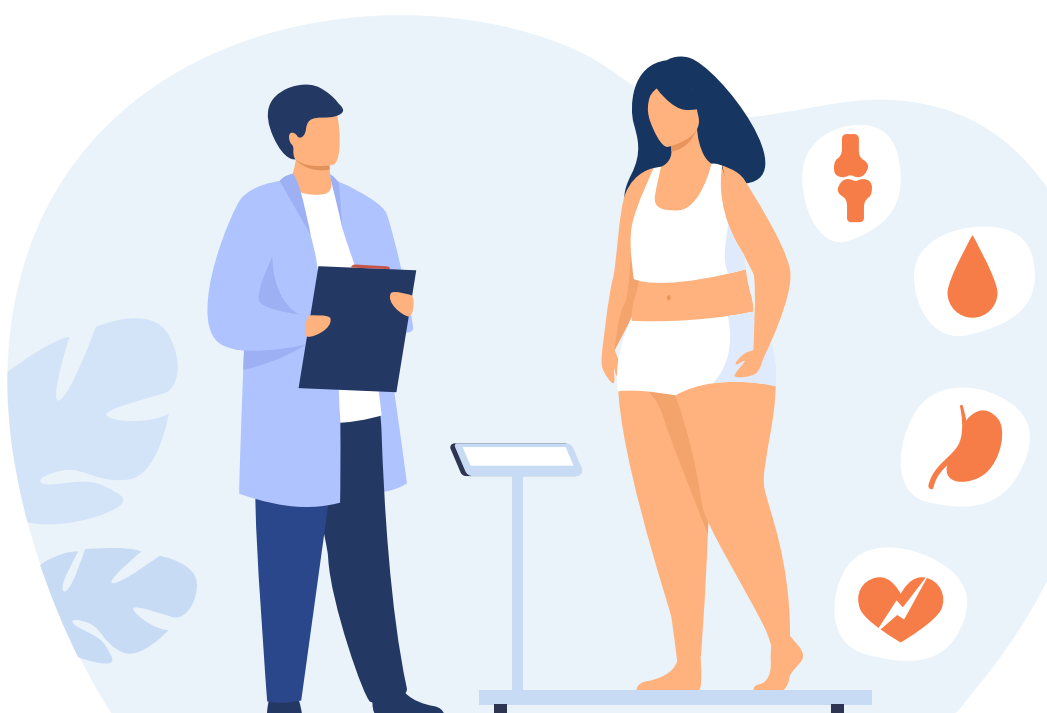
Dalle cause multifattoriali alle strategie di prevenzione, analisi di una crisi sanitaria, economica e sociale che richiede un'azione coordinata a tutti i livelli.

L'obesità ha superato da tempo la soglia del semplice problema estetico o dello stile di vita individuale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la classifica da anni come una vera e propria epidemia globale, uno dei più grandi problemi di salute pubblica del XXI secolo. I dati sono allarmanti: dal 1975 a oggi, la prevalenza mondiale dell'obesità è quasi triplicata. Nel 2022, oltre un miliardo di persone nel mondo viveva con

l'obesità. Questa condizione, caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo con conseguenti ripercussioni sulla salute, non è più confinata ai Paesi ad alto reddito, ma sta crescendo a ritmi vertiginosi anche nelle nazioni a basso e medio reddito. Comprenderne le cause, l'impatto e le possibili soluzioni non è solo una questione medica, ma una priorità economica, sociale e di sostenibilità.

Definizione, dati e impatto sulla Salute

L'obesità viene clinicamente diagnosticata attraverso l'Indice di Massa Corporea (BMI), un parametro che mette in relazione peso e altezza (kg/m^2). Un BMI superiore a 30 definisce uno stato di obesità. Tuttavia, è importante ricordare che il BMI è un indicatore grezzo; la distribuzione del grasso, soprattutto a livello addominale, è un fattore di rischio ancora più significativo.





Si tratta di un'emergenza radicata in profondi cambiamenti sociali, economici e ambientali.

I numeri dipingono un quadro preoccupante. Secondo il World Obesity Atlas, si stima che entro il 2035 oltre 1,9 miliardi di persone saranno affette da obesità, con costi economici che potrebbero superare i 4.000 miliardi di dollari annui, pari al 3% del PIL mondiale. L'impatto sulla salute è devastante. L'obesità è un importante fattore di rischio per le principali malattie non trasmissibili:

- **Malattie cardiovascolari:** ictus e infarti sono strettamente correlati all'eccesso di peso.
- **Diabete di Tipo 2:** l'obesità è la causa principale dell'insorgenza di questo tipo di diabete.
- **Patologie oncologiche:** è associata a un rischio maggiore di sviluppare almeno 13 tipi di cancro (es. al seno, al colon, al fegato).

- **Problemi muscolo-scheletrici:** l'osteoartrite e il dolore cronico alla schiena sono frequenti a causa del carico eccessivo sulle articolazioni.
- **Apnee notturne** e disturbi respiratori.
- **Impatto psicologico:** stigma sociale, depressione e ansia sono spesso compagni di questa condizione, creando un circolo vizioso di malessere. La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente evidenziato la gravità dell'emergenza: l'obesità si è rivelata un fattore determinante per il rischio di sviluppare forme severe della malattia, ricovero in terapia intensiva e morte.

Le cause multifattoriali: oltre il "mangia meno, muoviti di più"

Superare la narrativa semplicistica della "mancanza

di volontà" è cruciale. L'obesità è il risultato complesso dell'interazione tra numerosi fattori:

1 ► Determinanti Biologici e Genetici: la genetica influenza la predisposizione all'accumulo di peso, il metabolismo e la regolazione dell'appetito. Anche gli ormoni che controllano il senso di sazietà (come la leptina) possono svolgere un ruolo.

2 ► Ambiente Obesogeno: le società moderne promuovono stili di vita che favoriscono l'aumento di peso. Ciò include la facile disponibilità di cibi ultra-processati, ipercalorici, ricchi di grassi, zuccheri e sale, spesso a basso costo e ampiamente pubblicizzati. Allo stesso tempo, l'urbanizzazione ha ridotto le opportunità di attività fisica spontanea.

3 ► Fattori Socioeconomici: Esiste un forte legame tra obesità e disparità economiche.

Le popolazioni più svantaggiate spesso hanno un accesso limitato a cibi sani (i cosiddetti "food desert" o deserti alimentari), meno risorse per il tempo libero attivo e sono maggiormente esposte al marketing del cibo spazzatura.

4 ► Fattori

Psicologici: lo stress, l'ansia, la depressione e i traumi possono portare a comportamenti alimentari disfunzionali, come il consumo emotivo di cibo.

5 ► Sonno e Microbiota

Intestinale: la privazione del sonno e le alterazioni della flora batterica intestinale sono aree di studio emergenti che sembrano influenzare il peso corporeo.

Le conseguenze economiche e sociali

L'onere dell'obesità ricade pesantemente sui sistemi sanitari nazionali, con costi diretti legati alla diagnosi, al trattamento e alla gestione delle numerose patologie correlate. Tuttavia, i costi indiretti sono altrettanto enormi: perdita di produttività lavorativa, assenteismo, prepensionamento e disabilità. Socialmente, lo stigma e la discriminazione verso le persone con obesità sono pervasivi, con conseguenze sull'istruzione, sulle

Comprendere le cause dell'obesità, l'impatto e le possibili soluzioni non è solo una questione medica, ma una priorità economica, sociale e di sostenibilità.

opportunità di lavoro e sul benessere mentale, alimentando ingiustizie e disuguaglianze.

Strategie di prevenzione e intervento: un approccio multilivello

Affrontare un'emergenza così complessa richiede un cambio di paradigma: dall'attenzione sulla responsabilità individuale a un approccio di sistema che modifichi l'ambiente e le politiche pubbliche. L'OMS

raccomanda azioni coordinate:

• Livello Governativo e Politico:

- Tassazione sulle bevande zuccherate (Sugar Tax) per disincentivarne il consumo.

- Sussidi per frutta e verdura per renderle più

accessibili.

- Regolamentazione del marketing di cibi e bevande malsani, soprattutto quello rivolto ai bambini.
- Etichettature nutrizionali chiare e intuitive: sulla parte frontale della confezione.
- Pianificazione urbana che promuova la mobilità attiva (piste ciclabili, spazi pedonali) e l'accesso ad aree verdi.

• Livello Comunitario e Scolastico:

- Programmi di educazione alimentare nelle scuole.

- Promozione dell'allattamento al seno.

- Incentivi per mense scolastiche e aziendali che offrano menu salutari.

• Livello Sanitario:

- Riconoscimento dell'obesità come malattia e istituzione di una rete hub-and-spoke di centri per il



management dell'obesità.

- Formazione dei medici di base per un approccio non giudicante e per una diagnosi precoce.
- Accesso garantito a percorsi multidisciplinari per la cura dell'obesità, che includano nutrizionisti, psicologi, endocrinologi e chirurghi bariatrici quando necessario.
- Accesso ai nuovi farmaci per la cura dell'obesità.

• **Livello Individuale:**

- Pur nell'ottica di un approccio sistemico, rimane fondamentale promuovere scelte consapevoli, un'alimentazione equilibrata e un'attività fisica regolare, in un ambiente che le faciliti.

CONCLUSIONI

L'obesità è un'emergenza globale multifattoriale, radicata in profondi cambiamenti sociali, economici e ambientali. La sua natura complessa richiede risposte altrettanto complesse e integrate, che vadano oltre la medicalizzazione del problema. Serve uno sforzo collettivo che coinvolga governi, industrie, comunità e singoli individui per ribaltare le logiche dell'ambiente obesogeno e costruire società che promuovano e proteggano la salute. Agire non è più un'opzione, ma un imperativo per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari, il benessere delle future generazioni e l'equità sociale. Il tempo a disposizione per invertire la rotta è ora.



Eventi e congressi



Corsi formativi



Nuove tecnologie



Dal 1986 ci prendiamo cura dei vostri eventi congressuali a 360°

Regia Congressi nasce nel 1986 a Firenze dall'esperienza di professionisti nel settore di eventi congressuali. Opera a tutto campo nella formazione specializzata, dai corsi FAD sui temi più caldi della medicina contemporanea, fino alla completa gestione operativa e logistica.

Vieni a scoprire i nostri servizi su www.regiacongressi.it

CONTACT INFO: via Cesalpino, 5b 50134 Firenze (Italy) / Phone: +39 055 795421 / Email: info@regiacongressi.it



Articolo a cura di
Antonio Nicolucci
CORESEARCH
Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology, Pescara

L'obesità Oggi: quadro epidemiologico e clinico

Lo scenario internazionale

La crescita continua della prevalenza di sovrappeso (Indice di massa corporea ≥ 25 kg/m²) e obesità (Indice di massa corporea ≥ 30 kg/m²) rappresenta una seria preoccupazione in tutte le regioni del mondo, e il fenomeno assume sempre più i contorni di una pandemia globale.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2022 a livello globale 2,5 miliardi di adulti (43%) di età ≥ 18 anni erano in sovrappeso, e 890 milioni (16%) di questi adulti convivevano con l'obesità [1]. La prevalenza mondiale di obesità è più che raddoppiata fra il 1990 e il 2022.

Sebbene il problema dell'eccesso ponderale tra i bambini sia meno frequente rispetto agli adulti, in molti Paesi il tasso di crescita dell'obesità infantile è stato superiore a quello

degli adulti. Sempre in base ai dati dell'OMS, nel 2024 35 milioni di bambini sotto i 5 anni erano in sovrappeso, mentre nel 2022, oltre 390 milioni di bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni erano in sovrappeso, inclusi 160 milioni con obesità.

La relazione tra esiti di salute sfavorevoli e obesità è ben consolidata. A livello mondiale, oltre 2,8 milioni di persone muoiono ogni anno a

causa del sovrappeso o dell'obesità, e 35,8 milioni (2,3%) degli anni di vita corretti per disabilità (DALY) persi a livello globale sono attribuibili all'eccesso ponderale [1].

Per quanto riguarda l'Europa, il sovrappeso e l'obesità sono tra le principali cause di disabilità e morte; stime recenti suggeriscono che causino oltre 1,2 milioni di decessi ogni anno [2]. L'eccesso di peso rappresenta il quarto fattore di rischio più comune per le malattie non trasmissibili nella Regione, dopo l'ipertensione, i rischi legati all'alimentazione e il tabacco.

In Europa, quasi il 60% degli adulti vive con sovrappeso o obesità, con livelli più elevati negli uomini (63%) rispetto alle donne (54%). Inoltre, un bambino su tre in età scolare ed un adolescente su quattro presentano eccesso ponderale.

La prevalenza di adulti con obesità è aumentata del 138% tra il 1975 e il 2016, con un incremento del 21% tra il 2006 e il 2016. Tra il 1975 e il 2016, la prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini di 5–19 anni è quasi triplicata nei maschi e più che raddoppiata nelle femmine.

La situazione in Italia

Per quanto riguarda l'Italia, in base ai dati dell'Istituto





Il divario geografico esistente nell'aspettativa di vita è il risultato di complesse interazioni.

Nazionale di Statistica (ISTAT) del 2024, l'11,8% della popolazione adulta è affetto da obesità, in aumento rispetto all'11,4% del 2022 [3]. In confronto a 20 anni fa, sono circa 1,6 milioni in più le persone con obesità nel nostro Paese, per un totale di quasi 6 milioni di cittadini. Rispetto al 2003, si registra un incremento del 38%.

Il tasso di obesità risulta in crescita soprattutto fra i giovani adulti (fra i 18 e i 34 anni) con incremento dal 2,6% al 6,6% e con una prevalenza che è raddoppiata fra gli uomini e triplicata fra le donne. Nella fascia di età fra i 35 e i 44 anni la prevalenza è passata dal 6,4% al 9,8%. Un aumento si registra anche fra gli over 74, con crescita dall'11,0% nel 2003 al 13,8% nel 2023.

Per quanto riguarda il sovrappeso, nel 2023 quasi un italiano su due ne risultava affetto (46,3%).

La quota si attesta al 28,0% fra i 18 e i 34 anni, passa al 40,6% fra i 35 e i 44 anni, al 48,4% fra i 45 e i 54 anni, fino a raggiungere il massimo del 58,6% fra i 65 e i 74 anni. Dopo i 65 anni, più di un italiano su due presenta un eccesso ponderale (56,7%).

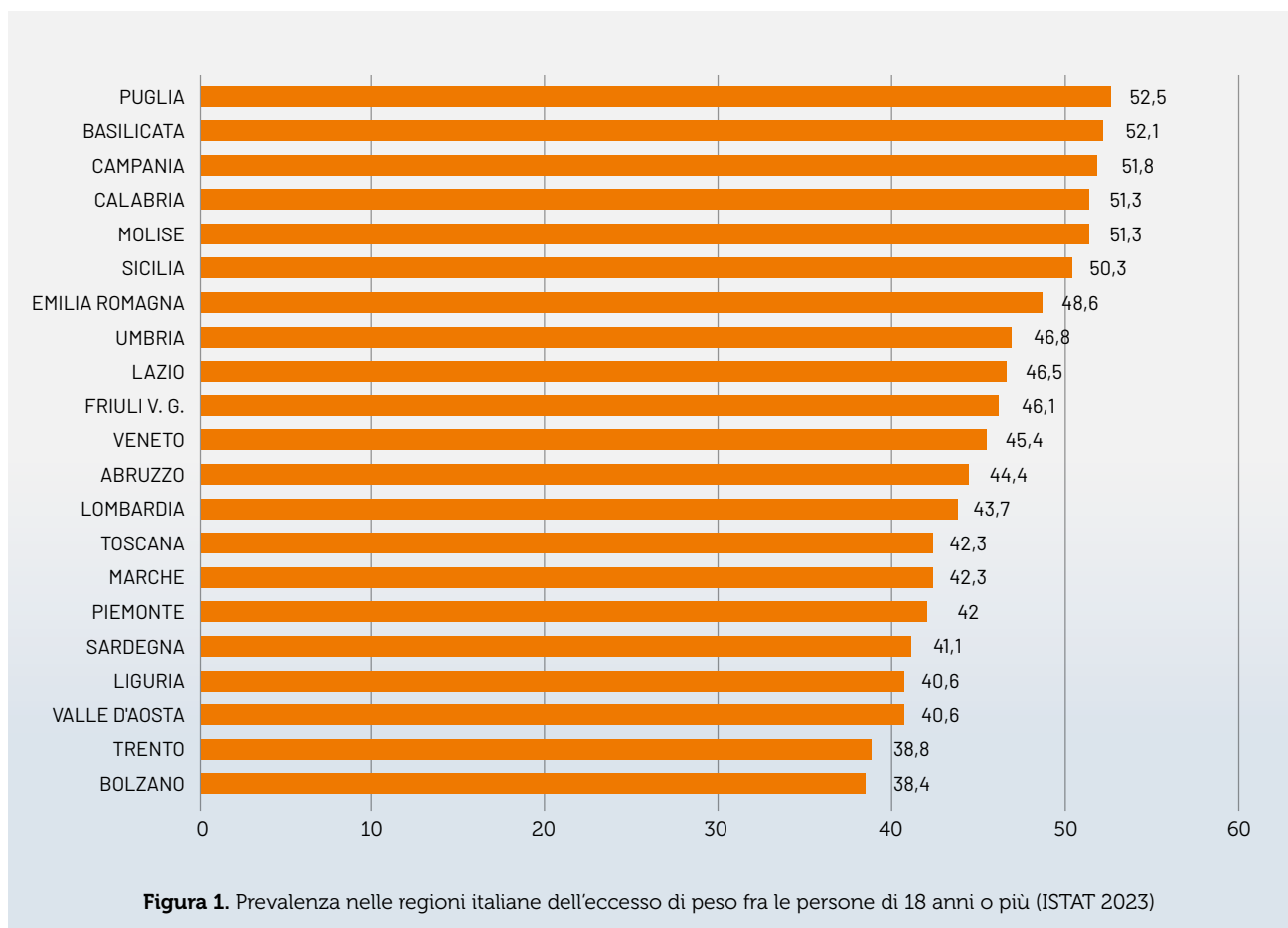
Esistono marcate differenze di genere nella prevalenza di sovrappeso nelle diverse fasce di età, sempre a svantaggio degli uomini. Ad esempio, fra i 35 e i 44 anni si registra un eccesso ponderale

nel 51,2% dei maschi e il 29,9% delle femmine, mentre fra i 45 e i 54 anni le percentuali sono del 60,4% e del 36,7% rispettivamente. Il divario si riduce solo fra i soggetti più anziani.

Eccesso ponderale e disparità geografiche

In Italia, le disparità regionali nella prevalenza di sovrappeso e obesità sono marcate, con un evidente trend nord-sud [3]. Tali disparità regionali possono rappresentare un esempio paradigmatico dell'influenza di fattori di contesto sul rischio di obesità. In base ai dati ISTAT 2023, la prevalenza di eccesso ponderale nei soggetti di 18 anni o più oscilla infatti fra il 38,4% nella provincia autonoma di Bolzano e oltre il 50% in tutte le regioni del meridione (**Fig. 1**).

La **figura 2** mostra una forte correlazione fra aspettativa di vita alla nascita e prevalenza di obesità nelle regioni italiane, sia fra i maschi che fra le femmine. Il divario geografico esistente nell'aspettativa di vita è il risultato di complesse interazioni fra fattori ambientali, situazione socio-economica, fattori culturali, accesso alle cure e comportamenti individuali. In questo contesto, la correlazione con l'eccesso ponderale suggerisce



sia un effetto diretto dell'obesità sulla mortalità precoce, come ampiamente documentato, sia il ruolo dell'eccesso ponderale come indicatore di una situazione più svantaggiata, sia dal punto di vista socio-economico che per quanto concerne gli stili di vita. Ad esempio, la **figura 3** evidenzia la forte correlazione fra la prevalenza di obesità nelle regioni italiane e la prevalenza di sedentarietà. A questo riguardo, è necessario considerare la bidirezionalità del rapporto fra queste due condizioni. Infatti, se da una parte la mancanza di attività fisica rappresenta senza alcun dubbio uno dei fattori di rischio più importanti di eccesso ponderale, d'altra parte l'obesità è associata a un aumento della disabilità, influenzando la capacità dell'individuo di svolgere attività fisica e compiti quotidiani, alimentando così un circolo vizioso. Infatti, è stato dimostrato che il comportamento sedentario è associato a un aumento del rischio di esiti negativi per la salute, inclusi malattie cardiovascolari, cancro e mortalità per tutte le cause [4]. Ad esempio, la **figura 4** mostra la

strettissima correlazione fra livello di sedentarietà nelle regioni italiane e mortalità per diabete. L'eccesso ponderale è anche un riflesso più



complessivo dello stato socio-economico. Molti studi documentano una più elevata prevalenza di obesità nelle fasce di popolazione economicamente svantaggiate e nelle aree deprivate [5,6]. Uno dei fattori contestuali costantemente associati all'obesità è lo status socioeconomico (SES) a livello territoriale, che si riferisce al grado di svantaggio misurato per aree come quartieri o città. Una meta-analisi ha rilevato che, rispetto alle aree con SES più elevato, vivere in aree con SES più basso è associato a una probabilità del 31% più alta di essere in sovrappeso, del 45% più alta di essere obesi, e a un indice di massa corporea medio più elevato di $1,1 \text{ kg/m}^2$ [7]. Per quanto riguarda le regioni italiane, l'obesità segue lo stesso trend nord-sud del disagio socio-economico. Ad esempio, la **figura 5** evidenzia la relazione lineare fra tasso di disoccupazione nelle regioni e prevalenza di obesità. Analogamente, la **figura 6** mostra la relazione fra indice di povertà relativa individuale (% di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti) ed eccesso ponderale. Questi dati sottolineano l'urgenza di affrontare il tema delle disuguaglianze socioeconomiche in ambito sanitario come priorità di sanità pubblica. I fattori individuali e di contesto giocano un ruolo fondamentale anche nel determinare le variabilità regionali nella prevalenza di eccesso

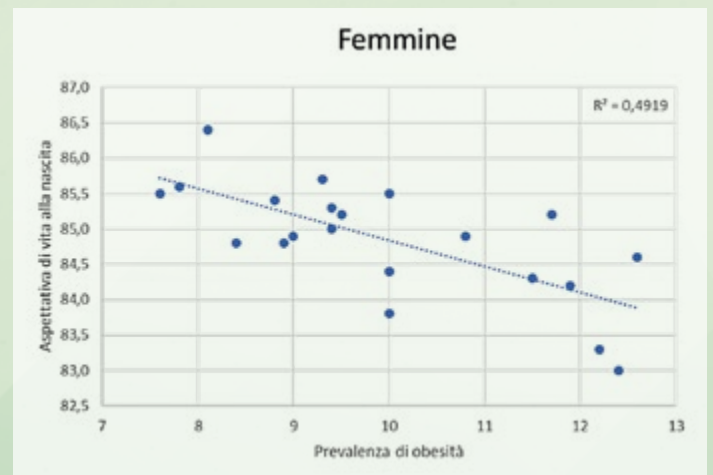
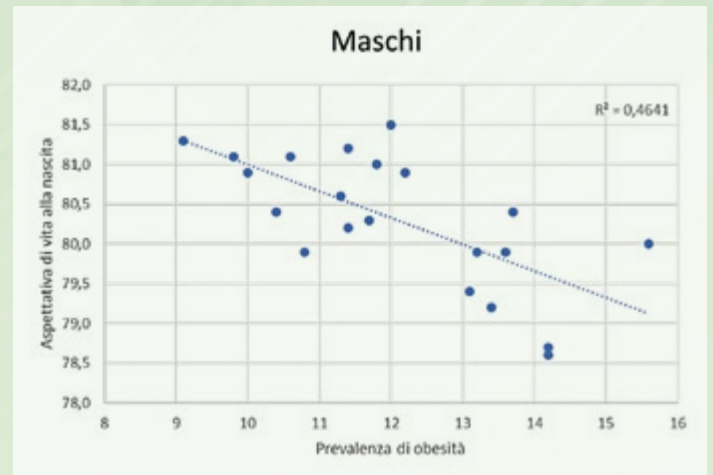


Figura 2. Relazione fra prevalenza di obesità nelle regioni e aspettativa di vita alla nascita

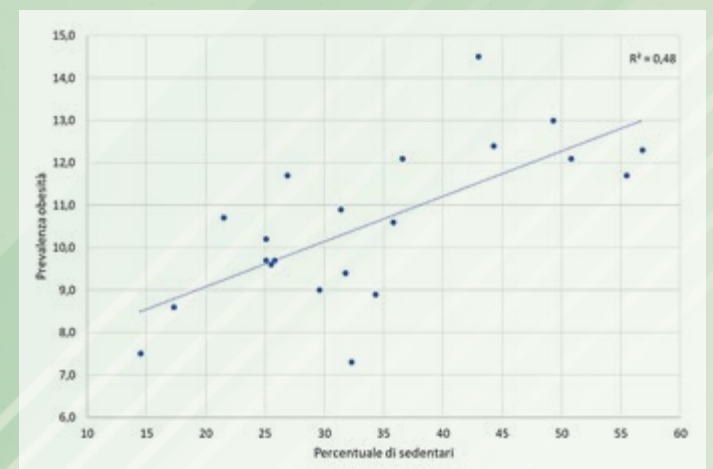


Figura 3. Relazione fra prevalenza di obesità nelle regioni e prevalenza di sedentarietà



ponderale fra i bambini. In base ai dati ISTAT, la prevalenza di eccesso ponderale nella fascia di età 3-17 anni oscilla fra il 16,3% in Trentino e il 36,5% in Campania, con una percentuale al di sopra del 30% in tutte le regioni del sud. Un basso livello di attività fisica rappresenta senza dubbio uno dei fattori di rischio più importanti alla base dell'eccesso ponderale in età scolare, come dimostrato ad esempio dalla strettissima correlazione fra percentuale di bambini con più di 2 ore trascorse a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi/tablet/cellulare e prevalenza di obesità nelle regioni (**figura 7**).

Analogamente, le errate abitudini alimentari influenzano in modo importante il peso corporeo in età scolare. La **figura 8** mostra l'elevatissima correlazione fra prevalenza di eccesso ponderale e percentuale nelle regioni di bambini che non consumano quotidianamente frutta/verdura.

Il ruolo delle cure primarie

L'OMS sottolinea l'importanza di un precoce intervento per contrastare l'aumento di peso e lo sviluppo delle comorbidità associate al sovrappeso e all'obesità. A questo riguardo, i medici di medicina generale svolgono un ruolo fondamentale nell'identificazione dei soggetti a rischio, nel monitoraggio periodico del peso degli assistiti e nel fornire consulenza su un'alimentazione sana e sugli stili di vita salutari. Quando viene posta una diagnosi di obesità, è necessario inserire il paziente in percorsi integrati di prevenzione e gestione, che comprendano indicazioni sull'alimentazione, l'attività fisica, nonché misure mediche e chirurgiche.

Inoltre, occorre monitorare gli altri fattori di rischio per le malattie non trasmissibili, come glicemia, lipidi e pressione arteriosa, e valutare la presenza di comorbidità e disabilità, incluse le patologie relative alla salute mentale. Una indagine condotta su un ampio database della medicina generale in Italia ha confermato che l'eccesso di peso corporeo è estremamente diffuso, interessando la metà della popolazione assistita [8]. Lo studio ha evidenziato chiaramente che anche aumenti moderati del peso corporeo, nel range del sovrappeso, sono associati a una maggiore prevalenza di numerose patologie croniche, tra cui malattie cardiovascolari, malattia renale cronica,

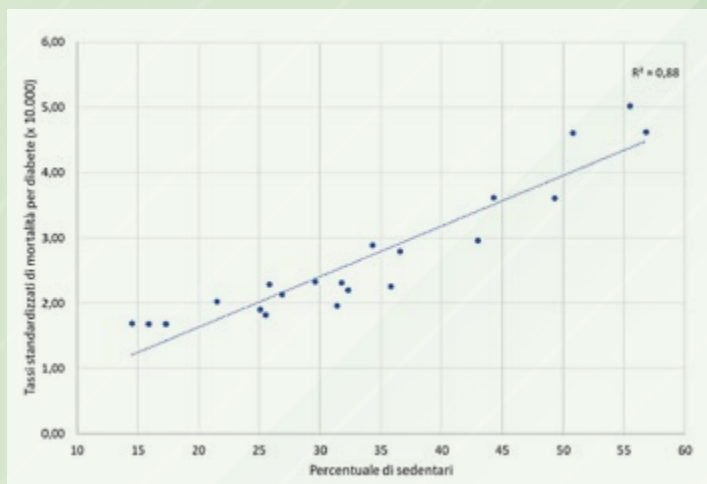


Figura 4. Relazione fra prevalenza di sedentarietà nelle regioni e mortalità per diabete

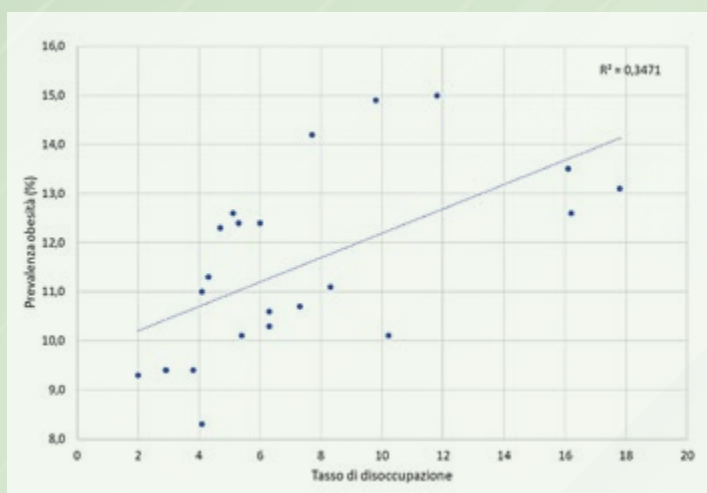


Figura 5. Relazione fra prevalenza di obesità nelle regioni e tasso di disoccupazione

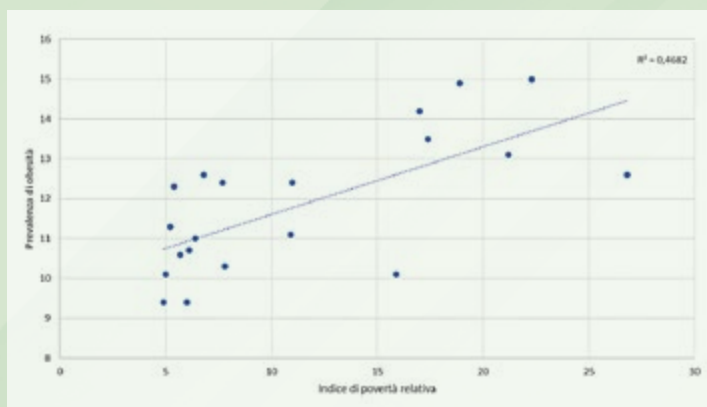


Figura 6. Relazione fra prevalenza di obesità nelle regioni e indice di povertà relativa individuale

patologie osteoarticolari, depressione, apnee notturne e neoplasie del tratto gastrointestinale, suggerendo quindi la necessità di intervenire in modo tempestivo ed efficace per contrastare l'aumento ponderale. Inoltre, lo studio mostra che la concomitanza di eccesso di peso e alterazioni del metabolismo glucidico, anche in fase precedente al diabete conclamato, accresce ulteriormente il rischio di comorbidità. Si rende pertanto necessario un approccio proattivo dei medici di famiglia, volto a individuare le alterazioni del metabolismo glucidico e a trattarle mediante specifici interventi sullo stile di vita e con misure farmacologiche.

Conclusioni

La continua crescita della prevalenza di sovrappeso e obesità rappresenta una sfida per tutti i paesi del mondo, e può minare la sostenibilità dei sistemi sanitari.

L'eccesso ponderale è responsabile di elevati costi clinici, sociali ed economici, a causa dell'elevato numero di complicanze associate che hanno un elevato impatto sulla qualità e le aspettative di vita. La letteratura sull'obesità e il sovrappeso riconosce elementi genetici e biologici come componenti importanti di questo ambito di ricerca. Tuttavia, un ruolo fondamentale è svolto da determinanti sociali, economici, ambientali, tecnologici e politici e dalla loro interazione. Sebbene i comportamenti individuali, soprattutto riguardo agli stili di vita, giochino un ruolo fondamentale nel determinare il rischio di obesità, le variabili di contesto ambientale, socio-culturale e familiare possono esercitare una profonda influenza sulle scelte individuali. I programmi di prevenzione dell'obesità diventeranno più efficaci e sostenibili quando queste strategie verranno implementate a diversi livelli, a partire dalla regolamentazione governativa fino ai programmi basati sulla comunità.

L'attuazione di una strategia multisettoriale e coordinata, con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze sociali e alle disparità geografiche, potrà contribuire a ridurre i tassi di obesità e sovrappeso, migliorando al contempo gli esiti di salute pubblica, riducendo i costi sanitari e aumentando la qualità complessiva della vita.

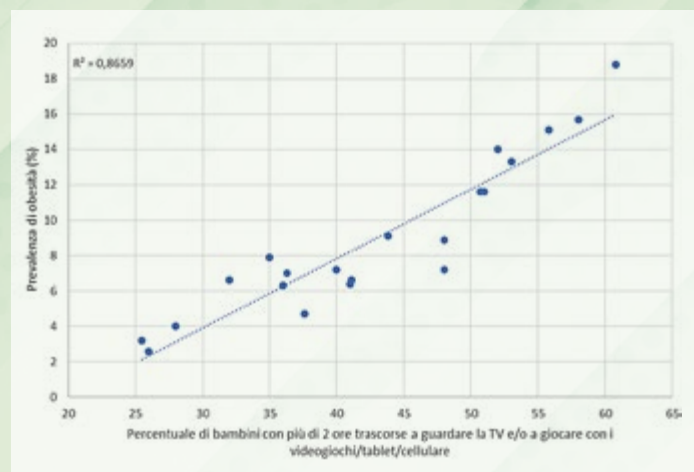


Figura 7. Relazione fra percentuale di bambini con più di 2 ore trascorse a guardare la TV e/o a giocare con i videogiochi/tablet/cellulare e prevalenza di obesità nelle regioni

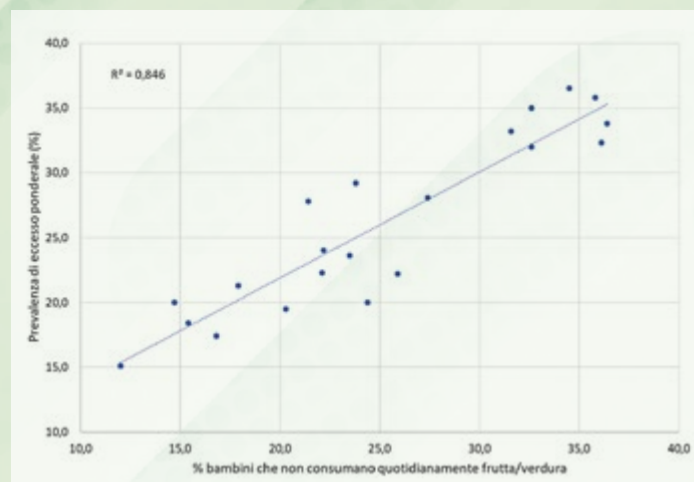
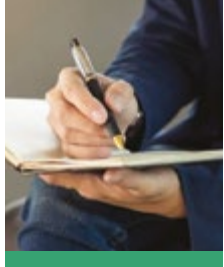


Figura 8. Relazione fra percentuale di bambini che non consumano quotidianamente frutta/verdura e prevalenza di eccesso ponderale nelle regioni

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization, 2024. Obesity and overweight URL <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. World Health Organization. The challenge of obesity. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/the-challenge-of-obesity>
3. Obesity Italian Monitor 2024. Obesità: la pandemia del futuro. <https://www.creasanita.it/obesity-italian-monitor-2024/>
4. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2015;162(2):123–132.
5. Anekwe CV, Jarrell AR, Townsend MJ, Gaudier GI, Hiserodt JM, Stanford FC. Socioeconomics of Obesity. *Curr Obes Rep.* 2020;9(3):272–279.
6. Selvakumaran S, Lin CY, Hadgraft N, Chandrabose M, Owen N, Sugiyama T. Area-level socioeconomic inequalities in overweight and obesity: Systematic review on moderation by built-environment attributes. *Health Place.* 2023;83:103101.
7. Mohammed, S.H., Habtewold, T.D., Birhamu, M.M., et al. Neighbourhood socioeconomic status and overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMJ Open* 2019;9:e028238.
8. Atella V, Belotti F, Giaccherini M, Medea G, Piano Mortari A, Sbraccia P, Nicolucci A. The interplay between excess weight and hyper-glycemia on NCDs in Italy: results from a cross-sectional study. *Acta Diabetol.* 2024;61(9):1129–1142.



Articolo a cura di
Osservatorio sulla Medicina Generale
e delle Cure Primarie

L'obesità come questione economica: il peso invisibile sulla società italiana

INTRODUZIONE

L'obesità è una delle grandi emergenze sanitarie del nostro tempo, ma troppo spesso viene raccontata solo come una questione di stili di vita o come un problema di immagine. In realtà, i suoi effetti si misurano anche – e soprattutto – sul piano economico. L'Italia non fa eccezione: nel 2020 il costo complessivo dell'obesità è stato stimato in 13,3 miliardi di euro, pari allo 0,8% del PIL e a circa il 5% della spesa sanitaria nazionale.

A livello internazionale, i dati confermano la stessa tendenza. Nel 2019 l'impatto economico di sovrappeso e obesità in Italia è stato stimato in **37,2 miliardi di dollari** (circa l'1,9% del PIL), con una proiezione di crescita fino a **80 miliardi di dollari nel 2060**: il doppio rispetto a oggi. Una crescita che, se non contenuta, rischia di diventare insostenibile per il sistema sanitario e per l'economia complessiva del Paese.

Costi diretti: il peso delle malattie croniche

Il primo fronte è quello dei costi sanitari diretti. L'obesità è un potente fattore di rischio per patologie croniche ad altissimo impatto: **malattie cardiovascolari, diabete, tumori e malattie respiratorie**. In Italia, l'84% della spesa sanitaria

legata all'obesità riguarda le malattie cardiovascolari, l'8% il diabete e il 4% i tumori.

Non si tratta solo di statistiche: vuol dire ospedalizzazioni più frequenti, uso maggiore di farmaci, ricorso più intenso a visite specialistiche ed esami diagnostici. Le persone con obesità, infatti, spendono in media **il 42% in più** per i farmaci rispetto a chi ha un peso normale, e arrivano a generare costi sanitari annui superiori di quasi **1.200 euro per paziente**.

Costi indiretti: produttività e lavoro

Ma la parte più consistente del conto non si paga in ospedale: si paga sul lavoro. I **costi indiretti** – perdita di produttività dovuta ad assenze (assenteismo) o a riduzione di rendimento sul posto di lavoro (presenteismo) – rappresentano oltre il **65% del totale**.

Nel 2019 in Italia questi costi sono stati stimati in **24,4 miliardi di dollari**. Le proiezioni parlano di oltre **62 miliardi entro il 2060**.

È come se un'intera generazione di lavoratori fosse sottratta, in parte, alla capacità produttiva del Paese. Un peso che grava sulle





L'obesità non è solo un problema clinico, ma anche un fattore di disuguaglianza sociale

aziende, ma anche sul sistema previdenziale e, in ultima analisi, sulla crescita economica.

L'impatto sociale: disuguaglianze e stigma

Non va dimenticato che l'obesità non colpisce tutti allo stesso modo. Le analisi mostrano una maggiore incidenza tra le **fasce di popolazione a reddito e istruzione più basse**. È un dato che interpella il principio di equità del nostro Servizio Sanitario Nazionale: l'obesità non è solo un problema clinico, ma anche un **fattore di disuguaglianza sociale**.



Accanto al costo economico diretto e indiretto, c'è un ulteriore "costo invisibile": quello dello stigma. Le persone con obesità sperimentano discriminazioni sul lavoro, a scuola e perfino nell'accesso ai servizi sanitari. È un circolo vizioso: lo stigma peggiora la salute mentale, riduce la qualità di vita

e rende più difficile intraprendere percorsi di cura efficaci.

Un'urgenza politica e culturale

I dati dimostrano che l'obesità non può più essere relegata a un problema individuale. È una **patologia cronica complessa**, con radici biologiche, ambientali e sociali, e come tale va trattata. Investire in prevenzione, diagnosi precoce, farmaci innovativi e percorsi integrati di cura non è solo una scelta sanitaria, ma una **strategia economica**.

Ogni euro speso oggi per prevenire e trattare l'obesità è un risparmio domani su ricoveri, pensioni di invalidità, giornate di lavoro perse. Il riconoscimento dell'obesità nei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, la costruzione di **PDTA nazionali** e la lotta allo stigma sono passi indispensabili per trasformare un costo crescente in un investimento sulla salute e sulla sostenibilità del sistema Paese.

BIBLIOGRAFIA

1. Policy Paper Lilly – *Obesità in Italia: percezione, costi e sfide per il futuro*. ICOM, 2024.
2. World Obesity Federation – *Economic impact of overweight and obesity: Italy. Report 2019, proiezioni 2060*.
3. OECD. *Health at a Glance: Europe 2023 – State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris, 2023.
4. Ministero della Salute. *Obesità: prevenzione e trattamento. Dossier Istituzionale*, Roma, 2024.
5. World Health Organization (WHO). *Obesity and overweight – Key facts*. Geneva, aggiornamento 2024.



Articolo a cura di
Valeria Guglielmi
Prof.ssa Associata di Medicina Interna
presso l'Università di Roma "Tor Vergata",
Presidente SIO Lazio

Diagnosi e classificazione secondo le nuove evidenze

INTRODUZIONE

Secondo un'analisi pubblicata su *The Lancet*, la prevalenza globale dell'obesità nell'ultimo trentennio è raddoppiata nelle donne, triplicata negli uomini e quadruplicata nei bambini e adolescenti, arrivando a colpire oltre un miliardo di persone nel mondo con un impatto drammatico su salute pubblica, qualità della vita e spesa sanitaria (NH Phelps et al. *The Lancet* 2024). Queste tendenze, insieme alla diminuzione della prevalenza del sottopeso a partire dal 1990, rendono l'obesità la forma più comune di malnutrizione nella maggior parte dei Paesi.

Negli ultimi anni, l'obesità è stata oggetto di un profondo ripensamento scientifico e clinico. Da condizione meramente definita in base al peso corporeo, oggi è considerata una patologia cronica, recidivante e multifattoriale, con implicazioni metaboliche, funzionali e psicologiche.

Tradizionalmente diagnosticata e classificata attraverso l'indice di massa corporea (BMI), l'obesità richiede oggi un approccio aggiornato, basato su nuove evidenze cliniche, metaboliche e molecolari.

Classificazione tradizionale: il ruolo del BMI

Il BMI, calcolato dividendo il peso (Kg) per il quadrato dell'altezza (m^2), è stato per decenni il principale parametro per la diagnosi e la classificazione del sovrappeso e dell'obesità (**Tab. 1**). Sebbene il BMI sia uno strumento di screening semplice, economico, applicabile su larga scala e pertanto utile in studi epidemiologici e programmi di salute pubblica volti a monitorare le tendenze del peso corporeo nella popolazione, tuttavia ha il grande limite di non fornire informazioni né sulla composizione corporea né sulla distribuzione del grasso che invece è di primaria importanza nel definire il rischio cardio-metabolico del paziente. Inoltre, il BMI non considera differenze fisiologiche legate all'età, al sesso o all'origine etnica, che possono influenzare la composizione corporea e i rischi associati (Okorodudu DO et al. *Int J Obes* 2010; Muller MJ et al. *Obes Facts*

Tabella 1. Classificazione dell'obesità

Sovrappeso	BMI 25-29.9 Kg/m ²
Obesità I grado	BMI 30-34.9 Kg/m ²
Obesità II grado	BMI 35-39.9 Kg/m ²
Obesità III grado	BMI ≥ 40 Kg/m ²

2016). Pertanto, per un dato valore di BMI, la percentuale di grasso corporeo, la distribuzione del grasso e conseguentemente il rischio di sviluppare complicanze associate all'eccesso ponderale possono variare in maniera sostanziale.

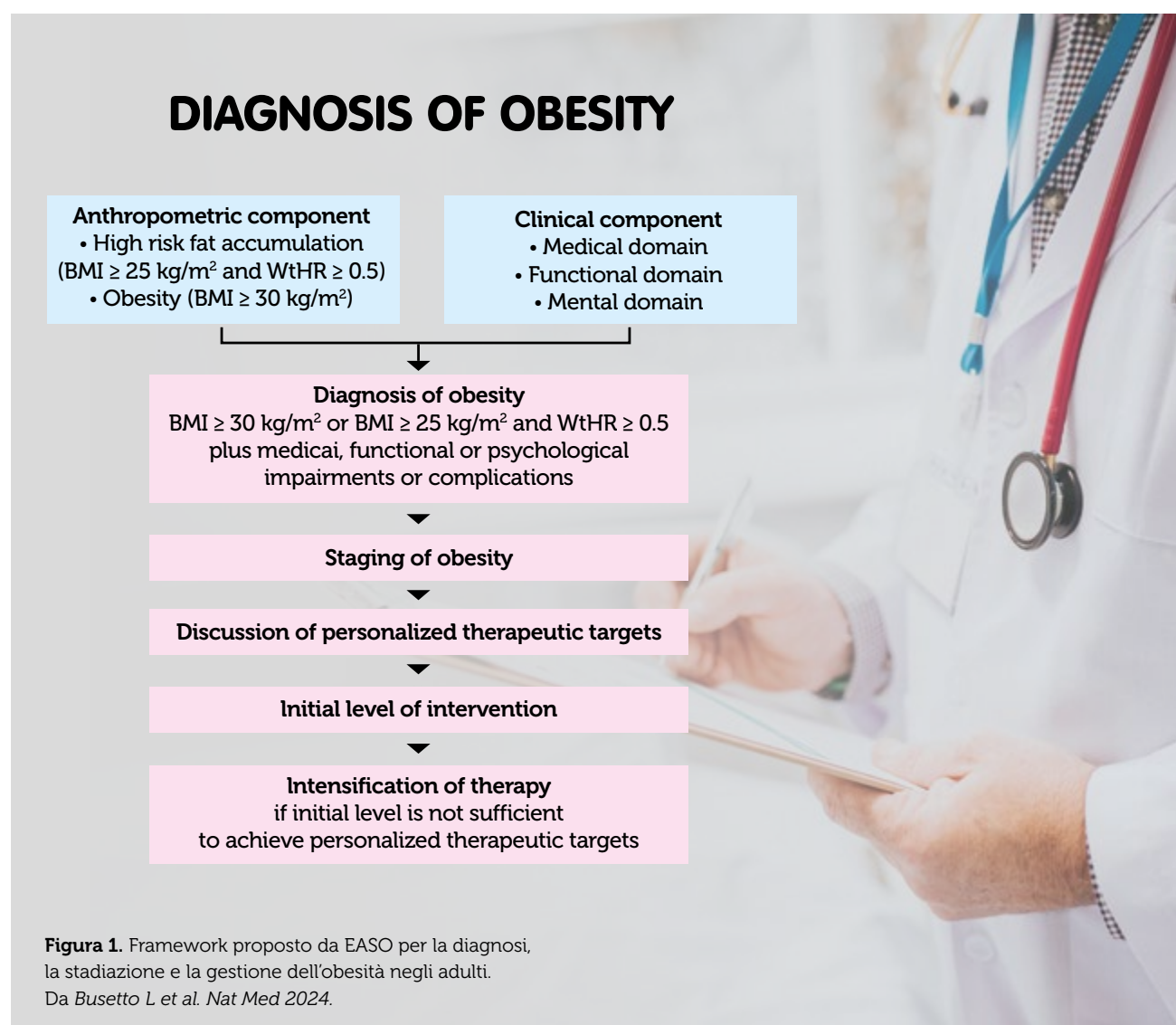
Oltre il BMI: verso una diagnosi clinico-funzionale

Per una diagnosi più accurata di obesità e per la stima del rischio cardio-metabolico ad essa associato, si ritiene oggi opportuno integrare il BMI con altre misurazioni antropometriche, come la circonferenza della vita e il rapporto vita/fianchi (WHR). Anche l'Associazione Europea per lo studio dell'Obesità (EASO) ha individuato nell'accumulo addominale di grasso un determinante di complicanze cardio-metaboliche più forte del BMI, anche in persone sovrappeso, indicando altresì il rapporto peso-altezza come un indicatore migliore, rispetto alla circonferenza vita, di rischio cardio-metabolico (*Busetto L et al. Nature Med 2024; Gibson S et al. Br J Nutr 2020*).

L'analisi della composizione corporea mediante tecniche come la DEXA o la bioimpedenziometria

(BIA) consente di quantificare accuratamente la massa grassa e la massa muscolare fornendo informazioni preziose nei soggetti con BMI borderline o in cui vi sia il sospetto clinico di sarcopenia. Il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica sistemica incoraggia l'adozione di un approccio diagnostico clinico-funzionale che tenga sistematicamente conto delle numerose possibili complicanze associate all'eccesso ponderale, piuttosto che dei soli parametri antropometrici (*Busetto L et al. Nature Med 2024*) (**Figura 1**).

Le principali complicanze cliniche e funzionali da valutare includono il diabete di tipo 2 (DT2), la dislipidemia, l'ipertensione arteriosa, la steatosi epatica associata a disfunzione metabolica (MASLD), le apnee ostruttive del sonno (OSA), le malattie articolari (es. gonartrosi) e i disturbi del



tono dell'umore. Recentemente, una Commissione della rivista *The Lancet* ha proposto nuovi e controversi criteri diagnostici per definire l'obesità come malattia, suggerendo di distinguere l'obesità clinica da quella preclinica proprio sulla base della presenza di manifestazioni cliniche di alterazione della funzione d'organo o di compromissione della capacità dell'individuo di svolgere le attività quotidiane (*Rubino F et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2025*).

In questo contesto, uno dei sistemi di stadiazione più innovativi resta l'Edmonton Obesity Staging System (EOSS), che valuta l'impatto clinico dell'obesità in termini di complicanze fisiche, mentali e funzionali definendo 5 stadi di gravità (**Tabella 2**) offrendo così una valutazione multidimensionale e con implicazioni prognostiche, ideale per guidare le decisioni terapeutiche (*Sharma AM et al. Int J Obes 2009*). L'applicazione retrospettiva dell'EOSS ai dati del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) ha mostrato che gli stadi più avanzati dell'EOSS si associano a una maggiore mortalità per tutte le cause rispetto agli stadi 0 o 1 (*Padwal RJ et al. CMAJ 2011*). Inoltre, l'EOSS consente di affinare significativamente la predizione

della mortalità all'interno delle stesse classi di obesità definite dal BMI, offrendo informazioni prognostiche più accurate indipendentemente dalle categorie antropometriche (*Kuk JL et al. Appl Physiol Nutr Metab 2011*).

Implicazioni cliniche e terapeutiche

La gestione dell'obesità dovrebbe quindi andare ben oltre la semplice perdita di peso, includendo anche la prevenzione, il miglioramento o la risoluzione delle complicanze associate all'obesità, una migliore qualità della vita e il benessere psico-sociale dell'individuo.

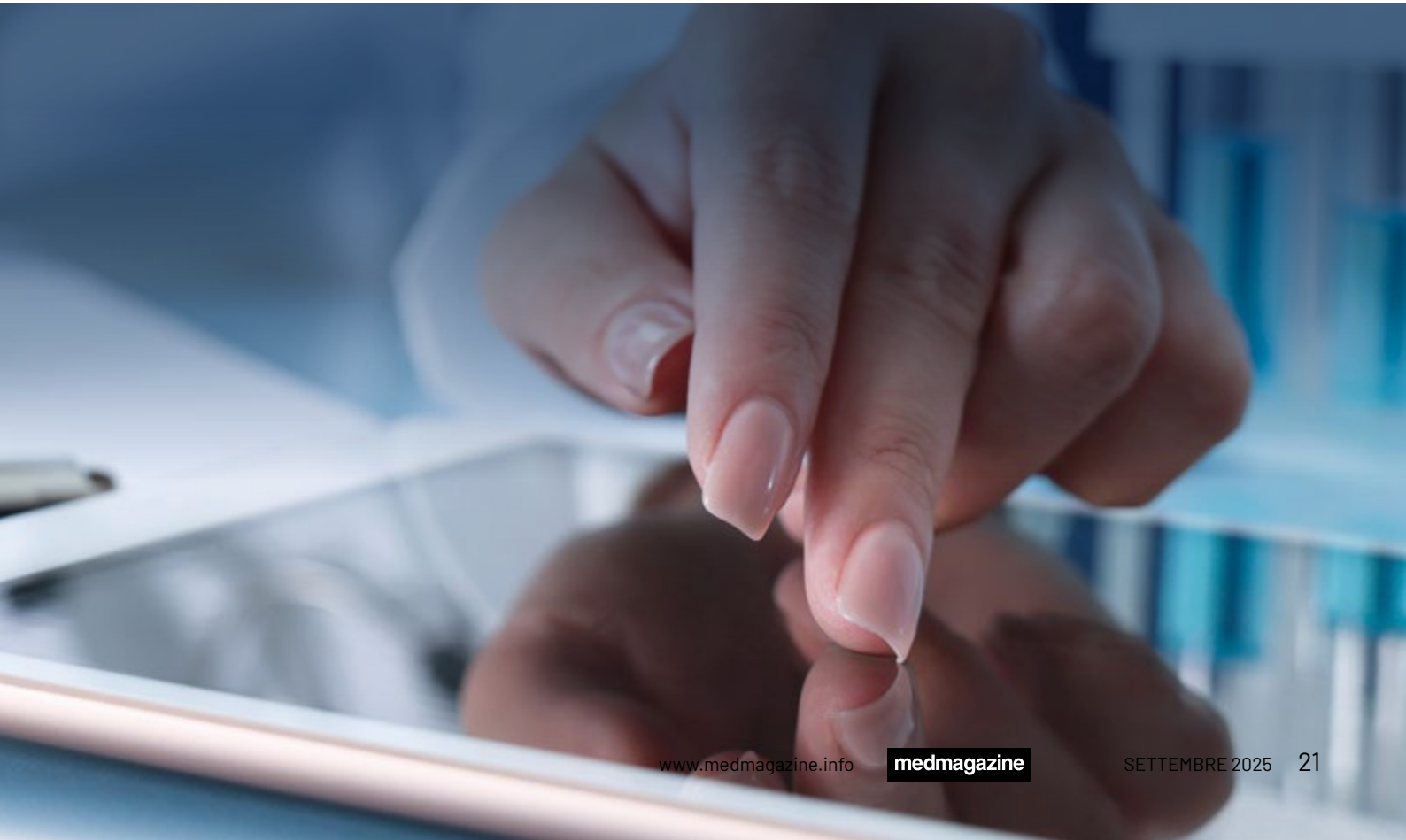
Pertanto, l'indicazione alla riduzione del peso corporeo dovrebbe basarsi su una valutazione multidimensionale del paziente che includa misure antropometriche e inquadramento clinico delle complicanze direttamente correlate all'eccesso ponderale (**Figura 1**), con solide prove che un calo ponderale significativo porti a un miglioramento clinico delle stesse. In linea con questo approccio, anche individui sovrappeso, ma con accumulo intraaddominale del grasso e che abbiano sviluppato complicanze cliniche e



funzionali legate all'eccesso di peso dovrebbero essere considerati eleggibili ad un trattamento mirato (Busetto L et al. Nature Med 2024). Anche la discussione sugli obiettivi terapeutici dovrebbe guidare la scelta del livello iniziale dell'intervento e la successiva intensificazione delle terapie, evitando

cicli terapeutici ripetitivi e inefficaci e prevenendo così l'inerzia terapeutica. Questo approccio colloca la gestione dell'obesità più vicino a quella di altre malattie croniche non trasmissibili, in cui l'obiettivo non è un risultato a breve termine, ma un piano di cura globale a lungo termine.

Tabella 2. Edmonton Obesity Staging System (EOSS)	
Stadio 0	Nessun fattore di rischio associato all'obesità (es. pressione arteriosa, profilo lipidico, glicemia a digiuno, ecc., nella norma), nessun sintomo, nessuna manifestazione psicopatologica, nessuna limitazione funzionale e/o alterazione dello stato di benessere.
Stadio I	Presenza di fattori di rischio cardiovascolari correlati all'obesità (es. ipertensione arteriosa borderline, alterata glicemia a digiuno, enzimi epatici alterati), lievi sintomi (es. dispnea per sforzi di moderata intensità, occasionali dolori dell'apparato muscoloscheletrico, astenia, ecc.), lievi alterazioni psicopatologiche, lievi limitazioni funzionali e/o lieve alterazione dello stato di benessere.
Stadio II	Presenza di patologie conclamate legate all'obesità (es. ipertensione arteriosa, diabete tipo 2, sindrome delle apnee notturne, osteoartriti, malattia da reflusso gastroesofageo, sindrome dell'ovaio policistico, sindromi ansioso-depressive, ecc.) moderate limitazioni nello svolgimento delle normali attività giornaliere e/o dello stato di benessere.
Stadio III	Danno d'organo conclamato (es. infarto del miocardio, scompenso cardiaco, complicanze del diabete, osteoartriti disabilitanti, turbe psicopatologiche gravi, limitazioni funzionali e/o alterazioni dello stato di benessere significative).
Stadio IV	Gravi disabilità (potenzialmente terminali) conseguenti alle patologie correlate all'obesità, turbe psicopatologiche gravi e disabilitanti, gravi limitazioni funzionali e/o dello stato di benessere.





Articolo a cura di
Valeria Guglielmi
Prof.ssa Associata di Medicina Interna
presso l'Università di Roma "Tor Vergata",
Presidente SIO Lazio

Complicanze: focus su diabete, MASH, depressione

L'obesità è una patologia cronica, progressiva e recidivante che compromette la qualità di vita e contribuisce a ridurre l'aspettativa, associandosi a diverse complicanze come il diabete di tipo 2 (DT2), l'ipertensione, la steatosi epatica associata a disfunzione metabolica (MASLD), patologie cardiovascolari, sindrome delle apnee del sonno, osteoartrite, depressione e tumori.

Lil rischio di sviluppare complicanze legate all'eccesso di peso non dipende tanto dalla quantità totale di grasso corporeo, quanto dalla sua distribuzione e dalla

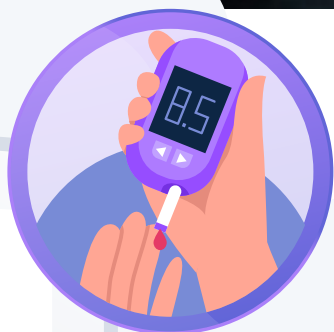
funzione dell'organo adiposo. In particolare, l'accumulo di grasso viscerale è associato a un aumento del rischio cardiovascolare e metabolico, anche in individui normopeso (condizione nota come "obesità normopeso"). Al contrario, alcune persone con obesità prevalentemente gluteo-femorale possono essere protette dal deterioramento cardio-metabolico precoce. La disfunzione dell'organo adiposo nell'obesità è un processo complesso legato all'ipertrofia degli adipociti, all'alterazione della composizione cellulare e della matrice extracellulare e alla limitata capacità del grasso sottocutaneo di espandersi e tamponare il surplus calorico. Questa disfunzione porta alla deposizione di grasso in sedi ectopiche, quali il grasso viscerale, il fegato, il pancreas, il muscolo scheletrico e cardiaco, con conseguente lipotossicità, infiammazione e stress ossidativo. Fattori genetici e ambientali, interagendo con fattori biologici, contribuiscono alla variabilità nella funzione dell'organo adiposo.

Le attuali evidenze suggeriscono come ulteriori possibili collegamenti patogenetici tra l'obesità e le sue complicanze un alterato pattern di secrezione di adipochine e l'iperattivazione cronica dell'asse renina-angiotensina-aldosterone e del





Spesso si verificano complicanze psicologiche, creando un circolo vizioso tra aumento di peso e problemi di salute mentale



sistema nervoso simpatico. Infine, l'eccesso di adiposità può esercitare effetti meccanici favorendo lo sviluppo di apnee ostruttive del sonno, osteoartrite e malattia da reflusso gastroesofageo.

La causa principale della dimensione pandemica del DT2 è rappresentata dall'aumento della prevalenza dell'obesità. Circa l'80% dei pazienti con DT2 ha un BMI > 25 Kg/m², e la maggior parte dei restanti soggetti normopeso presenta un aumento della circonferenza vita e/o della massa grassa (*Romero-Corral A Eur Heart J 2010; Ahlqvist E Diabetes 2020*). L'obesità e la disfunzione dell'organo adiposo hanno, del resto, un impatto negativo sui principali fattori patogenetici del DT2:

ridotta secrezione insulinica, aumento dei segnali diabetogeni provenienti dall'organo adiposo (adipochine, lipidi, citochine pro-infiammatorie), insulino-resistenza e infine ridotta diversità del microbiota intestinale (*Bluher M, Diabetes Obes Metab 2025*).

La perdita di peso rappresenta un obiettivo fondamentale nel trattamento dei pazienti con DT2 (*Unick JL et al. Diabetes Care 2011*) e può non solo prevenire l'insorgenza della malattia nei soggetti con prediabete (*Knowler WC et al. N Engl J Med 2002*), ma anche portarla a remissione (*Lean ME et al. Lancet 2018*). La probabilità di remissione del DT2 in seguito alla perdita di peso è maggiore se l'intervento è precoce, la durata della malattia

è breve, il paziente giovane e la perdita di peso >10%, come suggerito da studi su interventi comportamentali, farmacologici e chirurgici (*Riddle MC et al. Diab Med* 2022).

L'obesità è un fattore di rischio anche per lo sviluppo di MASLD così come per la sua progressione verso forme più avanzate, quali la steatoepatite (MASH) e la cirrosi epatica. La MASLD colpisce circa il 75% dei pazienti affetti da obesità e il 25% della popolazione adulta mondiale (*Quek J et al. Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023)

con un aumento previsto della sua prevalenza di circa il 40% tra il 2016 e il 2030 nei paesi occidentali (*Estes C et al. J Hepatol* 2018).

La MASLD è oggi una delle principali cause di trapianto di fegato negli Stati Uniti e in Europa (*Haldar D et al. J Hepatol* 2019) ed è stata riconosciuta come un importante fattore di rischio per diverse altre patologie, tra cui malattie cardiovascolari, il carcinoma epatocellulare, neoplasie extra-epatiche e la malattia renale cronica.

L'accumulo lipidico intraepatico che caratterizza la MASLD è dovuto all'eccesso di acidi grassi liberi provenienti dall'organo adiposo resistente all'insulina, alla compromissione della capacità epatica di ossidare questi substrati o esportarli sotto forma di lipoproteine VLDL

e all'aumento della lipogenesi de novo. La conseguente formazione di intermedi tossici come diacilgliceroli e ceramidi, insieme all'aumento di infiammazione e stress ossidativo, innescano vie che favoriscono la fibrosi nel fegato.

**L'eccesso di adiposità
può esercitare
effetti meccanici
favorendo lo sviluppo
di apnee ostruttive
del sonno, osteoartrite
e malattia da reflusso
gastroesofageo.**

Inoltre, iperglicemia, alterazioni negli acidi biliari e nella composizione del microbioma intestinale possono anch'esse contribuire allo sviluppo di MASLD (*Huttasch M et al. Metabolism* 2024).

Miglioramenti nei parametri clinici della MASLD, della MASH e della fibrosi sono stati osservati in seguito a perdita di peso >10% ottenuta mediante diete ipocaloriche, farmaci per il trattamento dell'obesità e chirurgia bariatrica (*Bluhner M, Diabetes Obes Metab* 2025).

L'obesità è spesso legata a complicanze psicologiche, creando un circolo vizioso tra aumento di peso e problemi di salute mentale. Le persone obese possono sperimentare depressione, ansia, bassa autostima, dipendenze e difficoltà relazionali, che a loro volta influenzano lo stile di vita

e contribuiscono ulteriormente all'aumento di peso.

La relazione tra obesità e depressione è complessa e multifattoriale, coinvolgendo diversi sistemi neurali e ormonali. Tra i principali, si evidenziano le alterazioni

dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, spesso iperattivo in entrambe le condizioni con aumento del cortisolo; la neuro-infiammazione; le alterazioni neuroendocrine del metabolismo energetico (leptina, insulina, ghrelina), che influenzano appetito, spesa energetica e processi

cerebrali legati all'umore; i cambiamenti nel microbioma intestinale, che possono modulare la produzione di neurotrasmettitori come serotonina, dopamina e GABA, cruciali per la regolazione dell'umore (*Jantaratnotai N et al. Obes Res Clin Pract* 2017). Molti studi forniscono evidenza di come il calo ponderale sia associato a un miglioramento dei sintomi depressivi e della qualità della vita (*Jantaratnotai N et al. Obes Res Clin Pract* 2017). Con particolare riferimento ai farmaci per il trattamento dell'obesità, le evidenze attualmente disponibili suggeriscono come essi siano non solo ben tollerati e raramente causa di eventi psichiatrici avversi (*Tobaigy M et al. Int J Clin Pharm* 2024), ma anche associati a un miglioramento dei sintomi depressivi (*Chen X et al. Am J Geriatr Psychiatry*. 2024).

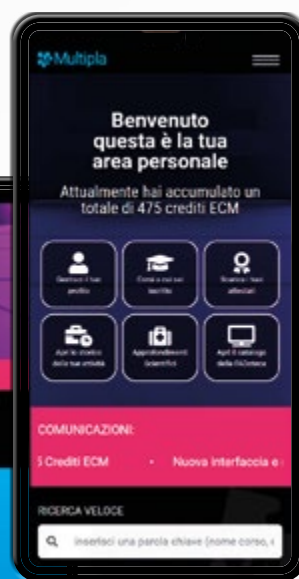


I TUOI EVENTI A 360°

Multipla.cloud è un portale dedicato ai professionisti della salute, con oltre 172.000 utenti iscritti che grazie ad **un unico account** possono seguire corsi di formazione (ECM e NON ECM)

<https://multipla.cloud>

Sempre con te
Massima compatibilità
con tutti i device smartphone
o tablet di ultima generazione





Articolo a cura di
Raffaella Buzzetti
Professore Ordinario di Endocrinologia
Presidente Società Italiana di Diabetologia (SID)
Componente Comitato Nazionale Valutatori della Ricerca (CNVR)
Vicedirettore Scuola di Specializzazione di Endocrinologia
Dipartimento di Medicina Sperimentale - Sapienza Università di Roma

Renata Risi
Ricercatrice presso Dipartimento di Medicina Sperimentale,
Università di Roma La Sapienza

Oltre il peso, misure preventive nella lotta all'obesità

INTRODUZIONE

L'obesità è una malattia cronica caratterizzata da un eccesso di tessuto adiposo. Questa condizione si presenta con un'ampia eterogeneità clinica. Alcuni individui mostrano complicanze metaboliche precoci, altri invece mantengono un profilo metabolico relativamente sano pur avendo un BMI elevato. Per questo motivo la diagnosi moderna di obesità non può basarsi esclusivamente sul BMI, ma deve includere valutazioni cliniche e funzionali. La prevenzione dell'obesità e delle sue comorbidità rimangono cardine nella lotta a tale patologia. La popolazione con obesità "residua", ossia che sfugge alle strategie di prevenzione, potranno così beneficiare delle nuove terapie farmacologiche (Figura 1).

Il peso di una epidemia silenziosa

L'obesità è un problema di salute pubblica. Si stima che più di 890 milioni di persone nel mondo convivano con questa condizione, e che il numero sia destinato a crescere. Secondo l'OMS, in Europa colpisce quasi il 60% degli adulti e un bambino su tre in età scolare. L'obesità non rappresenta solo un problema di salute individuale, ma anche una sfida economica: i costi diretti comprendono farmaci, ospedalizzazioni e interventi chirurgici, mentre quelli indiretti derivano da assenze lavorative, invalidità e riduzione della produttività. A ciò si aggiunge l'impatto sociale, con disabilità cronica e ridotta qualità di vita.

Le radici del problema

L'obesità deriva da un'interazione complessa di fattori:

1 ► Alimentazione ipercalorica e ultra-processata: la facile disponibilità di cibi ad alta densità energetica favorisce un eccesso calorico.

2 ► Sedentarietà: la riduzione del movimento quotidiano e la digitalizzazione hanno ridotto in maniera significativa il dispendio energetico.

3 ► Fattori psicologici: ansia, stress e disturbi dell'umore influenzano negativamente il comportamento alimentare.

4 ► Determinanti sociali: reddito, istruzione e ambiente urbano condizionano l'accesso ai cibi sani e all'attività fisica.

Quando l'obesità diventa patologica

Una recente consensus pubblicata da Rubino F. et al. sulla rivista *Lancet Diabetes Endocrinology* ha messo in luce come non sia il semplice eccesso ponderale, ma l'alterazione dello stato di salute associato ad esso a determinare "l'obesità clinica". Infatti, l'obesità clinicamente significativa si associa a diverse patologie croniche che compromettono lo stato di salute e rappresentano una minaccia per la salute pubblica. Sul piano metabolico, l'eccesso ponderale aumenta il rischio di diabete di tipo 2,



Secondo l'OMS, in Europa l'obesità colpisce quasi il 60% degli adulti e un bambino su tre in età scolare.

dislipidemia, steatosi epatica non alcolica. A livello cardiovascolare, si osserva una maggiore incidenza di ipertensione, insufficienza cardiaca, infarto e ictus. Si associano anche la sindrome delle apnee ostruttive del sonno, l'osteoartrosi e dolore cronico. Inoltre, diversi studi hanno collegato l'obesità a un aumento del rischio di alcuni tumori e a disturbi psichiatrici quali depressione e ansia. Il BMI dunque non è una misura sufficiente ad avere una completa stratificazione del rischio delle persone con obesità, che necessitano una valutazione multidimensionale completa.

La prevenzione: un investimento a lungo termine

L'obesità si può sviluppare lungo tutto l'arco della vita. La vulnerabilità inizia già nelle prime fasi, motivo per cui la prevenzione deve partire precocemente, anche in fase pre-concezionale e in gravidanza. Secondo un rapporto della *Food Foundation*, i bambini con obesità hanno 5 volte più probabilità di esserlo anche da adulti. D'altra parte il 70% degli adulti obesi non era obeso da bambino, e la prevalenza aumenta con l'età, superando il 50% negli adulti di mezza età in

molti Paesi. È quindi fondamentale un approccio "life-course", non solo di tipo medico ma anche di politica sanitaria, che sostenga la salute in ogni fase della vita. Per affrontare efficacemente l'obesità è necessario comprenderne la complessità e cambiare radicalmente prospettiva: superare colpe e stigmi, creare ambienti favorevoli a stili di vita sani e contrastare con decisione le influenze commerciali che condizionano alimentazione, trasporti e abitudini lavorative.

L'approccio preventivo è essenziale e deve articolarsi dunque su più livelli:

- **Educazione alimentare precoce:** programmi scolastici e sostegno alle famiglie per incentivare il consumo di alimenti sani.
- **Promozione dell'attività fisica:** politiche urbane che favoriscano spazi verdi, mobilità attiva e sport accessibile.
- **Interventi clinici precoci:** screening di peso, composizione corporea e stili di vita nei check-up di base.
- **Sanità pubblica:** regolamentazione della pubblicità alimentare per bambini, etichette chiare e incentivi a cibi salutari.
- **Supporto psicologico:** percorsi integrati per gestire l'alimentazione emotiva e contrastare stigma e isolamento.

Le nuove terapie dell'obesità: un'opportunità

Le recenti innovazioni farmacologiche hanno rivoluzionato il trattamento dell'obesità e la prevenzione delle sue comorbidità. Gli agonisti del GLP-1, come la semaglutide, migliorano non solo il peso ma anche il rischio cardiometabolico. Tirzepatide, agonista GIP e GLP-1, ha dimostrato riduzioni di peso fino al 22% in un anno. Sono in fase avanzata nuove molecole con meccanismi multipli (es. retratutide, maritide), che promettono ulteriori progressi.

Nei prossimi anni, le armi terapeutiche disponibili saranno multiple ed altamente efficaci. Questo scenario rappresenterà una sfida, ma anche una significativa opportunità, per i medici e per il sistema sanitario.

CONCLUSIONI: LE SFIDE DEL FUTURO

La sfida futura sarà duplice: prevenire l'obesità attraverso politiche di salute pubblica e garantire a chi già convive con questa condizione l'accesso a trattamenti personalizzati. Una adeguata strategia di prevenzione sarà essenziale per ridurre la prevalenza dell'obesità.

I nuovi trattamenti disponibili potranno essere personalizzati sull'obesità clinica "residua". Sarà fondamentale che l'obesità debba essere considerata come una malattia cronica complessa, con l'obiettivo non solo della gestione del peso, ma del miglioramento della qualità e dell'aspettativa di vita.

OBESITÀ

Fig. 1

Cause:

- Alimentazione ipercalorica/ultra processata
- Sedentarietà
- Determinanti sociali
- Determinanti psicologici

Strategie di prevenzione:

- Educazione alimentare precoce
- Promozione attività fisica
- Interventi clinici precoci
- Riduzione dello stigma
- Supporto psicologico
- Politiche di sanità pubblica

Prevalenza obesità



Obesità residua

Trattamento personalizzato su popolazione residua:

- Stile di vita: terapia nutrizionale/attività fisica
- Terapia psicologica
- Farmacoterapia
- Terapia chirurgica
- Supporto psicologico
- Politiche di sanità pubblica



FORMAZIONE ONLINE
FORMAZIONE IN PRESENZA
SIMULAZIONE DI CASI CLINICI
SERVIZI INFORMATICI
ROLE-PLAY GAME
FILMATI TECNICO-SCIENTIFICI
APP PER SMARTPHONE E TABLET
AUDIOVISIVI PER E-LEARNING

VIRTUAL TRAINING SUPPORT

IL TUO PARTNER PER LA FORMAZIONE
CON STRUMENTI DI SIMULAZIONE AVANZATA



WWW.VITS.IT



Articolo a cura di

Uberto Pagotto

UO di Endocrinologia e Prevenzione e Cura del Diabete, IRCCS Policlinico S. Orsola

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche,

Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Bologna.

Tirzepatide e nuovi farmaci una nuova **Speranza** per le persone con obesità

L'obesità, a cui solo recentemente è stato riconosciuto uno status di malattia, viene comunemente definita come patologia cronica, recidivante e ad eziologia multifattoriale, in quanto derivante da cause che possono essere sommariamente raggruppate in genetiche, comportamentali, metaboliche ed ambientali.

Tale malattia si caratterizza per un eccesso di grasso corporeo distribuito in varie parti del corpo. E' noto che uno specifico incremento di adipe attorno ai visceri, inducente la cosiddetta obesità addominale, si associa

ad una maggiore disfunzione del tessuto adiposo, disfunzione che determina uno stato di infiammazione a bassa intensità ed una incapacità del corpo di gestire l'aumentato introito calorico, tipico della condizione di obesità. L'aumento calorico nei soggetti affetti da obesità nasce dalla disregolazione di centri cerebrali che controllano il bilancio energetico, a loro volta rafforzati nella loro disfunzione da importanti alterazioni periferiche.

Il surplus calorico induce a sua volta lipotossicità, deposito cioè di grasso ectopico in vari organi quali fegato, cuore, pancreas e muscoli. Da qui deriva la stretta associazione tra obesità e malattie cardiovascolari, diabete, danno epatico che può andare dalla steatosi epatica fino alla fibrosi e finanche alla cirrosi, e danno renale. L'obesità può anche determinare, indipendentemente dalla localizzazione del tessuto adiposo, vistosi problemi di natura meccanica fortemente limitanti la qualità di vita del paziente, si pensi all'osteoartrosi recante gravi ostacoli alla

deambulazione e ai disturbi della respirazione soprattutto in corso del sonno quali presenti nella sindrome delle apnee ostruttive. In considerazione di queste importanti problematiche legate all'obesità, è pertanto assolutamente necessario limitare l'eccesso di peso che affligge numeri sempre più consistenti di popolazione ormai di ogni età. Dopo anni di approcci farmacologici anti-obesità rivelatisi infruttuosi, da un lato per la sostanziale modestia raggiunta in termini di riduzione del peso corporeo, dall'altro, per la presenza di



importanti e deleteri effetti collaterali, la ricerca scientifica ha recentemente ideato una serie di molecole anti-obesità di straordinario impatto non solo sulla perdita di peso ma anche e soprattutto sulle patologie connesse all'obesità, mettendo inoltre in evidenza eclatanti effetti benefici, anche parzialmente indipendenti da quelli indotti dalla diminuzione di peso.

Tra i nuovi farmaci, tirzepatide si è innanzitutto distinta per la capacità unica di agire come un agonista duale, in grado cioè di interagire contemporaneamente con due recettori diversi quali quello del GLP-1 e quello del GIP. Questa rivoluzionaria interazione binaria porta ad amplificare ed esaltare l'azione attribuibile all'attivazione di un singolo tipo recettoriale, anche grazie a meccanismi sinergici. GLP-1 e GIP sono ormoni gastrointestinali, conosciuti da tempo nelle loro capacità di stimolare la secrezione di insulina da parte del

pancreas ma anche di interagire non solo

con distinti altri organi periferici modulando il metabolismo, ma anche con rilevanti aree cerebrali preposte al controllo alimentare. Tirzepatide, attraversando la barriera ematoencefalica, riesce ad attivare i recettori di GLP-1 e GIP sia nei centri ipotalamici che in quelli sovra-ipotalamici inducendo una forte sensazione di sazietà e riducendo il senso della fame, ma anche modificando l'aspetto edonistico legato all'apporto alimentare, spesso fuori controllo nei soggetti con obesità. L'azione associata su entrambi i recettori, e non solo sul recettore del GLP-1, permette anche di ridurre gli effetti collaterali, quali soprattutto nausea e sensazione di vomito, attribuiti principalmente allo stimolo attuato dal GLP-1. Infatti, come da studi in roditori, sembra che l'attivazione del recettore del GIP da parte di tirzepatide a livello dell'area postrema, piccola area cerebrale posta nel tronco mesencefalico, sia in grado di ridurre la sintomatologia di nausea e vomito principalmente indotta dall'attivazione del recettore GLP-1.

La sperimentazione clinica di tirzepatide si è sviluppata in una larghissima e variegata serie di trials clinici, i quali hanno permesso e permetteranno di studiare, in pazienti affetti da obesità, non solo la capacità

del farmaco di produrre una significativa e durevole riduzione del peso corporeo ma anche quella di migliorare condizioni associate all'obesità come l'evoluzione verso il diabete, la sindrome delle apnee notturne, lo scompenso cardiaco a frazione di eiezione conservata, la

steatoepatite non alcolica, l'osteoporosi e la malattia renale cronica.

Inoltre, è in corso uno studio di lunga durata che si propone di valutare la capacità di tirzepatide di ridurre gli eventi cardiovascolari

quali infarto, ictus ed arteriopatia obliterante come pure la mortalità per ragioni cardiovascolari. Sebbene i dati di questo studio non siano ancora disponibili, essendo lo stesso non ancora concluso, analisi *post-hoc* degli studi già conclusi hanno chiarito che tirzepatide insieme alla perdita di peso è in grado di indurre un impatto altamente positivo su tradizionali fattori di rischio per eventi cardiovascolari quali la pressione arteriosa, il colesterolo LDL, i trigliceridi ed anche su parametri dell'infiammazione, contribuendo con ciò a ridurre lo stato infiammatorio cronico associato all'obesità.

Anche se limitare l'azione e la valenza di un farmaco anti-obesità alla sola riduzione del peso corporeo appare uno sterile esercizio, va comunque



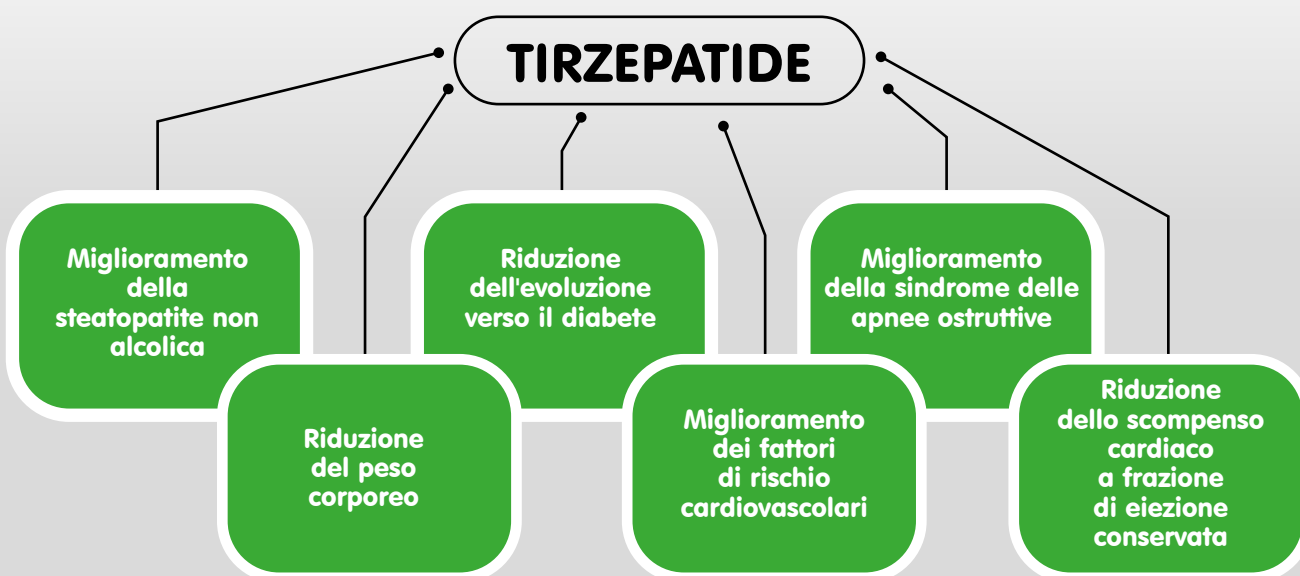


sottolineato che al momento, a dosaggio pieno (15 mg settimanali), tirzepatide si è dimostrata la molecola a maggiore efficacia sul calo ponderale quando rapportata a farmaci mono-agonisti come dimostrato dal recente studio comparativo *head-to-head* con semaglutide. Come evidenziato dallo studio Surmount-1, tirzepatide a 5 mg per 72 settimane è in grado di ridurre il peso corporeo del

16%, a 10 mg del 21% e a 15 mg del 22,5% rispetto a quello iniziale, con le donne maggiormente responsive rispetto agli uomini. Il prolungamento a tre anni di tale studio ha mostrato che l'azione di riduzione del peso del farmaco è assolutamente stabile nel tempo, ed è inoltre in grado rispetto alla popolazione di controllo di ridurre significativamente l'evoluzione verso il diabete (riduzione del rischio del 94%) nei soggetti che presentavano una condizione prediabetica alla partenza dello studio. Gli studi che hanno accompagnato l'ingresso di tirzepatide sul mercato

farmaceutico testimoniano in maniera inequivocabile lo shift in atto nel campo della farmacoterapia anti-obesità da una visione eminentemente legata alla sola riduzione del peso ad una, molto più raffinata, in cui le differenti patologie connesse all'obesità vengono specificamente indirizzate verso il trattamento con i nuovi farmaci.

Gli straordinari dati determinati dagli studi clinici randomizzati e dalle prime evidenze *real-life* con le nuove molecole, e prima di tutto evidenziabili in corso di impiego di tirzepatide, ci fanno ritenere che, sempre in associazione alla modificazione degli stili di vita, la farmacoterapia per contrastare l'obesità vada a rappresentare un sicuro e formidabile rimedio per prevenire un numero considerevole di patologie che si associano all'aumento ponderale, per migliorare la qualità della vita e, come sicuramente verrà dimostrato nei prossimi studi, per allungare anche la aspettanza di vita.





Articolo a cura di
Leonilde Bonfrate
Professore Associato in Medicina Interna,
Università San Raffaele (Roma)

La dieta e la terapia farmacologica: come si integrano i due approcci?

INTRODUZIONE

L'obesità è una patologia cronica, complessa e multifattoriale con notevole impatto socio-sanitario. È caratterizzata da un accumulo patologico di tessuto adiposo che compromette lo stato di salute, determinato da uno squilibrio tra introito e dispendio energetico, influenzato da fattori genetici, epigenetici, neuroendocrini, ambientali e comportamentali.

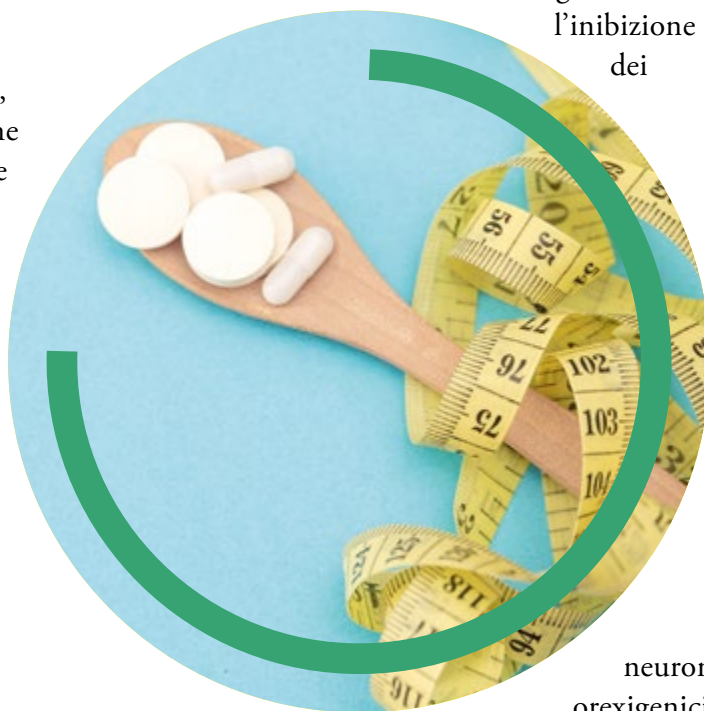
Dal punto di vista fisiopatologico, l'obesità è caratterizzata da una iperplasia e ipertrofia degli adipociti, una disregolazione del sistema ipotalamico che sottende alla fame-sazietà, alterazioni nell'asse leptina-insulina-grelina, modificazioni del microbiota intestinale, modificazioni epigenetiche e uno stato infiammatorio cronico di basso grado (**Fig. 1**). Tali meccanismi concorrono allo sviluppo di comorbidità metaboliche, cardiovascolari, respiratorie, oncologiche e articolari.

Le nuove strategie terapeutiche dell'obesità

Date le numerose disregolazioni sottese all'obesità, sebbene la dieta *per se* rappresenti un pilastro fondamentale nel trattamento, da sola risulta spesso insufficiente nel portare a una perdita di peso significativa e sostenibile nel lungo termine. Lasemaglutide e la tirzepatide

rappresentano un'evoluzione del paradigma terapeutico, offrendo un'opportunità efficace se integrati a un approccio nutrizionale strutturato e alle modifiche dello stile di vita. La semaglutide è un agonista sintetico del recettore del GLP 1 (glucagon-like peptide 1) che stimola la secrezione di insulina dalle cellule pancreatiche β in modo glucosio-dipendente, riduce la secrezione di glucagone da parte delle cellule α pancreatiche, rallenta lo svuotamento gastrico, contribuendo a una maggiore sensazione di sazietà e riduzione dell'apporto calorico, oltre a un controllo dell'appetito attraverso l'attivazione dei neuroni

anorexigenici e
l'inibizione
dei



neuroni
orexigenici.

La tirzepatide rappresenta il primo agonista congiunto dei recettori GIP e GLP 1, progettato per attivare

OBESITÀ ► DNA/DIETA

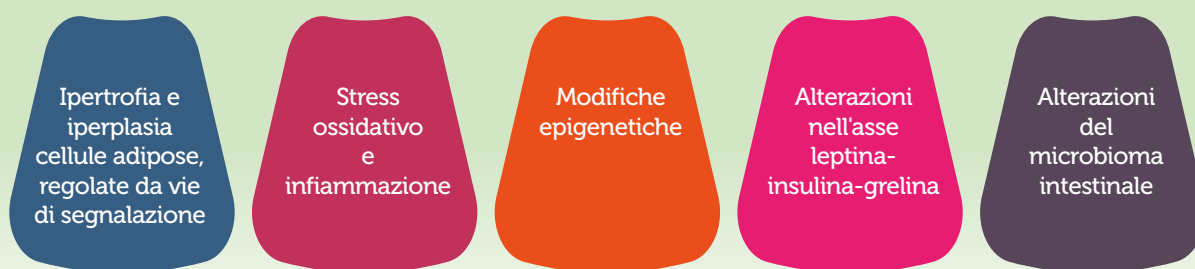


Fig. 1 - Meccanismi fitopatologici implicati nell'obesità

entrambi i pathway. L'attivazione di entrambi i recettori stimola significativamente la secrezione insulinica in modo glucosio-dipendente e produce una maggiore riduzione del peso corporeo rispetto alla semaglutide. Inoltre, l'attivazione del recettore GIP espresso nei neuroni dell'ipotalamo riduce l'appetito, un effetto potenziato dalla sinergia con il GLP 1.

Il GIP sembra modulare gli effetti del GLP-1, attenuando alcune risposte gastrointestinali centrali come nausea e inappetenza e migliorando la tolleranza al farmaco soprattutto a dosi elevate. La tirzepatide è associata a una maggiore perdita di peso rispetto alla semaglutide nel trattamento dell'obesità, così come a una maggiore riduzione della circonferenza vita e quindi del grasso viscerale.

Approccio Dietetico

L'adozione di un trattamento farmacologico con semaglutide o tirzepatide dovrebbe essere combinata con un programma dietetico strutturato per ottimizzare i risultati e ridurre al minimo gli effetti collaterali.

La dieta insieme all'attività fisica rappresentano le prime

raccomandazioni per favorire una riduzione del peso corporeo e migliorare i parametri metabolici, insieme alla terapia farmacologica e/o chirurgia bariatrica nei casi selezionati (**Fig. 2**). Secondo le linee guida delle principali società scientifiche (*American Diabetes Association e European Association for the Study of Obesity*), una dieta ipocalorica, personalizzata e bilanciata, è cruciale per il successo terapeutico a lungo termine.

I principi fondamentali si basano sulla riduzione dell'apporto calorico giornaliero rispetto al fabbisogno energetico di mantenimento.

Le linee guida suggeriscono una riduzione di circa 500-750 kcal al giorno, al fine di ottenere una perdita di peso del 5-10% nel corso di 3-6 mesi. Una riduzione calorica moderata consente una perdita di peso efficace senza una compromissione della massa magra.

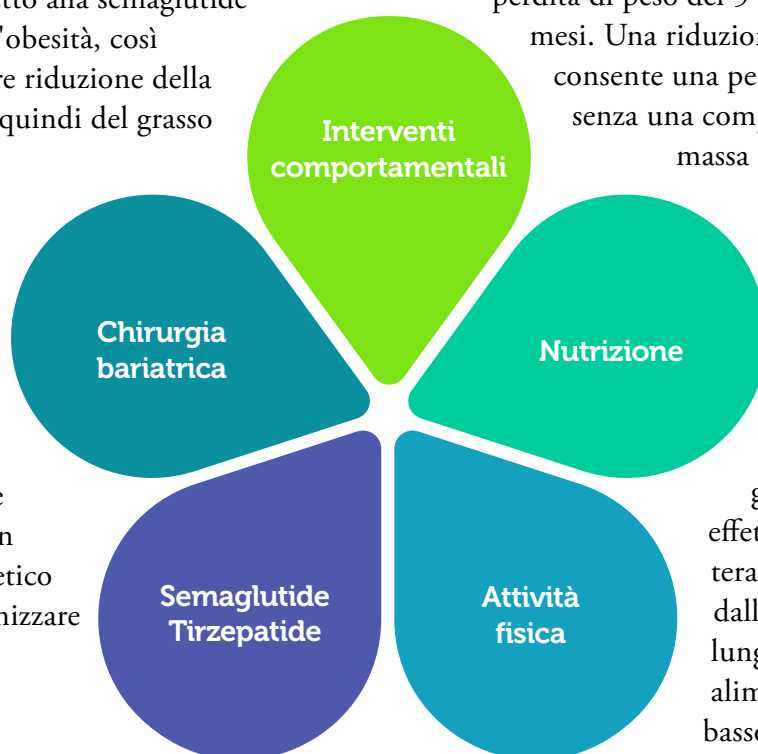


Fig. 2 - Strategie terapeutiche nel trattamento dell'obesità

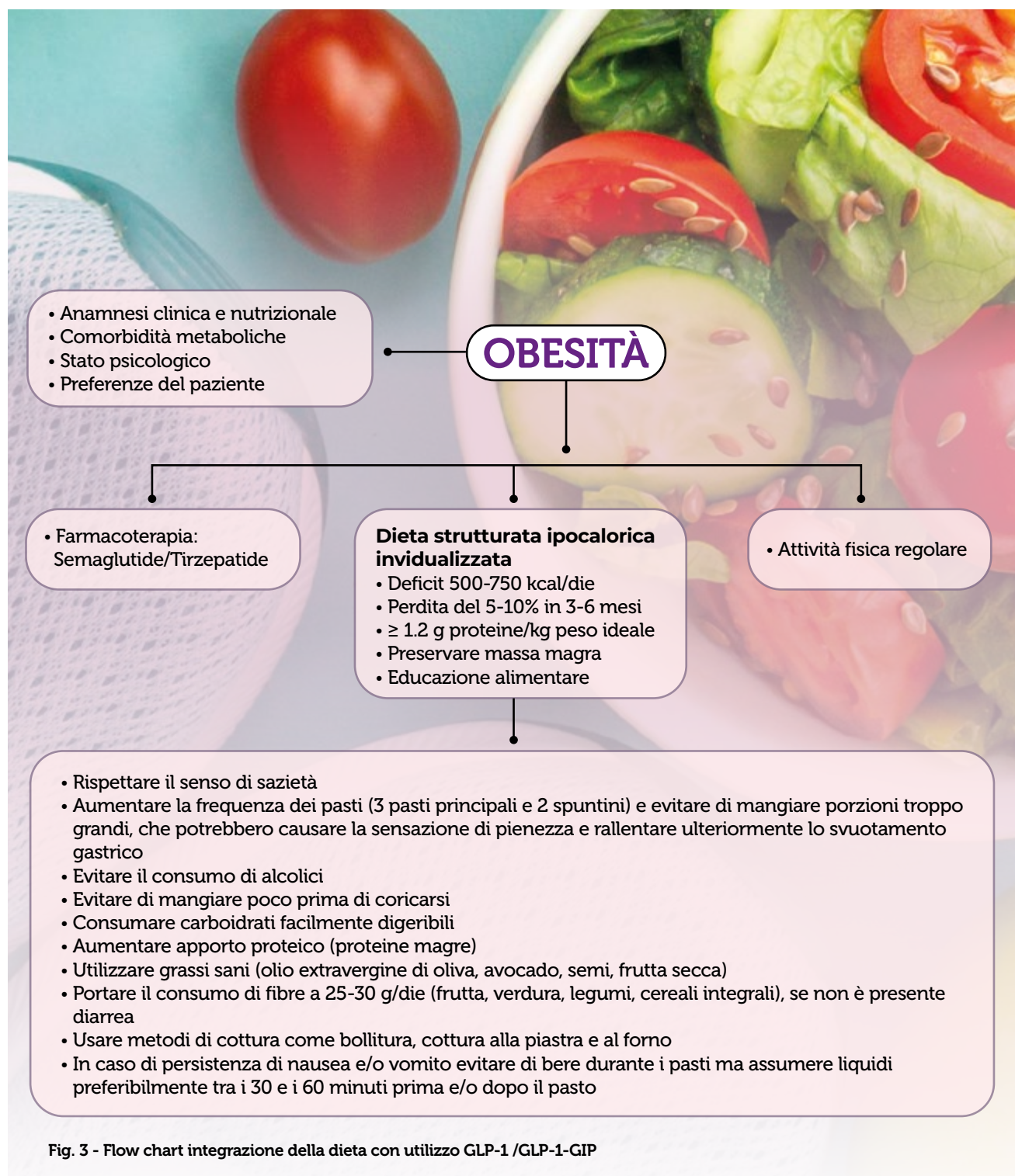
La scelta della dieta dipende dal profilo clinico del paziente, dalla presenza di eventuali comorbidità, dalla gestione dei possibili effetti collaterali delle terapie anti-obesità e dalla sostenibilità a lungo termine del piano alimentare. La dieta a basso contenuto di grassi (meno del 30% delle calorie totali provenienti da

grassì) e quella a basso contenuto di carboidrati (meno del 45% delle calorie totali provenienti da carboidrati) sono entrambe efficaci nella riduzione del peso corporeo.

Un altro approccio proposto è l'adozione di una dieta ad alto contenuto proteico per preservare la massa muscolare durante la perdita di peso e ridurre l'appetito grazie all'effetto di sazietà che

promuovono e per favorire anche la termogenesi, che può contribuire a un maggiore dispendio energetico. Un approccio dietetico con notevoli evidenze scientifiche è la dieta mediterranea, basata sull'assunzione di alimenti ricchi di grassi sani (principalmente olio d'oliva), frutta, verdura, legumi, pesce e cereali integrali.

La dieta mediterranea è associata a una riduzione significativa del peso corporeo, miglioramenti nei



parametri metabolici (come il colesterolo LDL e la glicemia) e a una riduzione del rischio di malattie cardiovascolari nei pazienti obesi. La flowchart della gestione integrata dell'obesità è illustrata nella **Fig. 3**.

CONCLUSIONI

Un percorso per la perdita di peso deve essere basato sulla consapevolezza che l'obesità è una malattia associata a un aumento significativo del rischio di morbidità e mortalità. La combinazione di una dieta appropriata con semaglutide o tirzepatide offre un'opportunità significativa efficace e duratura per il trattamento dell'obesità, migliorando la qualità della vita e riducendo il rischio di comorbidità associate.

Le linee guida più recenti enfatizzano l'importanza di un approccio dietetico che comprenda una riduzione calorica mirata, una composizione equilibrata dei macronutrienti e l'adozione di strategie alimentari sostenibili adattabili alle preferenze culturali, alle necessità individuali e al tipo di vita del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Bray GA, Frühbeck G, Ryan DH, Wilding JP. Management of obesity. *Lancet*. 2016 May 7;387(10031):1947-56.
2. Sacks F M., et al. (2009). Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *New England Journal of Medicine*, 360(9), 859-873.
3. Dansinger M. L., et al. (2015). Comparing the health benefits of dietary patterns: the DASH diet, Mediterranean diet, and low-fat diet. *JAMA*, 314(12), 1259-1267.
4. Esposito, K., et al. (2009). Effect of a Mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of inflammation in obese women: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 302(9), 1197-1203.
5. Swinburn, B. A., et al. (2009). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804-814.
6. Slater, G., et al. (2020). Protein intake and body weight regulation: implications for obesity treatment. *Nutrients*, 12(7), 2120.
7. Davies, M. J., et al. (2021). Semaglutide 2.4 mg for the treatment of obesity. *New England Journal of Medicine*, 384(11), 989-1000.
8. Elmaleh-Sachs A, Schwartz JL, Bramante CT, et al. Obesity Management in Adults: A Review. *JAMA*. 2023;330(20):2000-2015.
9. Yanovski SZ, Yanovski JA. Approach to Obesity Treatment in Primary Care: A Review. *JAMA Internal Medicine*. 2024;184(7):818-829.
10. Gudzone KA, Kushner RF. Medications for Obesity: A Review. *JAMA*. 2024;332(7):571-584.
11. Perdomo CM, Cohen RV, Sumithran P, Clément K, Frühbeck G. Contemporary Medical, Device, and Surgical Therapies for Obesity in Adults. *Lancet (London, England)*. 2023;401(10382):1116-1130.
12. Kheniser K, Saxon DR, Kashyap SR. Long-Term Weight Loss Strategies for Obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2021;106(7):1854-1866.
13. Aronne LJ, Horn DB, le Roux CW, et al. Tirzepatide as Compared with Semaglutide for the Treatment of Obesity. *The New England Journal of Medicine*. 2025.
14. Mozaffarian D, Agarwal M, Aggarwal M, et al. Nutritional Priorities to Support GLP-1 Therapy for Obesity: A Joint Advisory From the American College of Lifestyle Medicine, the American Society for Nutrition, the Obesity Medicine Association, and the Obesity Society. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2025;122(1):344-367.
15. Alexandratos N. The Mediterranean diet in a world context. *Public Health Nutrition* 2006
16. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*. 2011
17. Gorgojo-Martínez, J.J.; Mezquita-Raya, P.; Carretero-Gómez, J.; Castro, A.; Cebrián-Cuenca, A.; de Torres-Sánchez, A.; García-de-Lucas, M.D.; Núñez, J.; Obaya, J.C.; Soler, M.J.; et al. Clinical Recommendations to Manage Gastrointestinal Adverse Events in Patients Treated with Glp-1 Receptor Agonists: A Multidisciplinary Expert Consensus. *J. Clin. Med*. 2023, 12, 145
18. Tang J, Wang HP, Zhou L, Xu FC. Effect of dietary fiber on constipation: a meta analysis. *World J Gastroenterol* 2012
19. Moon J, Koh G. Clinical Evidence and Mechanisms of High-Protein Diet-Induced Weight Loss. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 2020
20. Ciudin A, Johansson E, Zimmer-Rapuch S, et al. Indirect Comparative Efficacy and Safety of Tirzepatide 10 and 15 mg Versus Semaglutide 2.4 mg for the Management of Obesity and Overweight in Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes, Obesity & Metabolism*. 2025;. doi:10.1111/dom.16508.
21. Rodriguez PJ, Goodwin Cartwright BM, Gratzl S, et al. Semaglutide vs Tirzepatide for Weight Loss in Adults With Overweight or Obesity. *JAMA Internal Medicine*. 2024;184(9):1056-1064.
22. Müllertz ALO, Sandsdal RM, Jensen SBK, Torekov SS. Potent Incretin-Based Therapy for Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of Semaglutide and Tirzepatide on Body Weight and Waist Circumference, and Safety. *Obesity Reviews : An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2024;25(5):e13717.
23. le Roux CW, Hanksosky ER, Wang D, et al. Tirzepatide 10 and 15 mg Compared With Semaglutide 2.4 mg for the Treatment of Obesity: An Indirect Treatment Comparison. *Diabetes, Obesity & Metabolism*. 2023;25(9):2626-2633.
24. Elmaleh-Sachs A, Schwartz JL, Bramante CT, et al. Obesity Management in Adults: A Review. *JAMA*. 2023;330(20):2000-2015.





Articolo a cura di
Martina Musto
MMG, Giunta Esecutiva Nazionale SIMG

I nuovi approcci farmacologici nell'ambulatorio del MMG

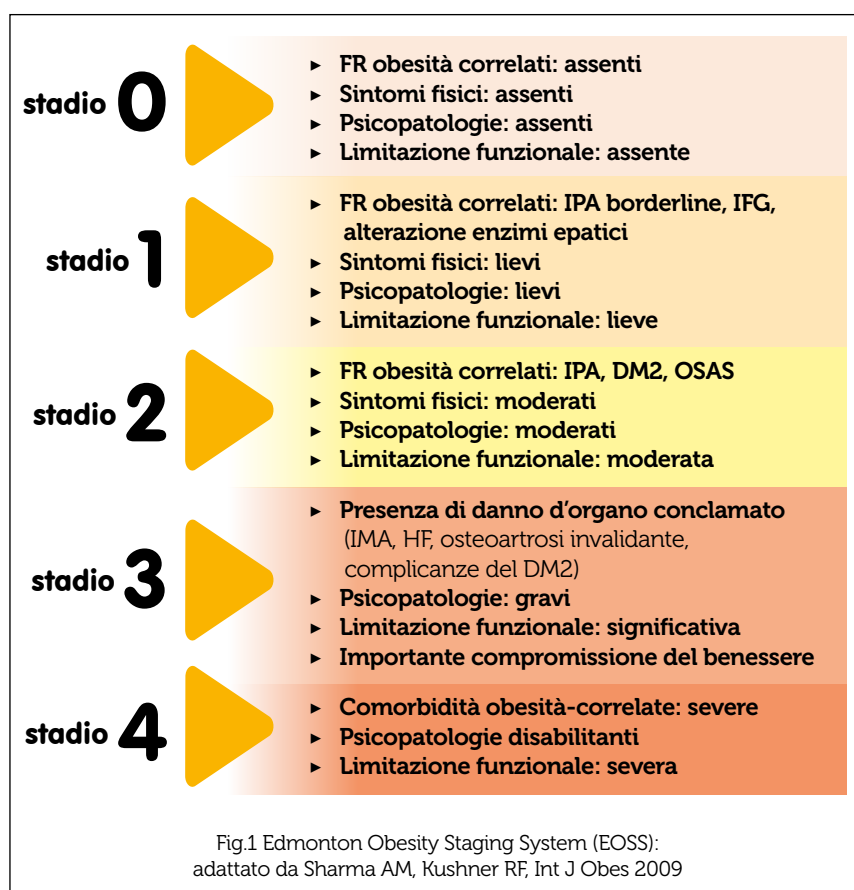
L'obesità è un importante fattore di rischio e causa di disabilità, che richiede una gestione proattiva e multidisciplinare. Il MMG, grazie alla relazione di cura continuativa nel tempo e alla conoscenza del paziente nella sua dimensione bio-psico-sociale, può intercettare precocemente l'incremento ponderale, attivando interventi correttivi. Fondamentale è un approccio empatico e privo di stigma, per favorire l'ingaggio del paziente.

Inquadramento del paziente con obesità nel setting delle Cure Primarie

L'inquadramento accurato del paziente ai fini della stadiazione dell'obesità è l'imprescindibile punto di partenza per la formulazione di un percorso terapeutico individualizzato e coerente con i bisogni del paziente; deve prevedere anamnesi, misura

dei parametri antropometrici (BMI, circonferenza vita, circonferenza collo, rapporto vita-fianchi) e una valutazione fisica, strumentale e laboratoristica volta alla ricerca delle comorbidità e delle complicanze associate all'obesità. Alla classificazione in tre classi basata sul solo BMI è bene affiancare la stadiazione attraverso l'Edmonton Obesity

Staging System (EOSS) che definisce 5 stadi di obesità integrando la presenza di fattori di rischio o complicanze obesità-correlate con la presenza di sintomi fisici o psicologici (dispnea, fatigue, artralgia, depressione ecc) e con la presenza di limitazione funzionale nelle attività quotidiane (impatto sulla qualità di vita) (**Fig.1**)



La terapia farmacologica

L'obesità è una condizione cronica e recidivante per cui la scelta del trattamento deve tenere conto della sostenibilità a lungo termine: gli obiettivi finali devono essere il miglioramento della qualità di vita e il benessere del paziente. L'attenzione del medico oltre che al calo ponderale (un calo del 5-10% del peso è già in grado di determinare benefici metabolici significativi) deve rivolgersi alla prevenzione/gestione delle complicanze e dei sintomi obesità-correlati.

Il trattamento farmacologico va considerato per BMI ≥ 30 o per BMI ≥ 27 in presenza di fattori di rischio o comorbidità obesità-correlate; esso non esclude il mantenimento di uno stile di vita sano e attivo: la terapia nutrizionale e l'attività fisica costituiscono le basi del trattamento dell'obesità.

Prima di intraprendere una terapia farmacologica vanno discussi con il paziente meccanismo di azione ed effetti collaterali, gli obiettivi di peso, i limiti e vantaggi del trattamento, con particolare riferimento al weight regain ma anche al supporto che un calo ponderale farmaco-indotto può dare alla motivazione del paziente.

Attualmente in Italia sono approvate per il trattamento dell'obesità le seguenti molecole:

- **Orlistat:** inibitore delle lipasi che riduce l'assorbimento dei grassi a livello intestinale
- **Naltrexone-Bupropione:** ha effetto anoressizzante a livello ipotalamico
- **Liraglutide:** analogo del GLP-1
- **Semaglutide:** analogo del GLP-1
- **Tirzepatide:** analogo del GLP-1 e del GIP

Focus sui farmaci incretino-mimetici

Liraglutide, Semaglutide e Tirzepatide sono analoghi incretinici: sono approvati in Italia con due indicazioni: DM2 ed obesità. In entrambe le condizioni sono prescrivibili dal MMG, ma sono rimborsati dal SSN solo con indicazione al trattamento del DM2 (Nota 100), mentre sono a carico del paziente nel trattamento dell'obesità.

Determinano calo ponderale promuovendo il senso di sazietà per interazione con i recettori del GLP-1 a livello centrale e, nel tratto gastrointestinale, rallentando lo svuotamento gastrico. Tirzepatide è agonista anche del recettore di GIP: il senso di sazietà è determinato a livello centrale per azione sinergica su entrambi i recettori, inoltre sembra avere effetto aggiuntivo sul tessuto adiposo. Il beneficio

Tabella 1: Sintesi delle caratteristiche dei farmaci incretino-mimetici in uso per obesità

	LIRAGLUTIDE	SEMAGLUTIDE	TIRZEPATIDE
Meccanismo di azione	GLP1-RA	GLP1-RA	GLP1 e GIP-RA
Somministrazione	Sottocutanea giornaliera	Sottocutanea settimanale	Sottocutanea settimanale
Posologia	Dose iniziale 0,6mg/die, da titolare con aumenti settimanali di 0,6mg fino a 3mg/die	Dose iniziale 0,25mg/settimana da titolare mensilmente fino a 2,4mg/settimana	Dose iniziale 2,5mg/settimana da titolare mensilmente fino a 15mg/settimana
% riduzione del peso rispetto a placebo	8% in 56 settimane	15% in 104 settimane	In 72 settimane - 15% con 5mg - 19,5% con 10mg - 21% con 15mg
% di riduzione del peso $\geq 5\%$	63%	77%	In 72 settimane - 15% con 5mg - 19,5% con 10mg - 21% con 15mg

del trattamento con incretino-mimetici va oltre il calo ponderale: sono molecole che hanno dimostrato di produrre benefici su altri parametri cardiometabolici: profilo glicemico, rischio di MACE, steatosi epatica. I dettagli relativi alla posologia e all'effetto sul peso delle tre molecole sono riassunti nella **tabella 1**.

Gli effetti collaterali più frequenti sono nausea, vomito, diarrea, addominalgie: per minimizzarli e favorire l'aderenza è bene titolare questi farmaci aumentando la dose mensilmente (settimanalmente per liraglutide) programmando un adeguato follow up: ad un mese è consigliato un primo monitoraggio in relazione alla tollerabilità del farmaco, che va monitorata periodicamente ad ogni aumento del dosaggio. Dopo tre mesi di terapia a dose piena va programmata una rivalutazione del paziente e della perdita di peso: è consigliabile sospendere il trattamento se la perdita di peso è stata inferiore al 5%.

La durata del trattamento farmacologico va valutata in maniera personalizzata, tenendo sempre presente il carattere cronico-recidivante dell'obesità, prevedendo un aumento ponderale alla sospensione. Il trattamento andrebbe mantenuto finché è efficace, tollerato e sostenibile; una sua sospensione va considerata se non tollerato, se non efficace, se emergono delle controindicazioni, se si raggiunge in maniera stabile l'obiettivo ponderale prefissato. In ogni caso alla sospensione della terapia devono fare seguito

l'intensificazione del follow up ed un potenziamento degli interventi non farmacologici per ridurre il rischio di weight regain.



KEY MESSAGE



- L'obesità è una condizione cronica e recidivante che richiede un approccio proattivo ed individualizzato
- La stadiazione dell'obesità costituisce il primo step per la formulazione di una strategia terapeutica personalizzata
- Il mantenimento di un corretto stile di vita costituisce la base del trattamento dell'obesità
- Il trattamento farmacologico va considerato in presenza di un BMI ≥ 30 oppure ≥ 27 in presenza di complicanze o fattori di rischio
- I trattamenti più innovativi sono rappresentati dagli analoghi incretinici: Tirzepatide (analogo del GLP-1 e del GIP), Semaglutide e Liraglutide (analoghi del GLP-1).
- La scelta del trattamento farmacologico va condivisa con il paziente in termini di obiettivi, limiti, tollerabilità e sostenibilità
- Titolare il dosaggio e programmare un follow up periodico per il monitoraggio del calo ponderale e della tollerabilità
- Il trattamento va mantenuto a lungo termine, se tollerato

BIBLIOGRAFIA

- Ross R, Neeland IJ, et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2020 Mar;16(3):177-189
- Sharma, A., Kushner, R. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes* 33, 289-295 (2009).
- Busetto, L., Dicker, D., Frühbeck, G. et al. A new framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults. *Nat Med* 30, 2395-2399 (2024)
- Standard Italiani per la cura dell'Obesità SIO-ADI 2016-2017
- Xavier Pi-Sunyer et Al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management *N Engl J Med* 2015;373:11-22
- Garvey, W.T., Batterham, R.L., Bhatta, M. et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. *Nat Med* 28, 2083-2091 (2022)
- Jastreboff, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity *NEMJ* 2022; 387(3) 205-216



Articolo a cura di

Gerardo Medea

Medico di Medicina Generale, esperto nella gestione del diabete
e delle malattie metaboliche, responsabile nazionale della ricerca SIMG

Case della Comunità e PDTA: i pilastri per una gestione integrata dell'obesità

INTRODUZIONE

L'obesità è una malattia cronica e complessa, capace di condizionare pesantemente lo stato di salute individuale e la sostenibilità dei sistemi sanitari. Non basta prescrivere farmaci o diete: occorre un'organizzazione che garantisca continuità, equità e multidisciplinarietà. In questo contesto, le Case della Comunità (CdC) e i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) si pongono come due strumenti chiave per rendere la gestione dell'obesità più concreta, meno frammentata, vicina al cittadino e sostenibile per il sistema sanitario.

La necessità di nuovi modelli organizzativi

Con una prevalenza media in Italia del 10% per l'obesità e del 33% per il sovrappeso, ogni Medico di Medicina generale (MMG) ha in carico circa 150 pazienti obesi e più di 500 in sovrappeso: Questi numeri sono destinati a crescere. Secondo l'Obesity Barometer Report 2025, entro il 2050, circa tre adulti su quattro in Italia saranno in sovrappeso o obesi. Si tratta di una emergenza sanitaria con conseguenze economiche pesantissime, pari a un impatto medio del 2,9% sul PIL globale. Ma oltre ai costi economici, c'è il tema dell'equo accesso a cure di qualità, che per l'obesità è ancora molto disomogeneo tra le regioni italiane. In questo scenario diventa evidente come il modello tradizionale "a sylos", basato su singole iniziative e su invii agli specialisti non coordinati, non sia più sostenibile. È urgente un cambio di paradigma, che metta il paziente al centro di una rete integrata e strutturata, evitando dispersioni ed inerzie terapeutiche.

Le Case della Comunità: un nuovo presidio territoriale

Le CdC, introdotte dal DM 77/2022, rappresentano la più importante novità nell'assistenza territoriale prevista dal PNRR. Sono strutture multiprofessionali che mettono insieme MMG, infermieri di famiglia, specialisti ambulatoriali, dietisti, psicologi, fisioterapisti e assistenti sociali.

Esse dovrebbero garantire:

- Apertura H24 o H12 con MMG, infermieri di famiglia e specialisti ambulatoriali.
- Accesso facilitato a servizi diagnostici di primo livello.
- Spazi per counseling nutrizionale e attività educative.
- Integrazione sociosanitaria con assistenti sociali, psicologi e fisioterapisti.

Per le persone con obesità, la CdC può, dunque, diventare uno dei **luoghi in cui ingaggiare il paziente nel percorso di cura e di primo screening circa i fattori di rischio** associati, grazie alla possibilità di effettuare esami



Il punto di forza nasce dall'incontro tra struttura (Casa della Comunità, studi di MG) e percorso (PDTA)

diagnostici di 1° livello. Il paziente potrà ottenere consulenze specialistiche, prima o dopo l'invio ad un centro specialistico hub, per i casi a più alta complessità.

Molto importante poi è la possibilità di partecipare ad iniziative o a gruppi di educazione alimentare e di promozione dell'attività fisica.

La prevenzione primaria e secondaria sono proprio i settori in cui le CDC potranno dare prova di tutte le loro potenzialità quali presidi territoriali integrati agli ambulatori dei MMG. La prossimità capillare, tuttavia, rimarrà una prerogativa degli studi associati di MMG, che in presenza di un'organizzazione avanzata potranno essi stessi fungere da centri hub. Le CDC amplieranno comunque la possibilità dei cittadini di usufruire di alcuni servizi, perché più facilmente accessibili rispetto ai presidi ospedalieri.

I PDTA: la "strada maestra" della presa in carico della cronicità

Accanto alla struttura fisica e organizzativa delle CDC, è necessario però costruire anche una

"cornice clinica" che disegni una mappa, con un percorso di cura, esplicito e condiviso.

Questa è la funzione dei PDTA. Essi permettono di ridurre la variabilità tra gli operatori, garantendo criteri uniformi per diagnosi, referral specialistico e trattamenti.

Un esempio virtuoso e avanzato è il PDTA della Regione Veneto (**Fig. 1**), che stabilisce con chiarezza:

- **I Criteri di accesso ed invio** alle strutture specialistiche
- **I ruoli** di ciascun professionista.
- **Gli Standard diagnostico-terapeutici** (valutazione antropometrica, Edmonton staging, indicazioni a farmacoterapia o chirurgia bariatrica).
- **La composizione delle Reti territoriali ed Ospedaliere** per la presa in carico delle persone con obesità.

L'adozione di un PDTA consente, dunque, di ridurre la variabilità clinica, favorire la sostenibilità economica e garantire equità di accesso.

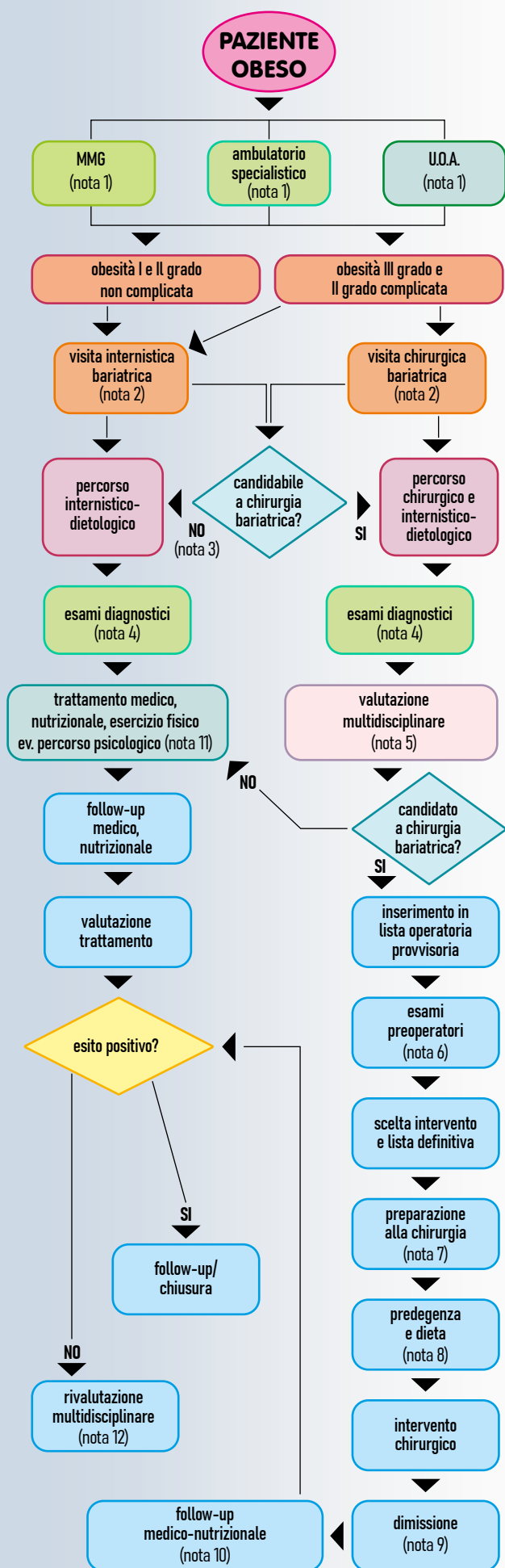


Fig. 1 . Flow-Chart rete regionale veneta obesità

L'integrazione tra Case della Comunità, studi di MG e PDTA

Il punto di forza nasce dall'incontro tra **struttura** (Casa della Comunità, studi di MG) e **percorso** (PDTA). Le CdC e gli studi di MG, rappresentano i "luoghi" fisici dove il paziente viene accolto, seguito e coordinato; il PDTA rappresenta la "strada maestra" che guida le scelte cliniche e organizzative.

Insieme garantiscono:

- **Continuità di cura:** dal sospetto diagnostico al follow-up.
- **Appropriatezza:** invii mirati ai centri specialistici
- **Multidisciplinarietà:** il paziente è seguito da un team e non da singoli professionisti in un inefficiente sistema a silos
- **Empowerment del paziente,** riducendo il rischio di drop-out.

In questo modo il malato non si perde tra i passaggi di cura, ma viene accompagnato lungo un tracciato condiviso.

Criticità e ostacoli

Nonostante il potenziale, restano alcune criticità da risolvere. In molte Regioni le **CdC sono ancora in fase di attivazione**, con tempi e modalità disomogenei. Ma soprattutto ci sono ancora **incertezze circa le modalità di ingaggio dei MMG** all'interno di queste strutture, come pure quelle degli stessi specialisti, per evitare (se questo fosse l'obiettivo) di creare una banale e forse inutile duplicazione degli ambulatori specialistici già presenti nei presidi ospedalieri.

Non tutti i territori dispongono di PDTA, e questo crea differenze marcate nell'offerta di cura. I MMG segnalano, invece, **scarse risorse a sostegno dell'organizzazione degli studi**, in termini di personale amministrativo ed infermieristico. Infine pesa, nonostante il recente riconoscimento formale dell'obesità come malattia cronica nei Livelli Essenziali di Assistenza, il **mancato passaggio a carico del SSN dei farmaci per l'obesità**, fattore fortemente limitante l'equo accesso alle cure.

Opportunità per il futuro

Le difficoltà non devono prevalere sulle opportunità. La **digitalizzazione del sistema sanitario** – dal fascicolo sanitario elettronico alle

piattaforme di telemedicina – offre strumenti preziosi per tracciare i PDTA e condividere dati tra MMG e specialisti.

La **formazione congiunta**, con momenti di aggiornamento condivisi, può rafforzare la cultura della collaborazione. Le CdC, una volta pienamente operative, diventeranno **luoghi naturali per la prevenzione e l'educazione sanitaria**, grazie alla possibilità di ospitare incontri di gruppo e programmi motivazionali. Ma la vera svolta sarà di tipo politico con il riconoscimento dei farmaci efficaci per il trattamento dell'obesità a carico del SSN, quantomeno per gruppi selezionati di pazienti particolarmente complessi e a rischio.

Conclusioni

Le CdC e i PDTA non sono semplici riforme amministrative, ma leve strategiche per dare concretezza alla gestione integrata dell'obesità. (Fig. 2). Offrono la possibilità di passare da un approccio frammentato, a un modello integrato, che unisce prossimità territoriale e percorsi clinici standardizzati. Il MMG, in questo scenario, rimane la figura di riferimento, ma finalmente inserita in una rete che ne amplifica le competenze e riduce l'isolamento professionale. È qui che si gioca la vera partita: trasformare la gestione

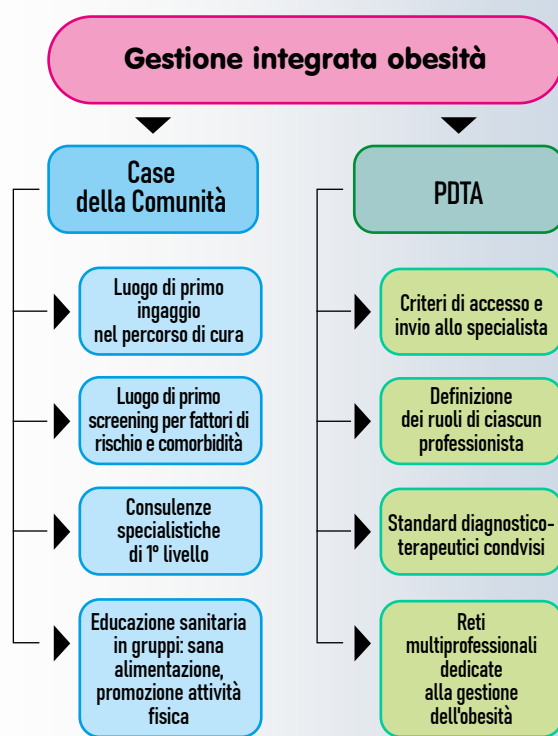


Fig. 2. Flow-chart riassuntiva su Case della Comunità e PDTA, pilastri per la gestione integrata dell'obesità

dell'obesità in un modello sostenibile, equo e centrato sul paziente, capace di restituire dignità e prospettive di salute a milioni di persone.





Articolo a cura di

Gerardo Medea

Medico di Medicina Generale, esperto nella gestione del diabete e delle malattie metaboliche, responsabile nazionale della ricerca SIMG

Sinergie tra MMG e specialisti nella gestione dell'obesità: un modello integrato

INTRODUZIONE

L'obesità è oggi riconosciuta come una malattia cronica complessa, e non più solo come un semplice problema estetico o un fattore di rischio. Si accompagna a comorbidità importanti, riduce l'aspettativa e la qualità di vita e implica costi elevati per il SSN. L'obesità è una epidemia dilagante nel mondo. Secondi i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Fig. 1) nel 2035 la prevalenza raggiungerà il 35% della popolazione generale. In Italia il problema sovrappeso interessa circa la metà della popolazione adulta e ogni Medico di Medicina Generale (MMG) ha in carico centinaia di pazienti sovrappeso o obesi (fino a 700 per un massimale di 1500 assistiti). Di fronte a questi numeri, nessuna figura professionale può essere autosufficiente: una gestione efficace ed efficiente richiede una vera integrazione tra MMG e specialisti, capace di coniugare prossimità territoriale e diverse competenze professionali, integrate e complementari.

Il medico di famiglia come regista della presa in carico della persona con obesità

Il MMG resta un punto di riferimento ineludibile per la presa in carico della persona con obesità. Conosce il paziente nel suo contesto familiare e sociale, monitora longitudinalmente ogni cambiamento del suo stato di salute ed ha con lui una relazione consolidata, fatta di fiducia, continuità e vicinanza. Il MMG **non è solo colui che può rilevare il BMI e la**

circonferenza vita, ma è il professionista che trasforma questi dati in una storia clinica completa, arricchita da anamnesi, abitudini di vita e motivazioni personali. È soprattutto colui che può contribuire ad ingaggiare i pazienti più riluttanti a intraprendere un percorso di cura, perché delusi da precedenti risultati clinici negativi o diffidenti a causa dello stigma sociale. Proprio la relazione fiduciaria con il paziente rappresenta un punto di forza. Parlare di peso non è banale: stigma e pregiudizi portano spesso

a rimozione o resistenza. Il medico di famiglia, con un approccio empatico e il **colloquio motivazionale**, può aiutare la persona a riconoscere l'obesità come una vera e propria malattia cronica e ad intraprendere un percorso di cura fissando obiettivi realistici. Sono tutte strategie che possono fare la differenza nel coinvolgimento del paziente obeso. L'obesità, infine, si associa a molte **altre comorbidità croniche**, il cui riconoscimento e gestione nel lungo periodo è ancora una volta compito del MMG.

Obesity rates are expected to rise

Percentage of the adult population projected to be obese by 2035.

< 19% 19%–31% 31%–43% 43%–55% ≥ 55%

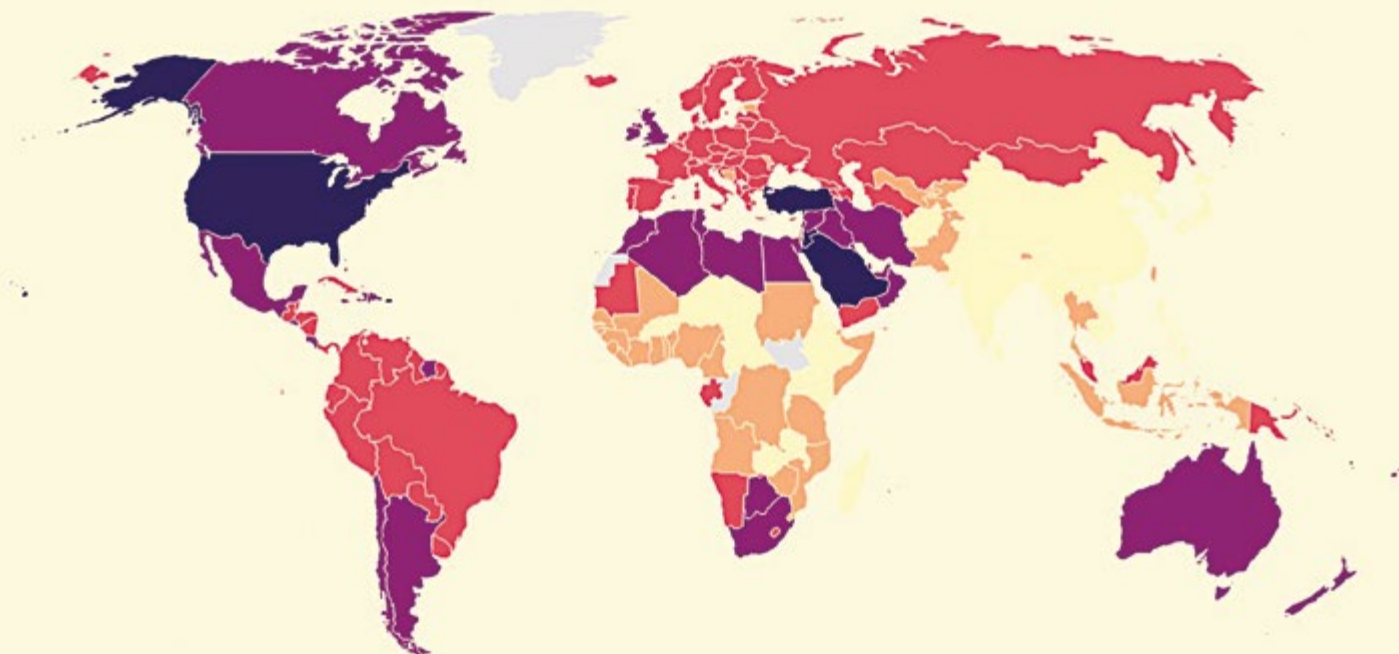


Fig 1 Percentuale attesa di prevalenza di obesità nel mondo nel 2035 (tratta da Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis Nature Review Endocrinology, 15, pages 288–298 (2019))



Il valore della integrazione del MMG con gli specialisti

La complessità dell'obesità impone **la collaborazione con più specialisti**: endocrinologi e diabetologi per la gestione metabolica, dietisti e nutrizionisti per i piani alimentari, psicologi per affrontare disturbi alimentari e stigma, chirurghi bariatrici nei casi elegibili all'intervento. L'invio ad un centro specialistico, come suggerito dalle stesse linee guida Europee, è ineludibile soprattutto se:

- il disturbo alimentare è grave
- l'eziologia dell'obesità è complessa,

- le comorbidità sono severe,
- ci sono stati numerosi fallimenti terapeutici.

L'aspetto decisivo non è tanto l'invio in sé con delega totale, quanto la **dinamica bidirezionale**: lo specialista integra il percorso, ma il paziente ritorna nel setting della medicina generale per il monitoraggio a lungo termine. Questo "rientro" evita la frammentazione, valorizza il ruolo del MMG e garantisce la continuità di cura.

Terapie innovative: una sfida condivisa

L'arrivo delle nuove terapie farmacologiche, dai GLP-1 agonisti fino al dual agonist tirzepatide, rappresenta un

punto di svolta. La loro efficacia sul calo ponderale e sul miglioramento dei parametri metabolici e di riduzione del RCV, cambia la prospettiva clinica, ma apre anche a nuove esigenze organizzative.

Il MMG non è un semplice prescrittore diretto o indiretto, ma resta il professionista che accompagna il paziente nella gestione quotidiana: monitora tollerabilità e aderenza, valuta l'impatto sulle comorbidità, rafforza la motivazione. In questo senso, i farmaci innovativi non riducono, ma amplificano la necessità di sinergia tra territorio e centri specialistici, perché richiedono percorsi chiari di selezione, avvio, monitoraggio e follow-up.

Reti cliniche e modelli organizzativi

Affinchè la collaborazione sia concreta servono reti cliniche strutturate. Il modello **hub & spoke** rappresenta una soluzione efficace: i centri hub, multidisciplinari e di alta specializzazione, gestiscono i casi complessi e avviano le terapie innovative; gli spoke – Case della Comunità, ambulatori territoriali e studi di MG – seguono i pazienti in fase di stabilizzazione, offrendo prossimità e continuità. (Fig. 2). In questo schema, nessuno dei due livelli è autosufficiente: gli hub garantiscono

alta specializzazione, multidisciplinarietà, eccellenza e innovazione, gli spoke assicurano prossimità e continuità. Come in altre patologie croniche, **l'equilibrio tra territorio e centri specialistici non è immutabile** ma dipende dalla gravità del quadro clinico: i pazienti più complessi richiedono una presa in carico prevalente negli hub, mentre quelli a bassa intensità di cura possono essere gestiti soprattutto in medicina generale. Il Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale del Veneto per l'obesità rappresenta un modello molto avanzato di gestione multidisciplinare ed integrata.

In questo documento, le fasi del percorso – diagnosi, classificazione, criteri di invio ai centri hub, follow-up – sono definite con chiarezza e condivise tra i vari professionisti. Il risultato è una presa in carico più equa, con minore variabilità e maggiore appropriatezza clinica.

Barriere e opportunità

Restano tuttavia ostacoli significativi alla piena applicazione di questo modello. Sul **piano culturale**, molti pazienti non percepiscono ancora l'obesità come malattia cronica, e lo stigma culturale resta una barriera all'ingaggio e all'aderenza nei trattamenti non farmacologici e farmacologici. Sul piano **organizzativo**, i PDTA non sono diffusi in maniera omogenea sul territorio nazionale e le Case della Comunità sono ancora in una fase di sviluppo iniziale. Inoltre, l'accesso ai nuovi farmaci è limitato da **barriere economiche**, poiché non sono ancora rimborsati dal SSN, tranne che per le persone con diabete tipo 2. Le opportunità sono, tuttavia, concrete. Le innovazioni terapeutiche, la spinta organizzativa del PNRR e le esperienze virtuose di alcune Regioni rappresentano un'occasione per ripensare radicalmente la presa in carico delle persone con obesità. L'obiettivo deve essere quello di costruire una rete in cui ogni paziente trovi il giusto percorso di cura, senza sentirsi mai abbandonato.

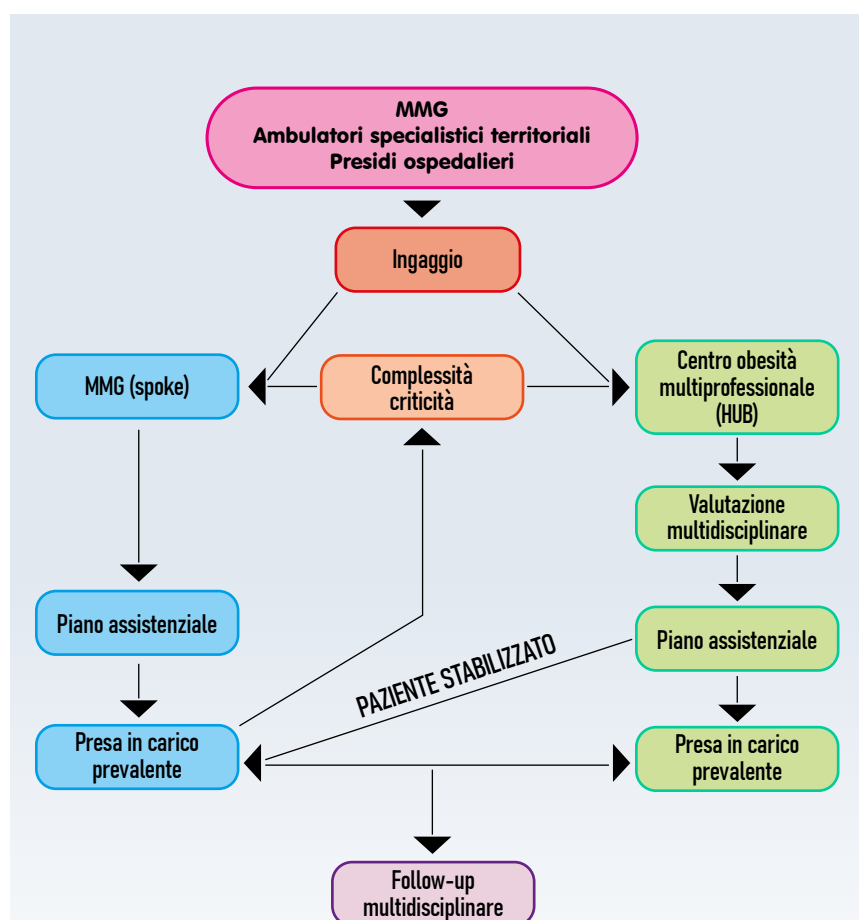


Fig. 2 Modello hub-spoke per la presa in carico integrata del paziente obeso

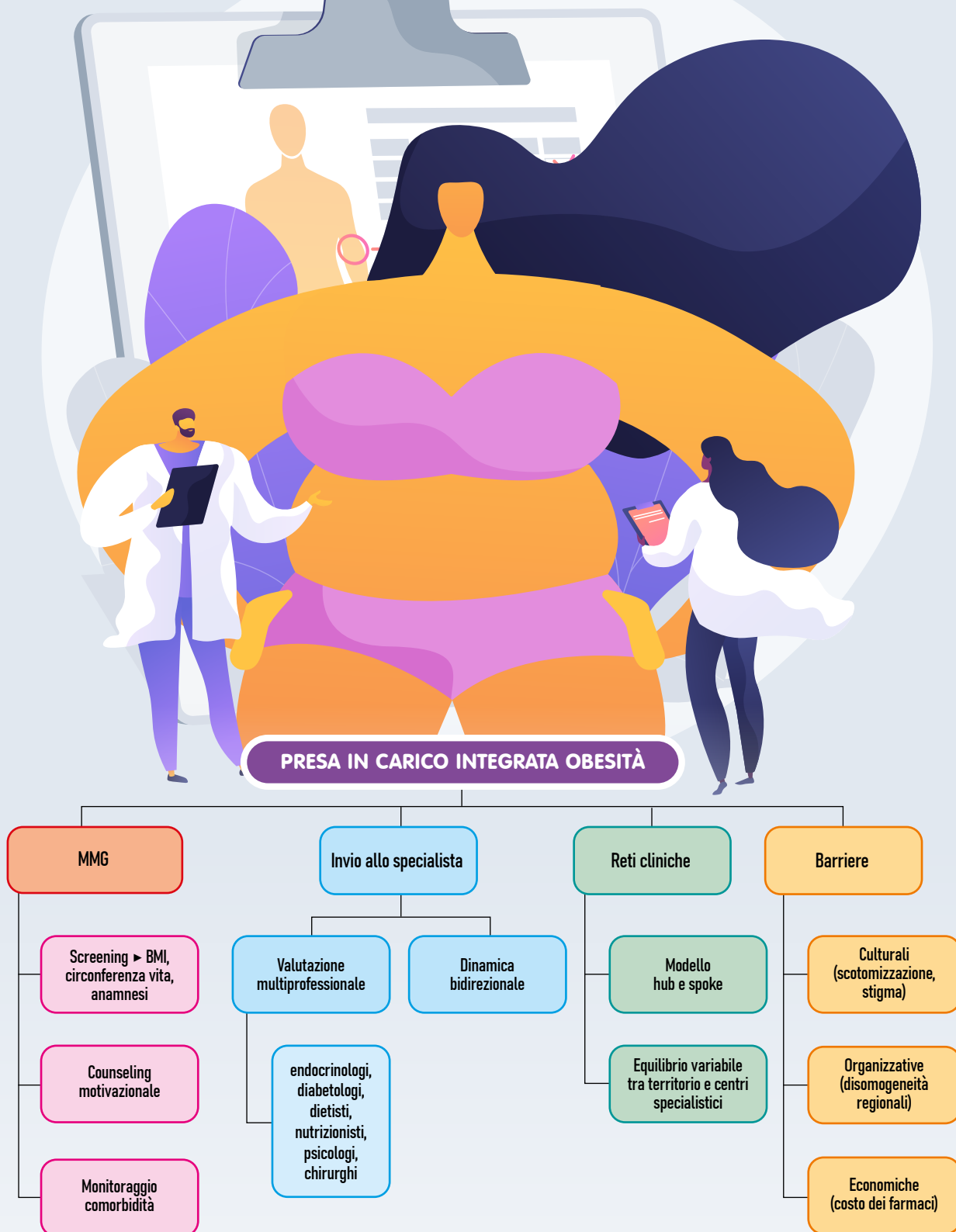


Fig. 3 Flow-chart di sintesi per la presa in carico integrata delle persone con obesità

CONCLUSIONI

L'obesità richiede un cambiamento culturale e organizzativo radicale: riconoscerla come malattia cronica, affrontarla con strumenti clinici adeguati e integrarla in percorsi strutturati (Fig. 3). Il MMG è il regista di questa presa in carico, ma ha bisogno di interagire con specialisti e centri dell'obesità multiprofessionali che ne amplifichino l'azione. Le nuove terapie farmacologiche offrono prospettive inedite, ma proprio per questo necessitano di una gestione ancor più condivisa ed integrata. Solo così si potrà superare la frammentazione attuale e costruire un modello realmente integrato, equo e sostenibile.



SA CERTIFICATION

L'ENTE DI CERTIFICAZIONE DEI PROFESSIONISTI SANITARI

ACCREDITATO DA



SECONDO LA NORMA UNI CEI EN ISO/IEC 17024:2012



Vieni a scoprire le certificazioni che rilasciamo

www.sa-certification.it



Articolo a cura di

Gerardo Medea

Medico di Medicina Generale, esperto nella gestione del diabete e delle malattie metaboliche, responsabile nazionale della ricerca SIMG

Toolkit clinici: strumenti pratici per il Medico di Famiglia nella gestione dell'obesità

L'obesità è una malattia cronica che richiede una visione integrata, multidisciplinare, centrata sul paziente.

Per il Medico di Medicina Generale (MMG), abituato a gestire contemporaneamente molte patologie croniche, significa affrontare ogni giorno pazienti complessi che necessitano non solo di farmaci e controlli, ma anche di ascolto, motivazione e orientamento. In questo contesto, i cosiddetti toolkit clinici come schede informative, algoritmi, scale di valutazione, checklist e piattaforme digitali, possono fornire un supporto concreto.

Perché servono strumenti pratici per la gestione delle persone con obesità

Ogni MMG ha in carico decine di persone con obesità e centinaia in sovrappeso. Strumenti operativi codificati, aiutano il MMG a ottimizzare

tempi e il processo operativo poiché, fornendo organizzazione e metodo, permettono di:

- stratificare i pazienti per gravità e complessità,
- ridurre la variabilità clinica, uniformando l'approccio alle linee guida e ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA),
- facilitare il dialogo con gli altri specialisti e i team multidisciplinari,
- ottimizzare il tempo durante la visita.

Non sono dunque di semplici "accessori", ma veri e propri alleati per tradurre linee guida e PDTA nella pratica quotidiana.

Gli strumenti per la valutazione clinica

Il primo ambito in cui i toolkit si rivelano preziosi è la valutazione iniziale del paziente con obesità o sovrappeso. Misurare il BMI e la circonferenza vita sono gesti

semplici, attuabili con strumenti di bassissimo costo (bilancia e metro da sarta), ma di grande impatto clinico ed epidemiologico, se registrati in tutti i pazienti.

Questo approccio (ottenuto il permesso di rilevare il peso corporeo) è straordinariamente efficace (Fig. 1) per ingaggiare nel percorso di cura un paziente titubante o resistente ad



intraprendere un percorso di cura. L'utilizzo della scala di Edmonton (Edmonton Obesity Staging System) (**Fig. 2**) aggiunge un ulteriore livello di profondità, perché permette di classificare il paziente non solo in base al BMI, ma anche all'impatto clinico, funzionale e psicologico dell'obesità. È possibile così definire anche le priorità terapeutiche del paziente: dallo stile di vita, ai farmaci, fino agli interventi di chirurgia bariatrica e riabilitativi.

Più recentemente (2025) la Commissione “*The Lancet Diabetes & Endocrinology*” ha proposto una nuova classificazione dell'obesità, distinguendo tra “obesità preclinica”, definita da un eccesso adiposo (BMI+ almeno un altro parametro come la circonferenza addominale) con funzionalità d'organo preservata e “obesità clinica”, come condizione cronica sistemica, caratterizzata da eccesso adiposo più disfunzioni di uno o più organi o tessuti o limitazioni funzionali nelle attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, ecc.).

Accanto a queste scale, è utile disporre nella propria cartella clinica elettronica di schede strutturate per l'anamnesi, per raccogliere informazioni sulle abitudini alimentari, l'attività fisica, o su eventuali disturbi del comportamento alimentare, e di un diario strutturato per

monitorare peso, attività fisica, alimentazione e stato dell'umore. Fondamentale poi è disporre di una check-list standardizzata di esami ematochimici – glicemia, profilo lipidico, funzionalità epatica e renale - utile sia per l'inquadramento clinico iniziale, sia per il follow-up periodico. Si tratta di parametri semplici e veloci da rilevare, ideali per il setting della medicina generale, per ottenere informazioni utili per la diagnosi di obesità, delle comorbidità e dei fattori di rischio cardiovascolari.

Il paziente obeso deve essere inserito in un programma di controlli periodici come per tutte le altre patologie croniche come il diabete o l'ipertensione arteriosa. Alcune cartelle cliniche informatizzate già forniscono alert automatici per la misurazione del peso e per gli controlli periodici, suggerimenti circa gli esami per il monitoraggio e algoritmi decisionali.

Strumenti per migliorare la comunicazione con il paziente

Molti pazienti portano con sé il fardello di molti tentativi falliti di perdere peso e spesso anche un vissuto segnato dallo stigma.

Parlare di peso, dunque, non è mai neutrale. Il MMG dovrebbe conoscere le tecniche basilari della terapia cognitivo-comportamentale per



Fig. 1. Algoritmo per la gestione delle persone con obesità in MG (tratta da Dominique Durrer Schutz et al. European Practical and Patient Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care Obes Facts 2019;12:40–66)

affrontare il problema in modo rispettoso ed efficace. È fondamentale utilizzare tecniche di colloquio motivazionale e di ascolto attivo per ottenere la massima collaborazione e ridurre il rischio di suscitare diffidenza e resistenze.

Le regole fondamentali sono:

- Evitare la stigmatizzazione e l'uso di termini poco rispettosi
- Ascoltare il paziente con attenzione ed empatia
- Usare un linguaggio chiaro
- Coinvolgere il paziente nel piano di trattamento.

L'utilizzo di schede visive o le infografiche, aiutano il MMG a spiegare in modo semplice concetti complessi, per esempio perché l'obesità deve essere considerata una malattia cronica e non un semplice "difetto nella propria capacità di controllare l'assunzione del cibo".

Gli esperti suggeriscono anche di formalizzare e condividere dei veri e propri "contratti terapeutici", come la ricetta per lo stile di vita

(congiuntamente sottoscritta dal medico e dal paziente) per fissare obiettivi concreti e realistici e rinforzare la motivazione.

Gli strumenti per decidere in sicurezza: dalla terapia farmacologica alla chirurgia bariatrica

Negli ultimi anni il panorama terapeutico dell'obesità si è arricchito di nuove opzioni farmacologiche, dai GLP-1 agonisti fino al dual agonist GIP/GLP1 tirzepatide. Un toolkit aggiornato deve quindi includere schede sintetiche dei farmaci disponibili, con tutte le informazioni - criteri di eleggibilità, monitoraggio, controindicazioni - utili per una prescrizione consapevole e in sicurezza. Lo stesso vale per la chirurgia bariatrica: esistono diverse tecniche operatorie, ciascuna con specifici criteri di eleggibilità. Schede sintetiche

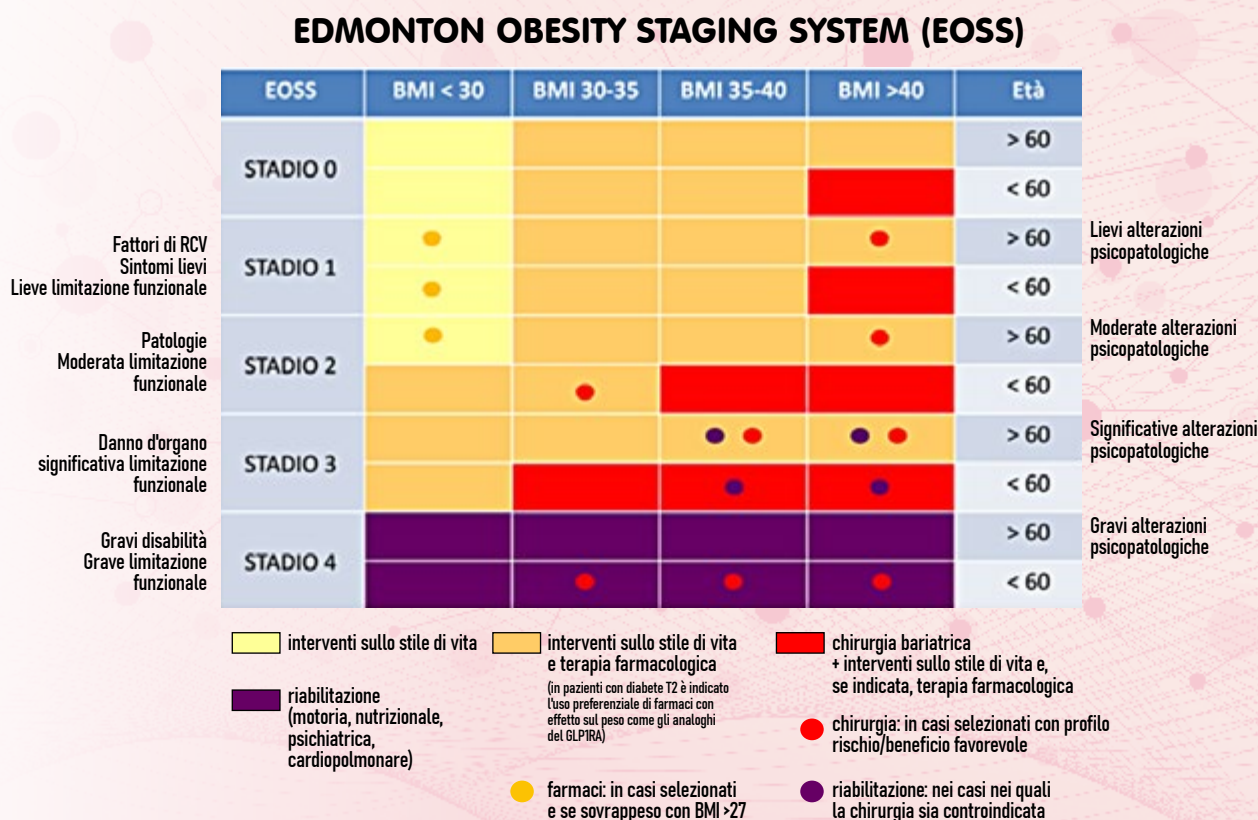


Fig. 2 Scala di Edmonton per la stratificazione delle persone con obesità (tratta da Sharma AM and Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. Int J Obes (Lond). 33 (3): 289–295, 2009)

possono supportare il MMG nella valutazione dell' idoneità del paziente, nella prescrizione degli accertamenti utili prima della consulenza chirurgica e nel follow-up post-operatorio.

Toolkit digitali e innovazione tecnologica

La digitalizzazione offre nuove e straordinarie opportunità, che possono alleggerire il carico del medico e responsabilizzare il paziente.

Alcune App consentono di registrare il peso, i parametri metabolici e l'attività fisica, generando report automatici condivisibili con il medico curante. Strumenti digitali di clinical governance come il GPG (General Practice e Governance) generano report individuali o dell'intera coorte di pazienti obesi, consentendo al medico di monitorare l'efficacia degli interventi messi in campo. Le piattaforme di telemedicina permettono follow-up a distanza, utili soprattutto

nei pazienti che vivono in aree marginali o hanno difficoltà di accesso nello studio del medico.

Conclusioni

I toolkit clinici (**Fig. 3**) non sono semplici manuali teorici da consultare, ma strumenti operativi che aiutano a tradurre le conoscenze in pratica.” Essi forniscono al MMG un concreto supporto per uniformare l'approccio al paziente, migliorare la comunicazione e rafforzare la collaborazione con gli specialisti. Per essere realmente utili questi strumenti devono essere però semplici, standardizzati e condivisi da tutto il team. L'obesità, come tutte le malattie croniche, richiede organizzazione e continuità nelle cure: senza strumenti adeguati il rischio è la frammentazione, con ricadute negative sulla salute delle persone e sulla sostenibilità del sistema. Dotare i MMG di toolkit aggiornati e accessibili significa dare più forza alla medicina territoriale e più opportunità anche terapeutiche alle persone con obesità.

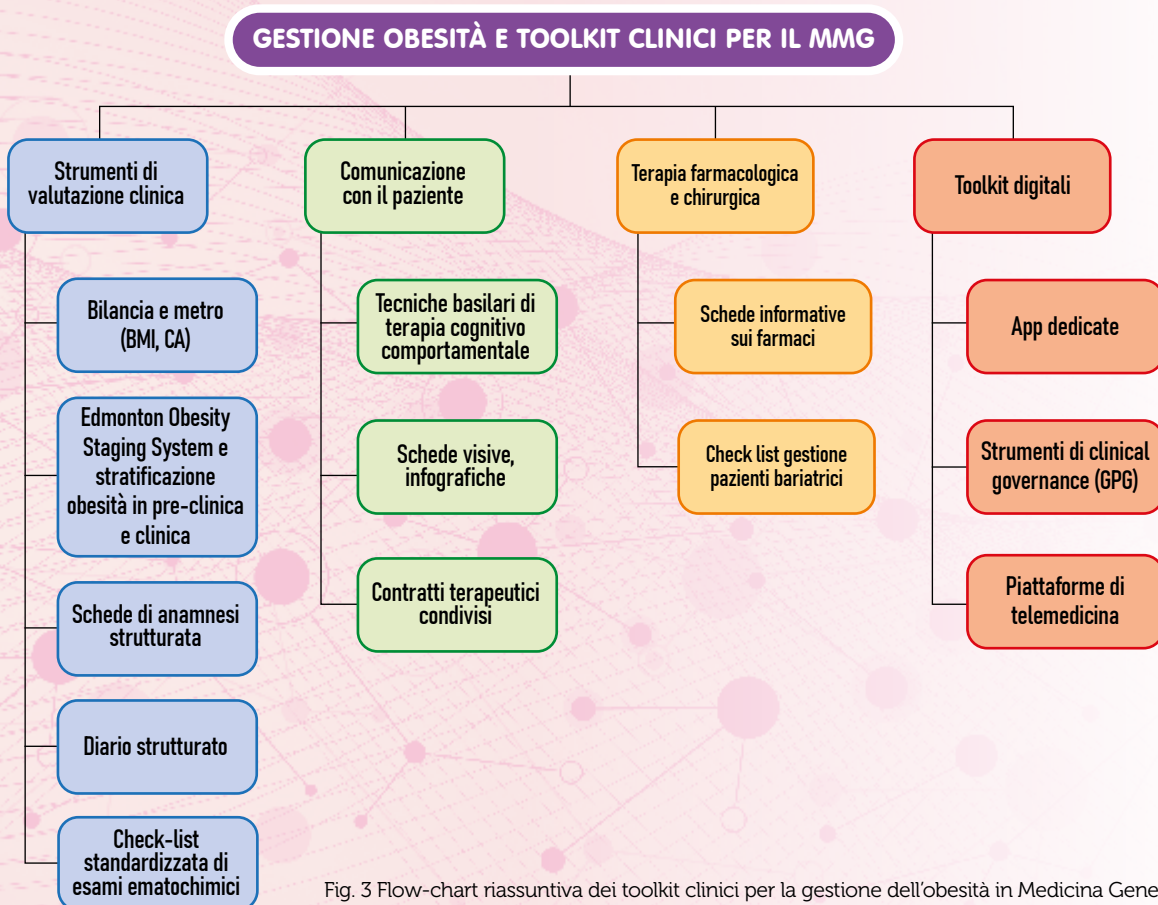


Fig. 3 Flow-chart riassuntiva dei toolkit clinici per la gestione dell'obesità in Medicina Generale

mm

SIMULAZIONE

medmagazine



Articolo a cura della
Redazione Med Magazine

Linee di indirizzo nazionali e regionali: il SIMGLab e la simulazione.

La nuova formazione del medico del futuro nell'obesità

INTRODUZIONE

L'obesità rappresenta una delle principali sfide sanitarie del nostro tempo. Non più solo un fattore di rischio, ma una patologia cronica a tutti gli effetti, con ripercussioni sistemiche, sociali, economiche. A fronte di una crescente prevalenza, è urgente ridefinire gli strumenti formativi a disposizione dei medici, in particolare del medico di medicina generale, primo interlocutore del cittadino. In questo scenario, le linee guida nazionali e regionali sulla formazione sanitaria si intrecciano con le nuove frontiere della simulazione, aprendo la strada a una formazione esperienziale, pratica, interattiva.

Linee di indirizzo: una cornice di cambiamento

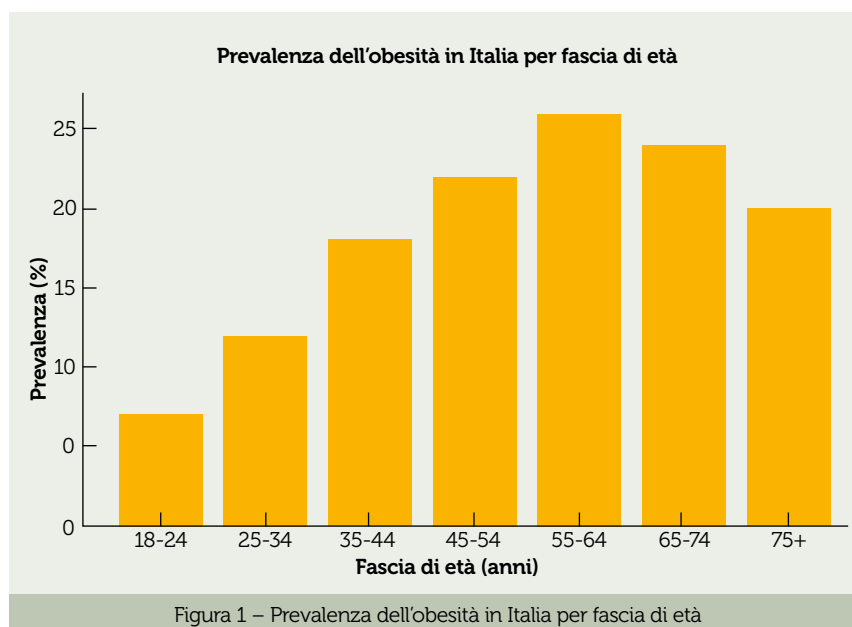
Le linee di indirizzo nazionali per la formazione continua in medicina, a partire dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, promuovono metodologie formative attive, con focus su competenze pratiche, comunicazione clinica, gestione multidisciplinare. Le Regioni, dal canto loro, stanno recependo e declinando questi principi in piani formativi locali, integrando la simulazione ad alta fedeltà e la formazione interprofessionale nei percorsi accreditati ECM. La formazione non può più basarsi solo sulla trasmissione teorica del sapere: il nuovo medico

deve essere in grado di applicare conoscenze complesse, interagire con pazienti difficili, affrontare situazioni critiche, spesso in team.

La Piramide di Miller ("sapere", "sapere come", "mostrare come", "fare") trova nella simulazione il suo completamento naturale: solo simulando, si impara davvero a fare.

SIMGLab: un laboratorio per la nuova Medicina Generale

In questo contesto si inserisce l'esperienza del SIMGLab, il laboratorio di simulazione della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), nato con l'obiettivo di



offrire ai medici di famiglia una formazione moderna, centrata sul paziente e basata sulla simulazione. SIMGLab rappresenta un punto di svolta: non si tratta di “fare pratica”, ma di imparare attraverso l’errore, in un contesto sicuro, realistico e riproducibile.

L’obesità è stato uno dei primi ambiti clinici in cui il SIMGLab ha sperimentato scenari simulati complessi, dove il medico deve:

- gestire il colloquio motivazionale;
- affrontare la comorbidità metabolica;
- coordinare interventi tra nutrizionisti, psicologi e centri specialistici;
- conoscere le opzioni terapeutiche, farmacologiche e chirurgiche;
- valutare le barriere comunicative e relazionali spesso presenti nel paziente obeso.

Perché la simulazione è strategica nella formazione sull’obesità

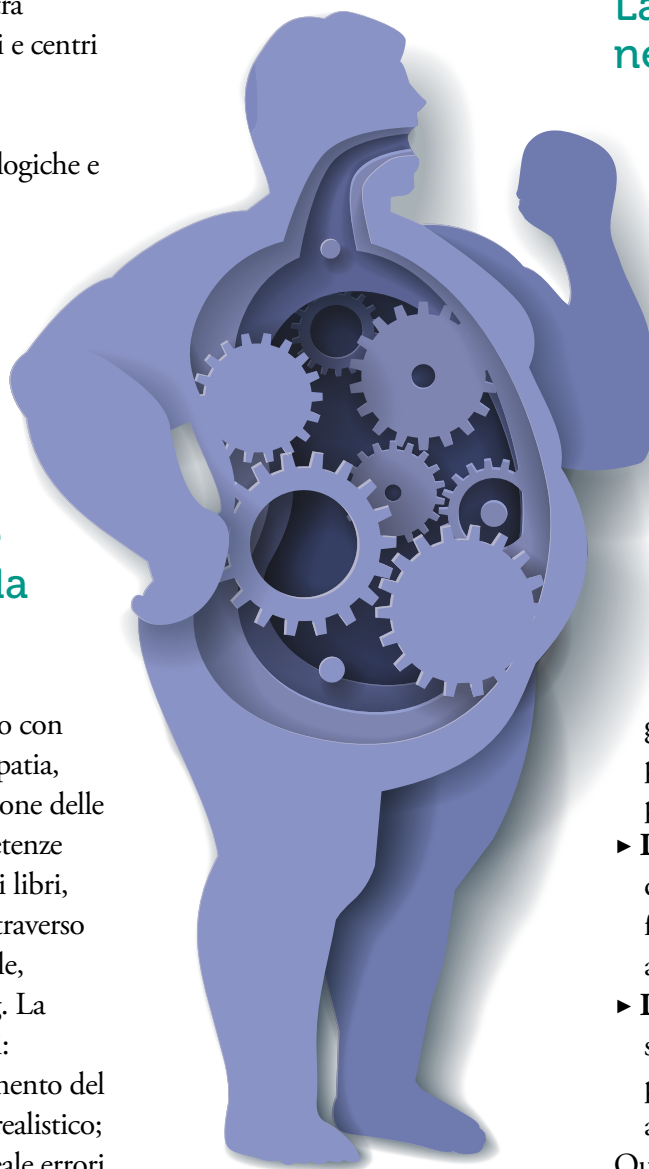
L’obesità non si cura solo con le linee guida. Serve empatia, capacità di ascolto, gestione delle emozioni – tutte competenze che non si insegnano sui libri, ma che si sviluppano attraverso la simulazione relazionale, il feedback, il debriefing. La simulazione permette di:

- osservare il comportamento del medico in un setting realistico;
 - correggere in tempo reale errori comunicativi e decisionali;
 - rinforzare l’alleanza terapeutica con il paziente simulato.
- L’utilizzo di manichini ad alta

fedeltà, attori professionisti, ambientazioni immersive e persino simulazione di scenari domiciliari rendono la formazione aderente alla realtà della medicina generale. Non è solo una questione tecnica, ma anche una palestra di umanità clinica.

Dal paziente simulato al paziente reale

La simulazione non è fine a sé stessa. È un ponte tra teoria e pratica, un modello



di apprendimento riflessivo, un acceleratore di competenze. I medici che si formano al

SIMGLab riportano un aumento dell’auto-efficacia percepita, una maggiore sicurezza nella gestione dell’obesità, un miglioramento nella capacità di lavorare in team e nella relazione medico-paziente. Non si tratta solo di imparare a prescrivere un GLP-1 agonista o a riconoscere un quadro clinico di sindrome metabolica, ma di entrare nella complessità del vissuto del paziente obeso, spesso stigmatizzato, scoraggiato, diffidente.

La simulazione nella gestione dell’obesità

La gestione dell’obesità richiede competenze cliniche e relazionali avanzate. La simulazione permette di esercitare entrambe, in scenari che riproducono fedelmente:

- **La prima visita del paziente obeso:** con simulazione della raccolta anamnestica e del colloquio motivazionale.
- **L’approccio multidisciplinare:** gestione coordinata con altri professionisti (nutrizionista, psicologo, diabetologo).
- **La prescrizione e follow-up:** dalla dieta al trattamento farmacologico, inclusi i nuovi agonisti del GLP-1.
- **Le resistenze del paziente:** simulazione di scenari con pazienti “difficili” o scarsamente aderenti.

Questi scenari vengono seguiti da debriefing strutturati, fondamentali per consolidare l’apprendimento e riflettere sull’azione clinica.

Un ulteriore punto di forza della simulazione nella formazione del medico di medicina generale (MMG) è la possibilità di strutturare veri e propri percorsi di ****formazione esperienziale in house****. Attraverso questi modelli, la simulazione non avviene solo in centri dedicati, ma può essere integrata nei contesti locali, all'interno degli studi medici o delle case della comunità. Questo approccio

consente di adattare la didattica ai bisogni specifici del territorio, coinvolgere i medici in maniera attiva e rafforzare il legame tra formazione e pratica quotidiana. I modelli in house permettono inoltre di formare gruppi coesi, migliorare la comunicazione interna e sviluppare competenze contestualizzate, mantenendo la centralità del paziente come riferimento costante dell'apprendimento.

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute – Piano Nazionale della Prevenzione 2020–2025.
- SIMG – Linee guida per la gestione dell'obesità nel setting della medicina generale, 2023.
- Miller GE – *The assessment of clinical skills/competence/performance*. Acad Med. 1990.
- Cook DA, Hamstra SJ, Brydges R, et al. *Comparative effectiveness of instructional design features in simulation-based education*. Med Teach. 2013.
- WHO – Obesity and overweight factsheet, 2023.
- Green M, et al. *Communication skills training using simulated patients in primary care: a systematic review*. BMC Fam Pract. 2011.
- AACE/ACE Obesity Guidelines – *Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity*, 2016.

CONCLUSIONI

LA SIMULAZIONE È GIÀ PRESENTE, IL FUTURO È ORA.

Le linee di indirizzo nazionali e regionali tracciano una strada chiara: la formazione del medico del futuro passa attraverso l'integrazione della simulazione nella didattica, l'approccio multidisciplinare e l'attenzione alle dimensioni relazionali. Il SIMGLab è una risposta concreta a questa sfida. L'obesità, come paradigma di patologia complessa e sistemica, è il terreno ideale per una nuova didattica basata sull'esperienza, sulla riflessione, sulla co-costruzione del sapere. Non si forma più il medico "che sa", ma il medico "che sa fare" – e che sa essere, prima di tutto, un alleato del paziente.

Simulazione Sanitaria ad Alta Fedeltà

Accurate
Learn. Practice. Improve.

VITS
VIRTUAL TRAINING SUPPORT

www.simulazioneinsanita.it



L'ESPERTO
RISPONDE

Intervista al Prof.

Giuseppe Navarra

Direttore DU di patologia Umana,
Università di Messina

AOU G. Martino – Messina

Presidente Società Italiana di
Chirurgia Bariatica (SICOB)

Tra chirurgia e farmaci: le nuove frontiere della cura dell'obesità



Professore, come si traccia oggi il confine clinico tra il paziente grande obeso eleggibile alla chirurgia bariatrica e il paziente con obesità di classe I, che invece può beneficiare di un trattamento farmacologico mirato? Inoltre, quali criteri devono guidare il Medico di Medicina Generale e lo specialista nel valutare l'indicazione più appropriata tra chirurgia e terapia farmacologica nei diversi profili di pazienti obesi?

Mi lasci fare una premessa. L'obesità va considerata a tutti gli effetti una patologia cronica, progressiva e recidivante, che richiede trattamenti prolungati e multifattoriali. La colpa personale non ha alcun ruolo: entrano in gioco fattori genetici, ambientali, psicologici e sociali. Il compito del MMG e dello specialista è accompagnare il paziente lungo un percorso personalizzato, informandolo e mettendolo in condizione di autodeterminarsi. Oggi le opzioni terapeutiche comprendono dieta, approcci cognitivo-

comportamentali, farmaci, procedure endoscopiche e chirurgia bariatrica (laparoscopica o robotica). In tutti i casi è fondamentale definire un target realistico di peso, non necessariamente di ulteriore riduzione, ma di mantenimento dei risultati ottenuti.

Obesità di Classe I (BMI 30–34,9)

- Prima linea: modifiche dello stile di vita, sempre incoraggiate.
- Dopo fallimento: la terapia farmacologica rappresenta l'opzione di scelta. I nuovi agonisti singoli o doppi permettono riduzioni di peso fino al 20% con profilo di sicurezza elevato, a condizione che siano assunti con continuità nel lungo periodo.
- La chirurgia va riservata a pazienti che non raggiungono i target con i farmaci, che preferiscono un trattamento definitivo, che sospendono la terapia per effetti indesiderati o che non possono sostenerne i costi.

Obesità di Classe II (BMI 35–39,9)

- Lo schema è sovrapponibile: la farmacoterapia è la prima opzione dopo i fallimenti dello stile di vita.
- La chirurgia diventa appropriata nei casi in cui i farmaci siano inefficaci, mal tollerati o rifiutati dal paziente, sempre nel rispetto delle preferenze individuali e delle comorbidità.

Obesità di Classe III (BMI ≥40)

- Qui il paradigma cambia: la chirurgia rappresenta l'indicazione principale.
- Anche con una riduzione di peso del 20% ottenuta farmacologicamente, molti pazienti resterebbero in condizione di obesità clinicamente significativa.
- La chirurgia bariatrica è oggi mini-invasiva e sicura (mortalità <0,5%), con efficacia a lungo termine documentata (perdita >20% del peso a 10 anni nel 75% dei casi).
- I farmaci possono essere utilizzati come trattamento ponte, o nei pazienti non candidabili all'intervento.

La tirzepatide si sta affermando come farmaco innovativo nel trattamento dell'obesità: quale ruolo può avere nella fase preoperatoria per migliorare la condizione clinica del paziente candidato alla bariatrica?

Potrei rispondere dicendo semplicemente che farmaci e chirurgia sono alleati e non nemici. Credo sarebbe sufficiente. Volendo entrare un po' più nello specifico, bisogna ricordare che per BMI molto elevati ben oltre 50, la riduzione di peso preoperatoria è importante al fine di ridurre il rischio operatorio. Si può quindi scegliere tra diverse tipologie di dieta, il posizionamento del pallone intragastrico e gli analoghi del GLP-1. In questo setting di pazienti, la tirzepatide ha un ruolo di primo piano in quanto, volendo fare un esempio, un paziente con BMI di 55 (170 cm. E 150 Kg) è in grado di ottenere in pochi mesi una perdita fino a 25-30 Kg consegnando al chirurgo un paziente intorno ai 120 Kg e con un BMI di poco superiore ai 40.

E nel post-operatorio, la tirzepatide può rappresentare un'opzione per consolidare i risultati della chirurgia e prevenire le recidive di peso? Quali evidenze abbiamo oggi a disposizione?

Nel postoperatorio la tirzepatide può essere utilizzata per ottimizzare il risultato di perdita di peso indotto dalla chirurgia una volta raggiunto il plateau, per combattere la ripresa di peso o ancora, se assunto già da poco dopo l'intervento, ad accelerare la perdita di peso. E' importante soprattutto il ruolo del farmaco nella ripresa di peso dopo chirurgia dal momento che gli interventi di revisione sono caratterizzati da un numero maggiore di complicanze postoperatorie e da una ridotta capacità di perdita di peso.

Guardando al futuro, come immagina l'integrazione tra Medicina Generale e Chirurgia Bariatrica in Italia, anche alla luce delle nuove terapie farmacologiche e delle sfide di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale?

Nel tempo avremo a disposizione farmaci sempre più potenti che devono però essere assunti con continuità per mantenere il loro effetto. La chirurgia sarà quindi rivolta sempre più a pazienti che rifiutano la 'dipendenza' dal farmaco, ai non responder, a coloro che svilupperanno effetti indesiderati ed a pazienti di classe di BMI particolarmente elevato.

Ricordiamoci che la chirurgia opera solo poco più dell'1% dei soggetti che avrebbero l'indicazione all'intervento. Man mano che i cittadini si renderanno conto che l'obesità è una patologia, credo che aumenterà tanto il ricorso al farmaco che alla chirurgia.



L'ESPERTO
RISPONDE

Intervista al Dott.

Claudio Cricelli

Presidente Emerito SIMG

Consapevolezza, fiducia e cura: la sfida del MMG



Qual è oggi il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione e nella gestione dell'obesità, considerata una delle principali emergenze sanitarie del nostro tempo?

Il Medico di Medicina Generale rappresenta il primo punto di contatto nel sistema sanitario e ha un ruolo fondamentale nella gestione dell'obesità. Il MMG può intercettare precocemente i pazienti a rischio attraverso il monitoraggio regolare di parametri come BMI, circonferenza vita e fattori di rischio metabolici. La continuità assistenziale tipica della medicina generale permette di seguire il paziente nel tempo, personalizzando gli interventi preventivi e terapeutici. Il MMG può inoltre identificare e gestire le comorbidità associate all'obesità come diabete tipo 2, ipertensione e dislipidemia.

Molti pazienti con obesità faticano a riconoscere la propria condizione come una malattia. Come può il MMG favorire una maggiore consapevolezza e una relazione di fiducia che faciliti il percorso di cura?

La costruzione di una relazione terapeutica efficace richiede un approccio non giudicante

ed empatico. Il MMG può utilizzare tecniche di counseling motivazionale per aiutare il paziente a riconoscere l'obesità come condizione medica complessa, influenzata da fattori genetici, ambientali e comportamentali, superando stigma e colpevolizzazione. La comunicazione dovrebbe focalizzarsi sui benefici per la salute piuttosto che sull'estetica, utilizzando un linguaggio rispettoso e person-first ("persona con obesità" invece di "obeso").

La gestione dell'obesità richiede un approccio multidisciplinare. In che modo il MMG può coordinare e integrare il proprio lavoro con specialisti, nutrizionisti, psicologi e servizi territoriali?

Il MMG può fungere da case manager, coordinando il percorso di cura attraverso l'invio appropriato a specialisti (endocrinologo, chirurgo bariatrico quando indicato), la collaborazione con dietisti e nutrizionisti per piani alimentari personalizzati, e il coinvolgimento di psicologi per affrontare aspetti emotivi e comportamentali. L'integrazione con i servizi territoriali, come i centri antidiabete e i percorsi di attività fisica adattata, è essenziale per creare una rete di supporto efficace.

Negli ultimi anni sono emerse nuove terapie farmacologiche e approcci innovativi per il trattamento dell'obesità. Qual è la posizione del MMG rispetto all'uso di questi strumenti e quali sono le principali criticità da affrontare?

L'avvento di farmaci come gli agonisti del GLP-1 (semaglutide, tirzepatide) ha aperto nuove possibilità terapeutiche. Il MMG deve valutare l'appropriatezza prescrittiva considerando indicazioni, controindicazioni e sostenibilità economica. Le criticità principali includono l'accesso limitato per costi elevati e rimborsabilità ristretta, la necessità di formazione specifica per la gestione di questi farmaci, e l'importanza di integrarli in un approccio complessivo che includa sempre modifiche dello stile di vita.

Guardando al futuro, quali politiche e quali riforme sanitarie ritiene indispensabili per rafforzare il ruolo del Medico di Medicina Generale nella lotta all'obesità e alle malattie croniche correlate?

L'obesità rappresenta una malattia cronica complessa, ad elevata prevalenza e con forte impatto sanitario, che richiede un approccio sistemico. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è la figura centrale per la prevenzione, la diagnosi precoce, il trattamento e il monitoraggio, ma necessita di strumenti, formazione e integrazione strutturata con la rete assistenziale. Per rafforzare il ruolo del MMG nella gestione di sovrappeso e obesità servirebbero:

- Formazione continua specifica sull'obesità e sua gestione
- Tempo dedicato per consulenze approfondite, con adeguamento dei carichi di lavoro
- Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) strutturati e condivisi
- Maggiore integrazione tra medicina territoriale e specialistica
- Rimborsabilità ampliata per farmaci innovativi con criteri di appropriatezza
- Investimenti in prevenzione primaria a livello di comunità
- Supporto tecnologico per telemedicina e monitoraggio remoto

Prospettive terapeutiche

Accanto agli agonisti GLP-1 già disponibili, sono in fase di sviluppo molecole innovative: dual e triple agonisti

recettoriali (GIP/GLP-1/glucagone), anticorpi anti-activina II per il miglioramento della composizione corporea, inibitori combinati SGLT1/2, modulatori endocannabinoidi di nuova generazione e agonisti dell'amilina (cagrilintide) anche in combinazione con GLP-1.

Gestione del sovrappeso (BMI 25-29.9)

Il sovrappeso, pur non essendo ancora obesità conclamata, richiede attenzione particolare del MMG:

Stratificazione del rischio:

- Valutazione della distribuzione del grasso (circonferenza vita)
- Identificazione precoce della sindrome metabolica
- Monitoraggio di prediabete e altri fattori di rischio cardiovascolare

Approccio terapeutico nel sovrappeso:

- Focus primario su interventi non farmacologici intensivi
- Considerazione di farmacoterapia in presenza di comorbidità significative
- Alcuni farmaci in studio mostrano efficacia anche nel sovrappeso con complicanze

Criticità

Il MMG deve affrontare sfide pratiche e regolatorie: accesso precoce ai farmaci tramite trial o programmi compassionevoli, necessità di aggiornamento costante, gestione delle aspettative dei pazienti, tempi di approvazione EMA/AIFA più lunghi rispetto a FDA, criteri di rimborsabilità limitanti e necessità di registri post-marketing.

Approccio integrato

La gestione deve considerare sovrappeso e obesità come un continuum, con interventi personalizzati basati sul rischio metabolico globale e l'uso di score validati (es. Edmonton Obesity Staging System). L'obiettivo è prevenire la progressione del sovrappeso verso l'obesità, anticipando l'accesso a terapie innovative quando appropriato.

Concludendo, il futuro richiede un MMG partecipe di network di ricerca clinica territoriale, competente nella gestione combinata delle nuove terapie, capace di identificare i pazienti candidabili e di collaborare precocemente con i centri specialistici. Meccanismi agili di valutazione e implementazione saranno essenziali per garantire equità, appropriatezza e reale efficacia terapeutica.



L'ESPERTO
RISPONDE

Intervista alla Dott.ssa

Iris Zani

**PRESIDENTE AMICI OBESI ONLUS
e FIAO (Federazione Italiana
Associazioni Obesità)**

Superare i pregiudizi: il ruolo delle associazioni e delle istituzioni



Presidente, quanto pesa ancora oggi lo stigma sociale e culturale sull'esperienza quotidiana delle persone con obesità?

Lo stigma pesa ancora tanto: condiziona le scelte di ogni giorno e ferisce la dignità, rendendo difficile vivere con serenità.

Quali sono le conseguenze più gravi che lo stigma può avere sulla salute psicologica e fisica dei pazienti?

Porta solitudine, sfiducia e dolore emotivo, fino a compromettere gravemente la salute psicologica e fisica.

In che modo le associazioni di pazienti, come Amici Obesi, possono contribuire a diffondere una nuova consapevolezza e a contrastare i pregiudizi?

Con le associazioni creiamo ascolto, sostegno e consapevolezza: aiutiamo a rompere stereotipi e a dare voce ai pazienti.

Spesso lo stigma si manifesta anche negli ambienti sanitari. Quali cambiamenti culturali e organizzativi sarebbero necessari per garantire un'accoglienza rispettosa e inclusiva nei percorsi di cura?

Servono accoglienza ed empatia: linguaggio rispettoso, spazi adeguati e un approccio che veda la persona oltre il peso.

Guardando al futuro, quali azioni concrete a livello istituzionale, scolastico e mediatico ritiene fondamentali per ridurre lo stigma e restituire dignità alle persone con obesità?

Ritengo fondamentali un impegno responsabile e sinergico di scuola, media e istituzioni: educazione al rispetto e all'inclusione, comunicazione priva di stereotipi e politiche pubbliche mirate sono strumenti essenziali per contrastare lo stigma e restituire dignità alle persone con obesità.



medmagazine

La rivista trimestrale di approfondimento medico-scientifico

Ti aspettiamo sul nostro portale
www.medmagazine.info

Segui tutti gli approfondimenti
e resta aggiornato sulle
ultime news

Sei un medico, un professionista
e vuoi collaborare con noi?

Vuoi aumentare la visibilità della tua
azienda? Fai pubblicità su questa
rivista!

Hai bisogno di un Editore specializzato
in pubblicazioni medico-scientifiche?

Inviaci una mail a:
medmagazine@medmagazine.info

Seguici sui nostri social:

Cerca **Med Magazine**
su Instagram, LinkedIn



mm

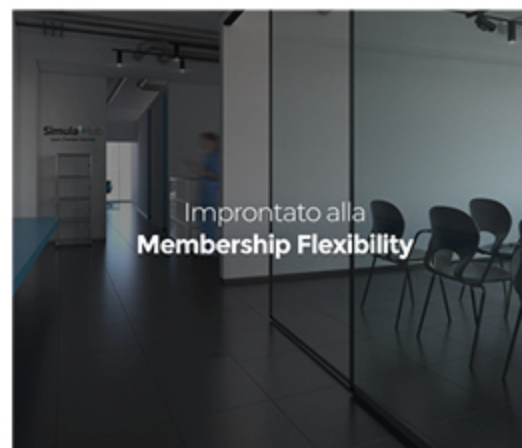
www.medmagazine.info



Simula⁺Hub

Learn. Practice. Improve.

Una Rivoluzione nella Simulazione Medica



Per maggiori informazioni
visita il nostro sito

accuratesolutions.it/simulazione/simula-hub

Proudly Powered by

Accurate
Learn. Practice. Improve.