

**INSTANT
BOOK**

EASO

European Association for the Study of Obesity



**3st EUROPEAN
CONGRESS
ON OBESITY**

12-15 MAY 2024 VENICE, ITALY



Introduzione

Oltre 3mila partecipanti, 80 sessioni, 300 speaker, 670 visual abstracts e più di 100 late breaking abstract. Sono questi i numeri che danno il senso dell'importanza del 31° European Congress on Obesity (ECO2024), il congresso annuale dell'Associazione Europea per lo Studio dell'Obesità (EASO) che si è svolto a Venezia pochi giorni fa.

Da molti anni, l'EASO porta avanti la battaglia per il riconoscimento dell'obesità come una malattia cronica, insieme a tutte le società nazionali compresa la Società Italiana dell'Obesità (SIO), che è co-organizzatrice di questo importante evento.

Obesità come malattia cronica perché legata ad alterazioni dei meccanismi che regolano il nostro bilancio energetico. Ricerche recenti hanno individuato possibili cause, in particolare legate agli aspetti genetici, così come alle interazioni con l'ambiente. Ma ci sono anche farmaci che possono produrre obesità, situazioni sociali che contribuiscono alla sua genesi e cibi che possono causarla, non per una questione di quantità ma piuttosto di qualità.

Una volta insorta, l'obesità provoca alterazioni della funzione del tessuto adiposo, a loro volta alla base dello sviluppo di molte complicanze, incluse quelle di tipo metabolico come il diabete ma anche cardiovascolari o molti tipi di neoplasia, generando un costo individuale, sociale e sanitario molto elevato. Per tutti questi motivi l'obesità va considerata una malattia cronica e come tale deve essere affrontata dal sistema sanitario delle varie nazioni che partecipano all'EASO.

Il Parlamento italiano già alcuni anni fa ha votato all'unanimità una mozione che chiedeva al governo di riconoscere l'obesità come malattia cronica e di prendere gli opportuni provvedimenti, e ora è in discussione una legge in tal senso che rappresenterebbe un traguardo raggiunto dall'Italia come primo paese in Europa.

Riconoscere l'obesità come malattia cronica significherebbe muoversi verso forme di prevenzione che non siano solo basate su iniziative dell'individuo o sull'educazione dei cittadini, ma anche poter fornire agli italiani che sono affetti da questa patologia possano ricevere un adeguato livello di trattamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Purtroppo fino a oggi l'obesità è stata più etichettata come una condizione e il SSN non si è fatto pieno carico della prevenzione e del trattamento, che significa garantire a tutti coloro che ne soffrono dei livelli adeguati di assistenza e percorsi terapeutici appropriati.

Il congresso è stata anche l'occasione per presentare la "Venice Declaration", un documento condiviso con l'EASO che sarà firmato dalle società nazionali che ne fanno parte e che ha suscitato molto interesse anche dalla World Obesity Federation. È una dichiarazione che si basa su tre concetti fondamentali, ovvero che l'obesità è una malattia cronica, che è una malattia trattabile e che il trattamento deve essere erogato in modo equo. Questo perché sono disponibili nuovi farmaci e

nuove metodiche di prevenzione, ma è noto che l'obesità è molto più frequente nelle fasce meno abbienti del Paese, con il rischio che si crei una situazione di "inequity, ovvero di disuguaglianza, in cui il trattamento adeguato viene ricevuto solo da una parte della società.

Trattare l'obesità richiede un approccio multidisciplinare, ma in questo momento la novità più rilevante è rappresentata dai nuovi farmaci, che sono in grado di correggere le alterazioni dei meccanismi che regolano il comportamento alimentare, il rapporto con il cibo e il dispendio energetico, andando a colpire la base fisiopatologica della malattia. Finora si è infatti cercato di curare i pazienti sostanzialmente con la modifica dello stile di vita, sicuramente importante a livello di prevenzione per molte patologie croniche, tuttavia nel caso dell'obesità questo approccio nella maggior parte dei casi non è sufficiente a controllare la situazione clinica nel lungo periodo.

Le nuove terapie hanno mostrato risultati importanti non solo sul peso, con riduzioni superiori a quanto si è potuto ottenere finora, ma anche in termini di benefici cardiovascolari. Questo non significa che il farmaco sostituisce la modificazione allo stile di vita, che resta fondamentale per un buon stato di salute generale, ma la affianca e la potenzia.

Il riconoscimento del fatto che l'obesità è una malattia che ha delle basi fisiopatologiche e che disponiamo di terapie per migliorare il funzionamento del nostro sistema di regolazione aiuterà anche a far comprendere al pubblico, ai medici, alle autorità sanitarie e alla politica che l'obesità è una malattia cronica e ad agire di conseguenza. Questo permetterà anche di voltare pagina nell'atteggiamento culturale nei confronti delle persone con obesità, perché c'è ancora molto stigma e colpevolizzazione del paziente.

Prof. Roberto Vettor

Co-Presidente di ECO2024, Direttore Clinica Medica 3 e Direttore del Dipartimento Assistenziale dell'Università di Padova

Prof. Luca Busetto

Co-Presidente di ECO2024, Vice-President for the Southern Region of European Association for the Study of Obesity



Sommario

- 05** Perché si è (finalmente) arrivati a definire l'obesità una malattia cronica?
- 09** La "Venice Declaration" per prevenire e trattare l'obesità al pari di tutte le altre malattie croniche non trasmissibili
- 14** Progetto di legge per riconoscere in Italia l'obesità come malattia cronica
- 19** Società Italiana Obesità punto di riferimento per l'obesità in Italia
- 23** Chiave di svolta una mostra fotografica per sensibilizzare e abbattere lo stigma sociale sull'obesità
- 28** Con semaglutide perdita di peso per almeno 4 anni e passaggio a una categoria di BMI inferiore per metà dei pazienti
- 33** Con semaglutide benefici cardiovascolari indipendenti dalla perdita di peso
- 38** Tirzepatide riduce peso e circonferenza della vita in tutti gli stadi di transizione della menopausa
- 41** Con survodutide migliorano i fattori di rischio metabolico
- 44** Con tirzepatide la perdita di peso non dipende dal BMI al basale o dalla durata del sovrappeso/obesità
- 49** Riduzione di peso, BMI e circonferenza della vita con un nuovo GLP-1 agonista orale non peptidico
- 53** Ridurre gradualmente la dose di semaglutide sembra aiutare a non riacquistare peso
- 56** Obesità infantile grave può dimezzare l'aspettativa di vita
- 61** Nei bambini obesi la fonte degli zuccheri è più rilevante della quantità
- 65** Rischio di decesso più elevato per i magri/sottopeso durante l'infanzia prima di essere obesi da adulti
- 69** Con dieta chetogenica perdita di peso, minore gravità dell'acne e migliore qualità di vita nelle donne con obesità
- 74** Aumento di peso più probabile se le cellule adipose sono piccole
- 77** L'esercizio aerobico riduce l'infiammazione e il rischio di malattie metaboliche
- 81** Diabete di tipo 2 più comune negli uomini obesi per una maggiore resistenza adiposa all'insulina?
- 84** Obesità, negli over 40 sarebbe opportuna una soglia di BMI più bassa
- 88** Nell'obesità rischio di decesso prematuro triplicato se i muscoli non sono in salute
- 92** I social media possono essere un ottimo strumento per parlare ai giovani dell'obesità



**Perché si è (finalmente)
arrivati a definire l'obesità
una malattia cronica?**

L'emergente epidemia di obesità e le relative conseguenze sulla salute hanno portato la Obesity Society (TOS) nel 2008 a pubblicare un documento di sintesi che definisce l'obesità come una malattia. Da allora, sono emerse nuove informazioni sui meccanismi sottostanti che portano all'eccesso di adiposità e ai disturbi strutturali, cardio-metabolici e funzionali associati.

La percezione della malattia varia in base alla cultura, alla classe, al genere, al gruppo etnico, al periodo storico, alle capacità diagnostiche, alle condizioni economiche prevalenti e a molti altri fattori. Nella cultura rinascimentale l'obesità era considerata uno status symbol che rifletteva la ricchezza e il potere di una persona, tuttavia, con le carestie e la fame ormai in declino, è rimasto l'interrogativo se l'obesità sia una malattia o semplicemente un comportamento socialmente inaccettabile che riflette una mancanza di forza di volontà.

Di fatto l'obesità non è solo alla base delle principali patologie croniche come malattie cardiache, cancro, ictus e diabete, ma può essere di per sé una grave condizione debilitante. L'Obesity Society ha pertanto avanzato una posizione inequivocabile confermando l'obesità come una malattia.

Il position statement della Obesity Society

Classicamente le malattie sono definite come "deviazioni dalla struttura o dalla funzione normale o sana di una parte, organo o sistema del corpo, causate da eziologie sottostanti, manifestate da sintomi e segni caratteristici e risultanti in conseguenze patologiche che influenzano la salute, le sensazioni o il funzionamento".

In questo contesto l'Obesity Society ha assunto la posizione che l'obesità è una malattia cronica multicausale riconosciuta in tutto l'arco della vita, derivante da un bilancio energetico positivo a lungo termine con sviluppo di adiposità in eccesso che nel tempo porta ad anomalie strutturali, disturbi fisiologici e disturbi funzionali. La malattia dell'obesità aumenta il rischio di sviluppare altre malattie croniche ed è associata a mortalità prematura. Come con altre malattie croniche, si distingue per molteplici fenotipi, presentazioni cliniche e risposte al trattamento.

Nello specifico, l'eccesso di adiposità al di sopra di una soglia predefinita può essere accompagnato, ma non limitato, a quanto segue:

- Anomalie strutturali come ipertrofia ventricolare sinistra, linfedema/stasi venosa, disturbi muscoloscheletrici, steatosi/fibrosi epatica
- Anomalie funzionali come reflusso gastrointestinale, incontinenza urinaria, disabilità/immobilità e presenza di fattori di rischio di malattie croniche, tra cui resistenza all'insulina, infiammazione cronica, dislipidemia e pressione sanguigna elevata, sterilità, età precoce al menarca nelle femmine e, con la gravidanza, feto di grandi dimensioni per l'età gestazionale e molteplici esiti avversi fetali e neonatali

- Segni e sintomi tra cui iperfagia in alcune condizioni, sindrome dell'apnea ostruttiva del sonno/ipoventilazione dell'obesità, ridotta tolleranza all'esercizio fisico e sintomi correlati alle anomalie strutturali e funzionali sopra indicate
- Rischio elevato rischio di mortalità prematura
- Aumento del rischio di comorbidità, incluso il portare a condizioni favorevoli allo sviluppo di oltre 200 malattie croniche

Disregolazione dell'assunzione alimentare e non un eccesso di peso corporeo

In medicina sono stati compiuti progressi significativi nella comprensione della fisiopatologia dell'obesità. La visione arcaica secondo cui l'obesità deriva da "gola o pigrizia" è stata ampiamente superata dal riconoscimento che si tratta di un disturbo neurocomportamentale ereditario altamente sensibile alle condizioni ambientali.

Per descrivere la complessa patofisiologia sottostante all'obesità sono stati proposti diversi modelli. Secondo il "modello del bilancio energetico" il cervello è l'organo primario responsabile della regolazione del peso corporeo che opera principalmente al di sotto della nostra consapevolezza cosciente attraverso complessi segnali endocrini, metabolici e nervosi per controllare l'assunzione di cibo in risposta ai bisogni energetici del corpo e alle influenze ambientali.

Al contrario, il "modello dei carboidrati-insulina" propone che le risposte ormonali ai carboidrati altamente trasformati spostino la ripartizione dell'energia verso la deposizione nel tessuto adiposo, lasciando meno calorie disponibili per le esigenze metaboliche del corpo. Secondo questo concetto, l'aumento dell'adiposità provoca un eccesso alimentare attraverso effetti sull'appetito per compensare le calorie sequestrate o, in altri termini, l'aumento di peso non dipende dall'eccesso di calorie assunte quanto invece è esso stesso causa di un apporto energetico eccessivo.

Anche se questi modi di definire la patogenesi dell'obesità evidenziano la portata del disaccordo e delle controversie scientifiche in quest'area, rimangono allineati nel considerare il problema dell'obesità come una disregolazione dell'assunzione alimentare piuttosto che come un eccesso di peso corporeo.

Qualunque sia la causa alla base del disturbo neurocomportamentale dell'obesità, esso si manifesta solitamente come un eccessivo accumulo di tessuto adiposo disfunzionale. È diventato sempre più chiaro che il tessuto adiposo non è solo un deposito passivo ma anche un organo endocrino attivo, che produce ormoni tra cui la leptina e l'adiponectina e che, nelle persone obese, il tessuto adiposo funziona meno bene.

Questa nuova conoscenza ha portato a trattamenti migliori, come i farmaci GLP-1 agonisti che, come la chirurgia bariatrica, in genere portano a una significativa perdita di peso e a miglioramenti nella salute metabolica generale. Tuttavia non ne consegue necessariamente che gli effetti terapeutici siano causati dalla perdita di peso in quanto tale, infatti i miglioramenti metabolici dopo la chirurgia bariatrica si verificano rapidamente e precedono qualsiasi perdita di peso. Meglio piuttosto considerare che i trattamenti efficaci per l'obesità come la terapia farmacologica e la chirurgia agiscono per alterare l'influenza degli ormoni derivati dall'intestino e dal grasso sulle parti del cervello che controllano l'appetito.

Indice di massa corporea sempre meno adatto per definire l'obesità

Nella sanità pubblica, d'altro canto, si è posta un'enorme enfasi sul BMI piuttosto che sui meccanismi che innescano l'eccesso di assunzione di cibo e l'aumento di peso. Infatti, soprattutto a partire dagli anni '90, l'educazione sanitaria pubblica ha etichettato l'obesità come un indice di massa corporea (BMI) superiore a 30 kg/m² e alla maggior parte delle persone è stato insegnato a intendere l'obesità come riferimento a una categoria di BMI.

In questo contesto l'affermazione che l'obesità è una malattia sarà spesso vista come confusa, se non addirittura ridicola. La comprensione pubblica della malattia dell'obesità potrebbe quindi essere migliorata in modo significativo se fosse chiaro che, anche se la malattia di solito causa l'aumento del BMI, quest'ultimo (o l'aumento dell'adiposità in qualunque modo lo misuriamo) non è di per sé la malattia.

Questa distinzione è particolarmente importante data l'affidabilità relativa del BMI come predittore di altri stati patologici legati all'obesità. La soglia alla quale il BMI riflette l'adiposità in eccesso differisce infatti a seconda di diversi fattori confondenti. Gli approcci di apprendimento automatico, che utilizzano dati metabolomici, proteomici e del microbioma intestinale in ampi studi di coorte, stanno iniziando a svelare le complesse basi molecolari dell'eterogeneità nella relazione tra BMI ed esiti metabolici avversi.

Queste osservazioni hanno spinto organizzazioni come l'American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) e l'American College of Endocrinology (ACE) ad allontanarsi dal fare affidamento esclusivamente sul BMI e a enfatizzare un approccio incentrato sulle complicanze per definire le strategie terapeutiche e la prioritizzazione dei risultati, oltre ad alludere a una precisa base fisiopatologica proponendo la definizione di "malattia cronica basata sull'adiposità" come nuovo termine diagnostico per l'obesità.

Referenze

Jastreboff AM et al. Obesity as a Disease: The Obesity Society 2018 Position Statement. *Obesity*. 2019 Jan;27(1):7-9.

Steele M, Finucane FM. Philosophically, is obesity really a disease? *Obes Rev*. 2023 Aug;24(8):e13590.

EASO

European Association for the Study of Obesity



3st EUROPEAN
CONGRESS
ON OBESITY

12-15 MAY 2024 VENICE, ITALY

La “Venice Declaration”

per prevenire e trattare l’obesità

al pari di tutte le altre malattie

croniche non trasmissibili

È tempo di cambiare la narrativa globale sull'obesità: gestire l'obesità come malattia cronica e affrontare le disparità per sistemi sanitari sostenibili ed equi. È questo il messaggio della "Venice Declaration 2024" lanciata dal Lido di Venezia nella giornata conclusiva di "ECO2024", il 31° Congresso Europeo sull'Obesità, organizzato da EASO – European Association for the Study of Obesity.

Riconoscimento dell'obesità come malattia cronica non trasmissibile, equo accesso al trattamento, contrasto alla discriminazione, promozione di interventi basati sull'evidenza scientifica, adozione di un approccio olistico, favorendo lo scambio dei dati, miglioramento dell'accesso alle cure primarie, e non solo specialistiche, utilizzo dell'intelligenza artificiale per l'analisi dei big data: sono questi alcuni dei punti fondamentali evidenziati dal documento, lanciato da EASO in occasione del Congresso, con il contributo della WOF – World Obesity Federation e l'endorsement della Regione Veneto, il cui impegno messo in campo sul tema dell'obesità è testimoniato simbolicamente dall'aver ospitato, con ECO2024, proprio a Venezia uno dei massimi eventi scientifici a livello internazionale sul tema.

«La Venice Declaration perché tutti noi sappiamo che l'obesità è un grande problema di salute pubblica a livello mondiale e uno dei 5 "big killers", secondo un lavoro pubblicato sul NEJM. Nonostante la ricerca in enorme crescita e i nuovi farmaci, i dati epidemiologici ci dicono che ancora non abbiamo colpito nel segno» ha sottolineato il Prof. **Roberto Vettor**, Co-Presidente di ECO2024, Direttore Clinica Medica 3 e Direttore del Dipartimento Assistenziale dell'Università di Padova. «Per questo motivo la parola chiave che abbiamo voluto inserire in questo documento è "inequity", ovvero una disuguaglianza di trattamento dell'obesità rispetto alle altre malattie».

«Una disuguaglianza che impatta su diversi aspetti, come la presenza di politiche che incidano sul consumo del cosiddetto junk food, soprattutto da parte di chi ha minori disponibilità economiche, così come dal punto di vista scientifico e della ricerca. È questa "inequity" che spiega il trend in aumento dell'obesità nel mondo e che è quindi alla base di questa Declaration» ha continuato. «Una disuguaglianza anche nel nostro atteggiamento come professionisti, che fa sì che una persona con diabete o ipertensione inizia subito il trattamento mentre una persona con obesità prima si fa due anni di cambiamento di stile di vita e poi si valuta se avviare il trattamento».

In Italia il problema del peso riguarda oltre la metà degli adulti

L'obesità è una malattia cronica complessa che colpisce milioni di persone in Europa e nel mondo. Le persone adulte con obesità in Italia rappresentano il 12 per cento della popolazione, ovvero circa 6 milioni, a cui si aggiunge circa un altro 40 per cento di persone con sovrappeso, il che significa che nel nostro Paese un problema di peso riguarda oltre la metà degli adulti. Circa un bambino su tre in Europa ha un problema di sovrappeso o obesità, e i numeri dell'Italia sono in linea (circa il 30 per cento).

«In Italia la prevalenza dell'obesità nell'adulto è al di sotto della media europea, ma sfortunatamente abbiamo una prevalenza di obesità nel bambino che è tra le più alte in Europa e siamo ai primi posti di prevalenza di sovrappeso e obesità combinata, con un terzo dei bambini che ha problemi di sovrappeso» ha spiegato il Prof. **Luca Busetto**, Co-Presidente di ECO2024, Vice-President for the Southern Region of European Association for the Study of Obesity. «La prevalenza di obesità e sovrappeso sia nell'adulto che nel bambino aumenta man mano che ci sposta verso le regioni meridionali, anche se può sembrare paradossale considerando che avvicinandosi al Mediterraneo la dieta dovrebbe essere più salutare. Tuttavia questi dati sono molto influenzati dallo stato socioeconomico della popolazione, che non è uguale in tutte le regioni del nostro Paese, e in generale l'obesità è molto più frequente nei paesi o nelle regioni dei paesi che hanno lo stato socioeconomico più basso. Ci sono anche grosse differenze tra la prevalenza dell'obesità in chi vive in centro città e chi vive in periferia, in quest'ultimo caso con prevalenze che possono essere anche doppie».

Trattare l'obesità per prevenire lo sviluppo di molte patologie croniche

Dovuta a fattori molto diversi, quali la genetica, l'ambiente, il comportamento e i fattori sociali, l'obesità può causare notevoli problemi di salute per le persone che vivono con questa malattia e aumentare sostanzialmente il rischio di sviluppare altre malattie croniche, tra cui diabete, malattie cardiovascolari e tumori. Pertanto, l'incapacità di gestire l'obesità in modo appropriato ed equo all'interno dei sistemi sanitari mette ulteriormente a dura prova i sistemi stessi.

«L'obesità è una malattia cronica che deve essere diagnosticata e trattata nello stesso modo in cui trattiamo tutte le altre malattie croniche almeno di ambito endocrino metabolico» ha aggiunto Busetto. «La comunicazione mia e della Società Italiana dell'Obesità (SIO) di cui sono stato presidente è sempre stata orientata al riconoscimento dell'obesità come malattia cronica con le conseguenze che questo



CLICCA E GUARDA IL VIDEO

Durata: 13' 05"

Obesità: i temi chiave del Congresso ECO 2024

Prof. Luca Busetto

Il prof. Luca Busetto, Co-Presidente di ECO2024, Vice-President for the Southern Region of European Association for the Study of Obesity, illustra i temi chiave del Congresso di Venezia: perché l'obesità deve essere considerata una malattia cronica, l'importanza del suo riconoscimento legislativo, la "Venice Declaration" come momento chiave per puntualizzare i bisogni terapeutici e assistenziali dei pazienti. Abbiamo anche chiesto il suo punto di vista sui nuovi farmaci antiobesità che promettono di rivoluzionare l'approccio terapeutico. Fermo restando che l'alimentazione e lo stile di vita rimangono i due pilastri fondamentali del processo di cura.

deve avere sulla struttura anche del servizio sanitario, sull'organizzazione, sui costi e sui rimborsi».

È una malattia curabile, tuttavia l'accesso a un'efficace gestione multidisciplinare dell'obesità è spesso limitato, con maggiore impatto sulle fasce della popolazione meno avvantaggiate, più esposte per esempio al consumo di cibi meno sani (junk food).

Per tutti questi motivi, la “Venice Declaration 2024”, chiede un cambiamento nel dibattito globale sull'obesità, quale malattia che richiede una gestione completa e a lungo termine e non semplicemente una scelta personale. E rivolge un appello ai politici, le organizzazioni sanitarie pubbliche, i sistemi sanitari, gli istituti di ricerca e l'industria a:

- Riconoscere l'obesità come malattia cronica e dare priorità ad un accesso equo alle cure
- Affrontare i pregiudizi e le discriminazioni legate al peso
- Andare oltre le misure inefficaci e prive di prove per sviluppare interventi basati sull'evidenza e affrontare i fattori ambientali e socioeconomici che influenzano l'obesità
- Investire in un approccio globale, compreso il sostegno alla nuova ricerca scientifica e agli strumenti di condivisione dei dati all'interno dello Spazio europeo dei dati sanitari
- Migliorare l'accesso ai servizi di gestione dell'obesità nell'assistenza primaria
- Sviluppare strumenti di intelligenza artificiale per contribuire ad affrontare le disparità sanitarie nella cura dell'obesità.

Affrontando l'obesità come problema di salute pubblica e smantellando le barriere alle cure, è concretamente possibile creare un futuro più sano per tutti.

«La Venice Declaration è una chiamata che intendiamo rivolgere a tutti i soggetti interessati a considerare l'obesità come una malattia e a pensare alla prevenzione e al trattamento dell'obesità al pari di come si pensa alla prevenzione e al trattamento di tutte le altre malattie croniche non trasmissibili» ha dichiarato Busetto. «Questo implica un miglioramento dell'assistenza per i pazienti che hanno già questa malattia, e che al momento attuale non ricevono a nostro avviso un trattamento equo, rispetto alle altre malattie, e richiede, dal punto di vista della prevenzione, degli interventi non più basati solo su delle scelte individuali, ma di tipo sistemico».



VENICE DECLARATION 2024

PRESS STATEMENT

**EQUITY
AFFORDABILITY
SUSTAINABILITY
ONE APPROACH TO HOLISTIC CARE**

It's time to change the global obesity narrative: manage obesity as a chronic disease and address disparities for sustainable, equitable health systems

Obesity is a complex, chronic disease impacting millions in Europe and globally. Driven by genetics, environment, behavior, and social factors, obesity can cause significant health challenges for people living with the disease and substantially increase their risk of developing other chronic diseases – including diabetes, cardiovascular diseases and cancers. Thus the failure to manage obesity appropriately and equitably within healthcare systems further strains these systems.

Obesity is treatable. Nonetheless, access to effective multidisciplinary obesity management is often limited, especially for less advantaged populations.

We call for a shift in the global conversation on obesity. It's a disease requiring comprehensive, long-term management, and is not a personal choice. We urge policymakers, public health organisations, healthcare systems, research institutions, and industry to:

- Recognize obesity as a chronic disease and prioritize equitable access to treatment
- Address weight bias and discrimination
- Move beyond ineffective, unevidenced measures to develop evidence based interventions, and to address environmental and socioeconomic factors influencing obesity
- Invest in a comprehensive approach, including supporting new scientific research and data sharing tools within the European Health Data Space
- Improve access to obesity management services in primary care
- Develop AI tools to help address health disparities in obesity care

By addressing obesity as a public health issue and dismantling barriers to care, we can create a healthier future for all.



Progetto di legge

per riconoscere in Italia

l'obesità come malattia cronica

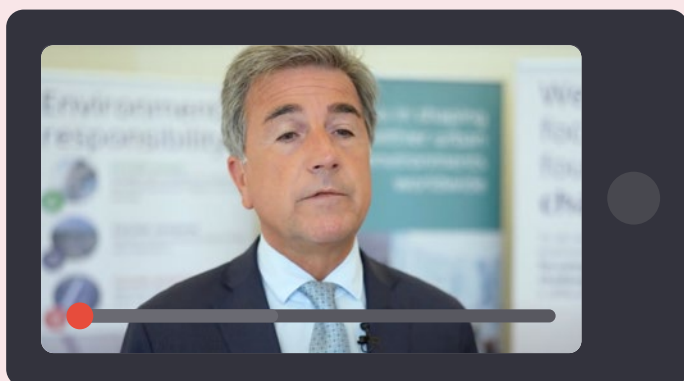
L'Italia ambisce ad avere la prima legge al mondo sull'obesità che la riconosca come una malattia cronica. Si tratta della proposta di legge (PdL) contenuta nell'Atto della Camera dei Deputati n.741 della XIX Legislatura del 28 dicembre 2022 su "Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità" di iniziativa del deputato On. Roberto Pella, Presidente dell'Intergruppo parlamentare "Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili" e primo firmatario di questa legge. La PdL è stata approvata il 28 maggio in Commissione Affari Sociali della Camera ed è stata calendarizzata per la votazione in Aula alla Camera nel prossimo mese di luglio.

La proposta di legge mira a ottenere il riconoscimento della malattia attraverso l'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale delle Cronicità, cercando inoltre di priorizzarne la presa in carico a livello nazionale e regionale attraverso iniziative volte, tra le altre cose, a garantire pieno accesso alle cure e ai trattamenti.

Con l'obiettivo di porre il tema dell'obesità al centro dell'agenda istituzionale, è stata inoltre depositata una mozione presso il Senato lo scorso 4 marzo, in occasione della Giornata Mondiale dell'Obesità, a firma dei Senatori Daniela Sbröllini, Elena Murelli, Guido Quintino Liris, Mario Occhiuto e Filippo Sensi. La mozione incorpora le istanze contenute nel "Manifesto per il contrasto all'obesità, come malattia cronica da affrontare in maniera sinergica multidisciplinare e olistica, libera da pregiudizi, stigma e discriminazione", presentato sempre il 4 marzo, e sottoscritto da oltre 20 organizzazioni in Italia.

Cosa prevede il progetto di legge

Presso la Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati è in corso l'esame delle Proposte di Legge recanti "Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità" (A.C. 741 e A.C.1509), a prima firma, rispettivamente, dell'On. Roberto Pella e dell'On. Andrea Quartini. Dopo l'iniziale abbinamento delle due proposte di legge, lo scorso 19 dicembre l'A.C. 741, a prima firma dell'On. Pella è stato adottato quale testo base per il proseguo dell'esame in Commissione.



CLICCA E GUARDA IL VIDEO

Durata: 05' 40"

Obesità: dalla vergogna alla cura, la proposta di legge per il riconoscimento come malattia cronica

On. Roberto Pella

Riconoscere l'obesità come una malattia vera e propria e affrontarla come una priorità nazionale rappresenta il nucleo centrale della proposta di legge attualmente in fase di discussione in Parlamento. Questa iniziativa legislativa mira a colmare un vuoto normativo e a garantire una risposta più efficace e coordinata alla crescente epidemia di obesità che colpisce la popolazione italiana. Ne abbiamo discusso con l'Onorevole Roberto Pella, Presidente Intergruppo Diabete e Obesità, primo firmatario di questa legge. Durante il 31° Congresso della Società Europea dell'Obesità, abbiamo approfondito i dettagli della proposta di legge e le sue implicazioni per la salute pubblica e il sistema sanitario nazionale.

La proposta di legge detta i principi fondamentali in materia di prevenzione e di cura dell'obesità, al fine di garantire la tutela della salute e il miglioramento delle condizioni di vita delle persone con questa malattia. Viene innanzitutto stabilito il principio che l'obesità, correlata ad altre patologie di interesse sociale, può essere definita come malattia cronica di interesse sociale.

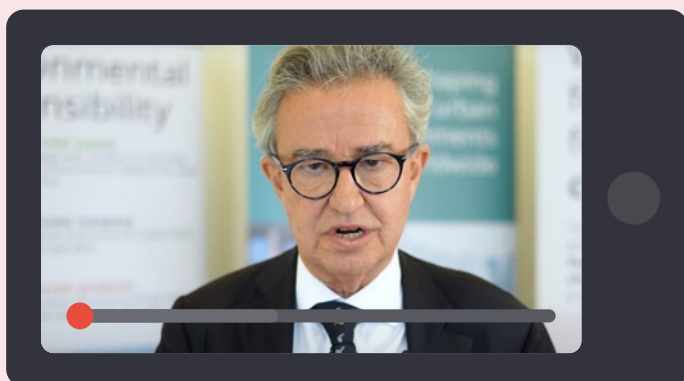
La PdL garantisce equità e accesso alle cure a tutte le persone, attraverso il pieno riconoscimento dell'obesità, grazie all'inserimento nel Piano nazionale della cronicità. A livello locale invece, Regioni e Province autonome sono tenute a predisporre, nell'ambito dei rispettivi piani sanitari territoriali, nel rispetto del Piano nazionale della cronicità, ogni iniziativa idonea diretta a fronteggiare la malattia.

Obiettivi della legge

Gli interventi devono essere indirizzati verso obiettivi quali:

1. la prevenzione e le relative complicanze (ad es. quelle cardiovascolari),
2. il miglioramento dei percorsi di cura e presa in carico,
3. l'inserimento delle persone con obesità nelle attività scolastiche, lavorative e sportivo ricreative,
4. la promozione delle attività sportive e della conoscenza delle principali regole alimentari nelle scuole e
5. la diffusione, mediante campagne di informazione permanenti, di regole per un corretto stile di vita.

«Gli obiettivi sono innanzitutto il riconoscimento dell'obesità come malattia, e credo che questo sia un punto fortemente significativo anche perché sarebbe la prima legge al mondo che va in questa direzione e che affronta il tema dello stigma e dell'integrazione di tutti» ha spiegato l'Onorevole. «Nel corso di questi anni ho avuto modo, nei tanti incontri, dibattiti e convegni, di conoscere tante persone e ho capito quanto sia molto sentito e fortemente richiesto da parte dei cittadini. Quindi è molto bello poter trasformare la proposta in una



CLICCA E GUARDA IL VIDEO

Durata: 05' 21"

Un nuovo capitolo nella lotta all'obesità: riconoscimento come malattia cronica e Piano Nazionale **Prof. Andrea Lenzi**

L'obesità è considerata una malattia cronica a causa della sua complessità e dei molteplici fattori che la influenzano. Abbiamo discusso di questo tema con il Prof. Andrea Lenzi, ordinario di Endocrinologia presso la Sapienza Università di Roma, durante il 31° Congresso della Società Europea dell'Obesità a Venezia. L'obesità richiede un trattamento a lungo termine e un approccio multidisciplinare. È importante includerla nel piano nazionale cronicità per destigmatizzarla, allocare risorse adeguate e implementare politiche pubbliche per promuovere uno stile di vita sano. Il Prof. Lenzi ha sottolineato che riconoscere l'obesità come una priorità nella politica sanitaria nazionale è fondamentale per affrontare le sue implicazioni sulla salute pubblica in modo efficace.

legge vera e propria che sancisca il riconoscimento e soprattutto l'aiuto concreto che lo Stato deve dare alle persone che affrontano oggi l'obesità».

Fra gli obiettivi fondamentali, anche la realizzazione di reti regionali per l'assistenza alla persona con obesità, attraverso l'integrazione dei centri di riferimento regionali per la cura della malattia con la chirurgia bariatrica e la medicina territoriale. Fra le novità introdotte dalla proposta di legge vi è inoltre l'istituzione dell'Osservatorio per lo studio dell'obesità presso il Ministero della Salute, con compiti di monitoraggio, studio e diffusione degli stili di vita della popolazione italiana.

«I punti chiave della proposta di legge sono in primo luogo il riconoscimento dell'obesità come malattia attraverso la condivisione a livello nazionale, regionale e territoriale, e quindi anche un sostegno economico che lo Stato deve dare a queste persone» ha spiegato a Pharmastar l'On. Pella. «Credo che questa legge sappia rispondere in maniera perfetta agli aspetti che vivono quotidianamente i pazienti perché non è una legge di iniziativa parlamentare ma una vera proposta di legge di approvazione che origina dalle speranze e dalle richieste dei pazienti».

La mozione Senatori Sbroccoli, Murelli, Liris, Occhiuto, Sensi

A rafforzare la richiesta di attenzione da parte delle istituzioni nei confronti dell'obesità, la mozione, incorporando i contenuti del Manifesto presentato lo scorso 4 marzo, identifica i punti di una road-map virtuosa, ovvero:

- riconoscere la patologia,
- dare priorità all'obesità come malattia non trasmissibile (NCD),
- costruire l'alfabetizzazione sanitaria,
- ottimizzare le strategie di prevenzione,
- migliorare i servizi alla persona con obesità.

La mozione sottolinea l'importanza di pervenire a un'inclusione governativa e parlamentare e del sistema sanitario dell'obesità come malattia cronica non trasmissibile (NCD) a sé stante, e di costruire una consapevolezza pubblica e politica delle complessità che ha l'obesità lungo il corso della vita della persona, per combattere la discriminazione e lo stigma sociale e istituzionale e consentire un processo decisionale più informato e consapevole.

Fra gli obiettivi fondamentali vengono individuati quello di garantire che i governi diano priorità alla raccolta di dati, alla generazione di evidenze e alle risorse necessarie per fornire azioni che contribuiscano efficacemente a prevenire o ridurre i fattori di rischio chiave per l'obesità (come quelli cardiovascolari) e di far sì che le persone che vivono con l'obesità o sono a rischio di obesità abbiano accesso a servizi sanitari adeguati lungo il corso della loro vita e a un supporto che sia privo di pregiudizi. La mozione chiede, infine, l'impegno del

Governo a realizzare un piano nazionale strategico integrato dell'obesità come malattia cronica.

«Il mio auspicio è che, come avvenuto per la mozione, anche questa legge abbia un consenso unanime da parte di tutte le forze politiche. Credo che nei prossimi 15 giorni approveremo in via definitiva il testo in commissione per poi portarlo in aula, e che tra giugno e luglio possa finalmente essere approvato in prima lettura e trasmesso al Senato» ha sottolineato Pella. «Se il Senato decide di approvare il testo così come esce dalla Camera dei Deputati, potrebbe diventare legge entro il prossimo novembre con l'obiettivo che sia attuata a partire dal primo gennaio 2025».



Società Italiana Obesità

punto di riferimento per l'obesità

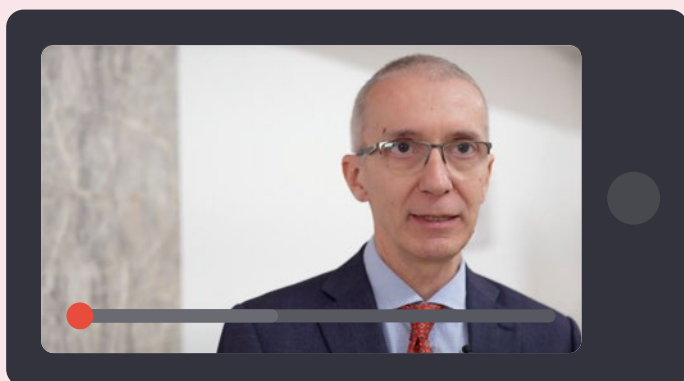
in Italia

Nata nel 2000 dall'unione di SISO e UICO, la Società Italiana Obesità (SIO) è la società scientifica che si occupa specificamente e approfonditamente della malattia obesità e delle sue complicanze ed è membro a pieno titolo della World Obesity Federation. È coinvolta nella stesura di linee guida nazionali e dichiarazioni di consenso sulla gestione dell'obesità in collaborazione con altre società scientifiche nazionali di rilievo. Si impegna inoltre regolarmente in discussioni con le associazioni dei pazienti, il Ministero della Salute italiano e il Parlamento italiano per promuovere cambiamenti nelle politiche legate all'obesità e migliorare l'accesso alle cure per le persone che vivono con l'obesità.

È una società multiprofessionale e multidisciplinare che si avvale del contributo di personale medico e di altre figure professionali come dietisti, farmacologi, farmacisti, psicologi e psichiatri per affrontare la dimensione obesità in tutte le sue sfaccettature. Ha affrontato in modo completo il problema ancora prima che, sia con la crescita dei numeri che con l'aumento delle possibilità terapeutiche, diventasse così attuale e sempre più compreso nella sua gravità e nel bisogno di offrire delle risposte.

«La cura dell'obesità purtroppo risente di carenze che sono strutturali e legate alla disponibilità di budget, ma anche culturali. Da un punto di vista pratico la SIO promuove le pratiche migliori e le terapie più appropriate, quindi quelle multidisciplinari, grazie a una rete di centri di avanguardia nelle varie regioni che offrono tutte le possibili soluzioni, compresa quella chirurgica» ha spiegato il Prof. **Rocco Barazzoni**, presidente della SIO.

«Dal punto di vista generale in Italia purtroppo siamo un po' indietro e l'obesità non è affrontata in modo adeguato. Manca la cultura di avere in ogni ospedale un centro obesità dedicato che riconosca tutte le professionalità necessarie» ha aggiunto. «Manca anche il riconoscimento del primo livello della medicina di territorio. Il medico di medicina generale purtroppo fa fatica ad affrontare l'obesità in modo strutturato come patologia».



CLICCA E GUARDA IL VIDEO

Durata: 04' 23"

Società Italiana dell'Obesità: obiettivi, sfide e priorità

Prof. Rocco Barazzoni

Di che cosa si occupa la SIO, la Società Italiana dell'Obesità, quali sono i suoi obiettivi e le sue attività? Abbiamo approfondito questi temi con il Prof. Rocco Barazzoni, presidente della SIO, in occasione del 31° Congresso della Società Europea dell'Obesità. La SIO è un'organizzazione dedicata alla ricerca, prevenzione e trattamento dell'obesità in Italia. I suoi principali obiettivi includono la promozione della comprensione dell'obesità come condizione complessa, l'educazione dei professionisti della salute, la sensibilizzazione del pubblico e la promozione di politiche sanitarie efficaci. Le attività della SIO comprendono l'organizzazione di conferenze, seminari e workshop e la collaborazione con istituzioni sanitarie e università per promuovere la ricerca.

In qualità di società scientifica, la SIO promuove la disseminazione della ricerca ai massimi livelli attraverso congressi, convegni, seminari e webinar. Ha anche una missione educativa che espleta attraverso attività educazionali nazionali, ha una scuola per i medici più giovani e delle attività formative regionali grazie all'energia che nasce dalle sezioni regionali diffuse su tutto il territorio nazionale.

«Dal punto di vista dell'advocacy la SIO cerca di essere anche attiva nel promuovere a livello istituzionale la necessità di affrontare l'obesità come malattia con un approccio completo, con le risorse e la consapevolezza necessarie che purtroppo ancora in larga misura mancano» ha fatto presente Barazzoni.

Riconoscimento dell'obesità come malattia

Anche se in ultima istanza l'obesità viene associata al peso corporeo, la concezione corretta contempla un aumento della massa grassa. Nella pratica clinica viene misurata attraverso la normalizzazione del peso corporeo in funzione dell'altezza, ovvero l'indice di massa corporea (BMI), dove un valore di 30 rappresenta la soglia patologica, 35 indica obesità più marcata e oltre 40 obesità grave

È sicuramente una malattia dal punto di vista clinico perché ha un impatto negativo sulla salute e costituisce un fattore di rischio per una lunga lista di problematiche che non sono solo il diabete, la malattia cardiovascolare e l'infarto, ma anche per malattia renale, malattia epatica, tumori e malattie osteoarticolari, per citarne alcune, ha affermato il presidente.

«Oltre a questo aspetto, la componente forse più sottovalutata e malintesa è che l'obesità è una vera e propria malattia perché non dipende dalla scelta di avere un comportamento sbagliato, una carenza di volontà o una volontà addirittura di intraprendere comportamenti pericolosi per la propria salute» ha sottolineato Barazzoni «È legata



CLICCA E GUARDA IL VIDEO

Durata: 08' 17"

Italia sovrappeso: le sfide della malattia del millennio e possibili soluzioni

Prof. Rocco Barazzoni

L'obesità è definita come un eccesso di grasso corporeo che può avere effetti negativi sulla salute, valutata comunemente con un BMI di 30 o superiore. In Italia, l'obesità è in aumento sia tra adulti che bambini, rappresentando una sfida significativa per la salute pubblica a causa delle sue complicanze, come malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2. Ne abbiamo parlato con il Prof. Rocco Barazzoni, presidente SIO, che abbiamo incontrato a Venezia in occasione del 31° Congresso della Società Europea dell'Obesità. Il Prof. Barazzoni ha spiegato che è una malattia multifattoriale influenzata da fattori genetici, ambientali, psicologici e comportamentali.

a regolazioni alterate dei meccanismi che conservano il nostro peso corporeo, quindi la regolazione dell'appetito e del dispendio energetico sono tutti fattori che nei soggetti con obesità sono predisposti a favorire un guadagno di peso che purtroppo esula dalla volontà della persona».

Oggi sono disponibili nuove soluzioni per contrastare la malattia

Fino a poco tempo fa, a parte la chirurgia bariatrica che tuttavia non può essere proposta come una soluzione globale al problema di tutti i pazienti, la risposta a una patologia così complessa è stata quella di modificare il comportamento, riducendo l'alimentazione e aumentando l'attività fisica.

«Al di là dell'efficacia o meno di questo approccio terapeutico dobbiamo tenere presente che nell'ottica della malattia, cioè del fatto che la persona non sceglie di comportarsi in modo sbagliato, l'approccio comportamentale purtroppo è destinato a essere difficilmente perseguito dal paziente» ha continuato Barazzoni. «Dobbiamo insegnare alle persone a mangiare in modo sano, a non aumentare di peso e a evitare i comportamenti più a rischio, però è difficile che per i pazienti con una malattia già conclamata questo possa risultare sufficiente».

In passato la terapia farmacologica ha avuto alcuni successi e ha aiutato molte persone, ma una nuova generazione di farmaci promette un'efficacia senza precedenti. Queste molecole, come i GLP-1 agonisti e i poli-agonisti che agiscono anche su altri sistemi ormonali, permettono di ottenere un calo ponderale superiore al 15-20%, un livello in grado di prevenire molte patologie gravi.

«Questi farmaci sono supportati da molte evidenze cliniche, essendo nati e ampiamente valutati per il trattamento del diabete. Li aspettiamo in Italia entro l'anno e speriamo che possano essere veramente integrati nella pratica clinica quotidiana» ha concluso.



CHIAVE DI SVOLTA

Chiave di svolta

una mostra fotografica

per sensibilizzare e abbattere

lo stigma sociale sull'obesità

Al congresso ECO sono state esposte le fotografie che fanno parte del libro *“Chiave di svolta – Storie e percorsi di persone con obesità”*, un'opera fotografica nata nel 2021 e realizzata da Amici Obesi Onlus con il contributo non condizionato di Novo Nordisk all'interno del progetto internazionale Driving Change in Obesity. Il libro fotografico raccoglie diverse testimonianze di persone con obesità ed è scaricabile gratuitamente sul sito www.amiciobesi.it.

Dedicato alla memoria di Marina Biglia, presidente di Amici Obesi Onlus da ottobre 2008 a dicembre 2018, il libro è un percorso immersivo nella malattia vista attraverso gli occhi di chi ci convive e vuole accendere i riflettori sull'obesità e su come questa possa essere affrontata.

Le fotografie, realizzate da Stefano Barattini, invitano a vedere le persone nella loro interezza, mostrando le loro fragilità, ma anche il desiderio di rinascita liberandosi della “prigione del peso”, per sensibilizzare e contrastare pregiudizi ed esclusione sociale e abbattere lo stigma sociale sull'obesità. I soggetti ritratti hanno raccontato frammenti della propria vita, talvolta anche intimi e profondi, per aiutare altre persone con problemi di peso che si trovano nella stessa situazione, nella speranza che possano trarne conforto e stimolo per un cambiamento e una rinascita.

Ancora oggi la disapprovazione sociale è una delle cause che, attraverso stereotipi, linguaggi e idee inadatte, ritrae l'obesità in modo negativo, impreciso e superficiale. Questo progetto fotografico vuole trasmettere il desiderio di cambiamento e il benessere legato alla cura di questa malattia attraverso un libro di rottura, che vuole avvi-



cinare il lettore alla comprensione dell'obesità nella sua interezza, in qualità di una vera e propria malattia che va trattata senza discriminare e colpevolizzare le persone che ne soffrono.

Le immagini spesso tendono a ritrarre gli obesi come persone golose, deboli, pigre, non attraenti, quasi asessuali, rinforzando l'idea diffusa che la perdita di peso e la magrezza rappresentino una via semplice e in un qualche modo indispensabile per raggiungere virtù, salute e successo. In una società votata all'efficienza apparente non c'è posto per le taglie forti, è come se nel mondo moderno non vi fosse spazio relazionale per la persona con obesità. In questo volume, invece, la foto vuole essere il mezzo per far meglio comprendere il problema a chi guarda e far capire quanto sia stato difficile il percorso della persona raccontata attraverso gli scatti.

«Il titolo "*chiave di svolta*" sottolinea il fatto che la persona che vive con obesità spera che prima o poi ci sia una svolta nel proprio percorso. Questo avviene quando il paziente diventa consapevole di dover chiedere aiuto e quindi prendono il via una serie di dinamiche per poter cercare di svoltare il proprio percorso di vita» ha spiegato **Iris Zani**, Presidente di Amici Obesi Onlus. «Le immagini raccontano storie molto diverse. Non tutte sono storie di successo, perché purtroppo l'obesità è una malattia molto complessa così come lo è il percorso di cura. La cosa molto importante è che queste persone si sono messe letteralmente a nudo, forse ancora più con il cuore e con l'anima che non fisicamente».

«Il messaggio che vogliamo dare alle persone che vivono con obesità in questo momento storico molto importante è che il paziente deve chiedere aiuto, che ce la può fare e che ci sono molte possibilità per potersi curare. Qualunque percorso voglia intraprendere è importante che si affidi a professionisti qualificati e centri multidisciplinari. Può anche rivolgersi alla nostra associazione per avere consigli e suggerimenti» ha aggiunto.





CLICCA E GUARDA IL VIDEO Durata: 03' 45"

"Chiave di Svolta": storie di rinascita di persone con obesità

Iris Zani

Iris Zani, presidente di Amici Obesi, ha presentato "Chiave di Svolta", una mostra fotografica sostenuta da un grant educativo di Novo Nordisk. La mostra, composta da 19 pannelli, racconta le storie di persone con obesità, con immagini realizzate in bianco e nero per non distrarre dal messaggio. Il titolo "Chiave di Svolta" rappresenta il momento cruciale nel percorso di una persona che vive con obesità, quando prende consapevolezza della necessità di chiedere aiuto e inizia un cambiamento significativo nella propria vita. Questo titolo evoca l'idea di un momento in cui si inizia un percorso di cura e trasformazione. Il messaggio principale è che l'obesità è una malattia complessa, ma con il giusto aiuto e supporto è possibile migliorarne la gestione.

LA VOCE DEI PAZIENTI

Amici **Obesi**

Amici Obesi nasce nel 2005 per colmare le esigenze informative sull'obesità in quanto malattia istituzionalmente riconosciuta e sui possibili percorsi di cura per affrontarla. Si trasforma in Amici Obesi Onlus nel febbraio 2015.

Il grande obiettivo dell'associazione è dare voce agli obesi e liberarli dalla paura di affrontare la malattia attraverso:

- materiale informativo sulle diverse tipologie di trattamento dell'obesità, ovvero terapie farmacologiche, chirurgia bariatrica, aspetti nutrizionali, aspetti psicologici
- informazioni sulle strutture che in Italia offrono un valido aiuto terapeutico per i problemi legati ai disturbi alimentari
- incontri con medici professionisti sui principali percorsi di cura con dibattiti e confronti e per evidenziare le patologie legate all'obesità e come affrontarle
- scambio di contatti fra pazienti obesi e/o ex-obesi per abbattere i muri del silenzio e della solitudine
- aiuto a tutti coloro che vogliono trovare la strada più giusta per affrontare questa malattia, nel rispetto del senso civico e morale e con un impegno concreto e gratuito

Beppe

L'obesità è una brutta bestia

"Ero arrivato a pesare centottantacinque chili e **la vita con quel peso addosso era piuttosto problematica. Con il rischio anche di diabete tipo 2, che è familiare**".

Sin da ragazzino ho fatto migliaia di diete, molte volte hanno funzionato, poi riprendevo i chili con gli interessi. Arrivato alla soglia dei trentotto anni, ero abbastanza rassegnato a vivere quella condizione di obesità che in realtà è una condizione di malattia perché non tutti sanno che **l'obesità è una vera e propria malattia, una dipendenza dal cibo**. E, forse, neanche allora ne ero così consapevole.

Poi mi sono deciso, perché l'obesità mi aveva privato di troppe cose

Non potevo più giocare con i bambini, non potevo più giocare a palla a volo che era la mia passione. L'obesità ti priva anche dello status sociale al quale magari uno non dà peso però: **diventavo pesante e diventavo pesante con il tempo**.

Beppe

Obesity is a nasty beast

"I've had weight problems since I was a child.

"I used to have obesity, although I'm not completely out of the obesity phase.

I had come to weigh 400 pounds, and life with that amount of weight on was quite problematic. Plus the risk of type 2 diabetes which runs in my family".

Ever since being a child, I have done thousands of diets; many times they have worked, but then I gained back even more weight.

When I reached the age of 38, I was quite resigned to living a life of obesity, which is a disease. Not everyone knows that obesity is a real disease, an addiction to food.



SCARICA IL LIBRO





**Con semaglutide perdita di peso
per almeno 4 anni e passaggio
a una categoria di BMI inferiore
per metà dei pazienti**

Secondo i risultati di un'analisi dello studio SELECT presentata al congresso, il trattamento dell'obesità con semaglutide ha consentito una riduzione media del 10% del peso corporeo per almeno 4 anni e una diminuzione di oltre 7 cm della circonferenza della vita.

Semaglutide è un farmaco GLP-1 agonista prescritto principalmente per gli adulti con diabete di tipo 2, ma è approvato anche per la perdita di peso nelle persone con obesità o sovrappeso che hanno almeno un altro problema di salute. Nel 2023, lo studio SELECT (Semaglutide Effects on Heart Disease and Stroke in Patients with Overweight or Obesity) ha mostrato che gli adulti con sovrappeso o obesità ma senza diabete in trattamento con semaglutide per più di 3 anni avevano un rischio inferiore del 20% di infarto, ictus o decesso per cause cardiovascolari e hanno perso in media il 9,4% del peso corporeo.

Tra ottobre 2018 e giugno 2023, 17.604 adulti (di almeno 45 anni di età, per il 72% maschi) provenienti da 804 siti in 41 paesi, con sovrappeso o obesità (BMI di almeno 27 kg/m²), sono stati arruolati e trattati con semaglutide alla dose di 2,4 mg o placebo per una media di 40 mesi. In precedenza avevano avuto un infarto, un ictus e/o una arteriopatia periferica, ma non il diabete di tipo 1 o di tipo 2.

I ricercatori hanno valutato i marcatori dell'obesità, che includono la composizione corporea e la distribuzione del grasso (circonferenza vita e rapporto circonferenza vita-altezza, WHtR) per chiarire l'effetto di semaglutide sul grasso addominale centrale, che causa un rischio cardiovascolare maggiore rispetto all'obesità generale.

Perdita di peso significativa in tutte le tipologie di pazienti per almeno 4 anni

Nella prima analisi è risultato che il trattamento una volta alla settimana con semaglutide può produrre una perdita di peso clinicamente significativa e sostenuta e una diminuzione della circonferenza della vita per almeno 4 anni negli adulti in sovrappeso o obesi non diabetici, con un tasso inferiore di eventi avversi gravi rispetto al placebo.

Sono stati in grado di ottenere una perdita di peso sostenuta e clinicamente significativa uomini e donne di tutte le razze, età e dimensioni corporee, di tutte le provenienze geografiche.

«La nostra analisi a lungo termine della terapia con semaglutide stabilisce che una perdita di peso clinicamente rilevante può essere sostenuta fino a 4 anni in una popolazione geograficamente e razzialmente diversificata di adulti con sovrappeso e obesità, ma non con diabete» ha affermato il primo autore **Donna Ryan**, del Pennington Biomedical Research Center, New Orleans. «Questo grado di perdita di peso in una popolazione così ampia e diversificata suggerisce che potrebbe essere possibile avere un impatto sul carico di salute pubblica di molteplici malattie legate all'obesità. Mentre il nostro studio

Semaglutide: perdita di peso per almeno 4 anni e classe BMI inferiore per metà dei pazienti

Donna Ryan

La professoressa Donna Ryan, del Pennington Biomedical Research Center, New Orleans Donna presenta i principali messaggi emersi dallo studio SELECT dal punto di vista della perdita di peso a lungo termine. Evidenzia che l'uso di semaglutide per quattro anni è stato sicuro ed efficace nel lungo periodo; sottolinea che tutti i tipi di pazienti hanno beneficiato della terapia, perdendo peso. Discute anche dei risultati principali dello studio, indicando che la perdita di peso media riscontrata è stata leggermente inferiore rispetto ai risultati dei tradizionali studi sulla perdita di peso condotti su pazienti con obesità senza diabete.



CLICCA E GUARDA IL VIDEO

Durata: 06' 01"

si è concentrato sugli eventi cardiovascolari, molte altre malattie croniche tra cui diversi tipi di cancro, osteoartrosi, ansia e depressione trarrebbero beneficio da un'efficace gestione del peso».

Nel gruppo semaglutide, la perdita di peso è continuata fino alla settimana 65 ed è stata sostenuta per 4 anni (Fig. 1), con un calo ponderale medio del 10,2% e una riduzione di 7,7 cm delle circonferenza della vita in confronto rispettivamente all'1,5% e a 1,3 cm nel gruppo placebo. Allo stesso modo nel gruppo semaglutide il WHtR medio è diminuito del 6,9% rispetto all'1% nel gruppo placebo.

Questi miglioramenti sono stati osservati in entrambi i sessi e in tutte le categorie di razza ed età, indipendentemente dalla glicemia al basale o dal grasso corporeo metabolicamente non sano. Tuttavia le donne che assumevano semaglutide tendevano a perdere in media più peso rispetto agli uomini e i pazienti asiatici perdevano in media meno peso rispetto ad altre razze.

«Nello studio è stata riscontrata una perdita di peso leggermente inferiore a quella solitamente riscontrata nei trial clinici con semaglutide in soggetti con obesità senza diabete (11,5% vs 15%)» ha precisato la relatrice a Pharmastar. «Tuttavia bisogna tenere conto del fatto che SELECT ha arruolato una popolazione più anziana, che potrebbe non aver assunto la dose completa, e che non partecipava allo studio per perdere peso. I pazienti ricevevano consigli su come ridurre il rischio cardiovascolare e vivere una vita sana, quindi è logico aspettarsi una perdita di peso lievemente inferiore ma comunque clinicamente significativa, sufficiente per apportare molti benefici alla salute.

«Abbiamo provato a portare la dose di semaglutide fino a 2,4 mg alla settimana, come raccomandato per l'obesità, tuttavia il dosaggio non è stato aumentato quanto negli studi sulla perdita di peso ed è stato consentito ai pazienti di assumere dosi ridotte o di sospendere il trattamento. Pertanto in questa popolazione c'è stata una minore esposizione al farmaco, imitando quanto avviene nel mondo reale in cui i medici titolano la dose in base agli effetti collaterali».

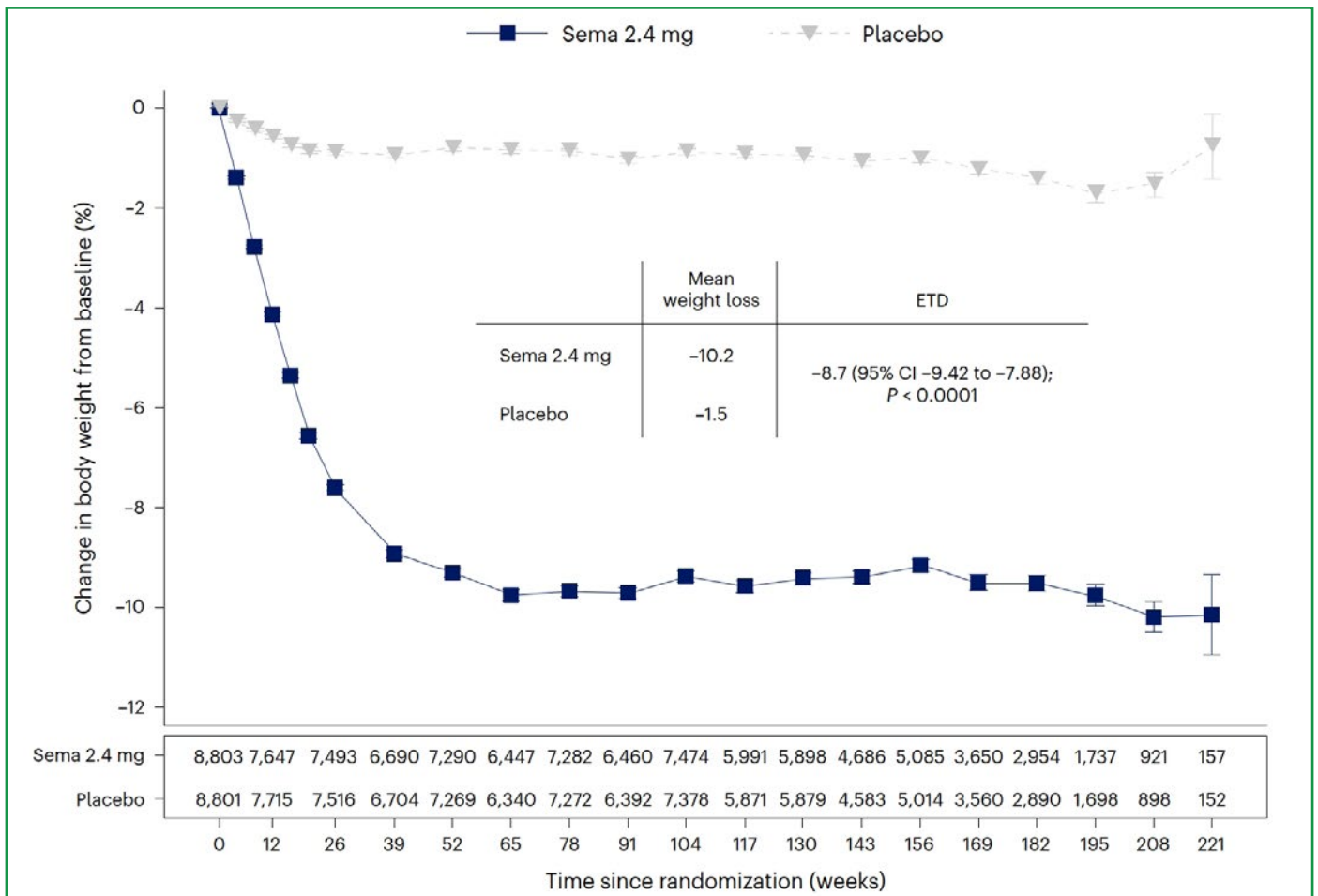


Figura 1 - Variazione percentuale del peso corporeo medio dal basale fino alla settimana 208 [Ryan DH et al.]

Metà dei pazienti sono passati a una categoria di BMI inferiore

Dopo 2 anni di trattamento oltre la metà (52%) dei partecipanti trattati con semaglutide era passata a una categoria di BMI inferiore rispetto al 16% di quelli sottoposti al placebo. Ad esempio la percentuale di soggetti obesi (BMI di almeno 30 kg/m²) è scesa dal 71% al 43% nel gruppo semaglutide e dal 72% al 68% nel gruppo placebo (Fig. 2). Inoltre il 12% degli adulti nel gruppo semaglutide ha raggiunto un peso sano (BMI fino a 25 kg/m²) rispetto all'1,2% nel gruppo placebo.

Per ogni categoria di BMI (<30, ≤30-<35, ≤35-<40 e ≥40 kg/m²) si sono verificati tassi più bassi (eventi per 100 anni di osservazione) di eventi avversi gravi (SAE) con semaglutide. La percentuale di soggetti con SAE è stata inferiore nel gruppo attivo rispetto al gruppo placebo (33% vs 36%), principalmente a causa delle differenze nei disturbi cardiaci (11,5% vs 13,5%).

Un numero maggiore di pazienti trattati con semaglutide ha interrotto lo studio a causa di sintomi gastrointestinali, tra cui nausea e diarrea, principalmente durante la fase di incremento della dose di 20 settimane. Il farmaco non ha comportato un aumento del tasso di pancreatite anche se ha portato a tassi più elevati di colelitiasi (calcoli nella cistifellea) rispetto al placebo.

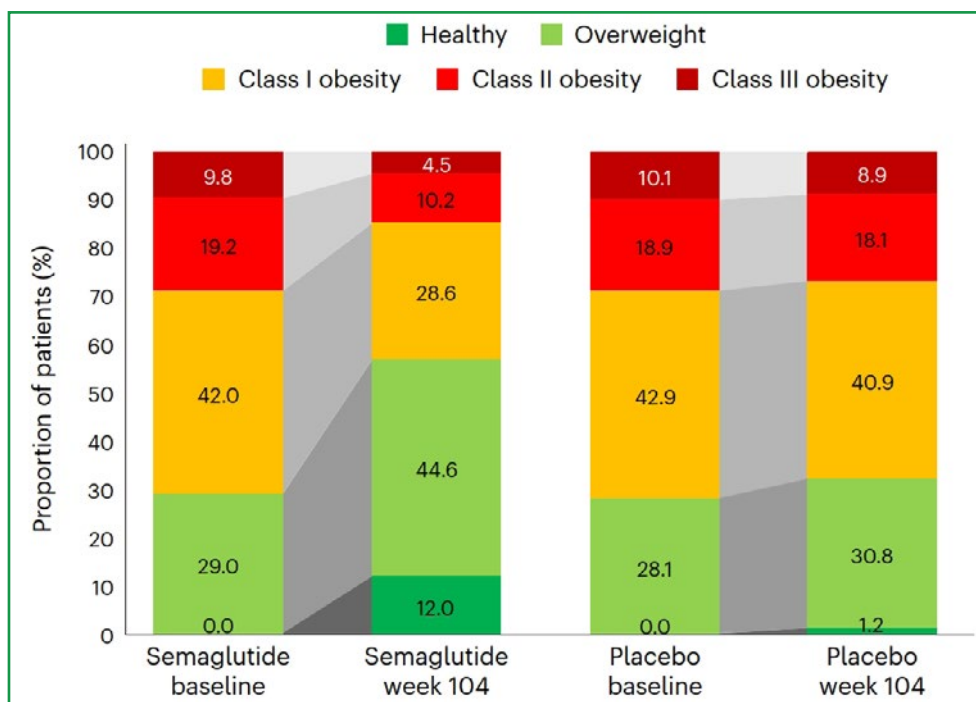


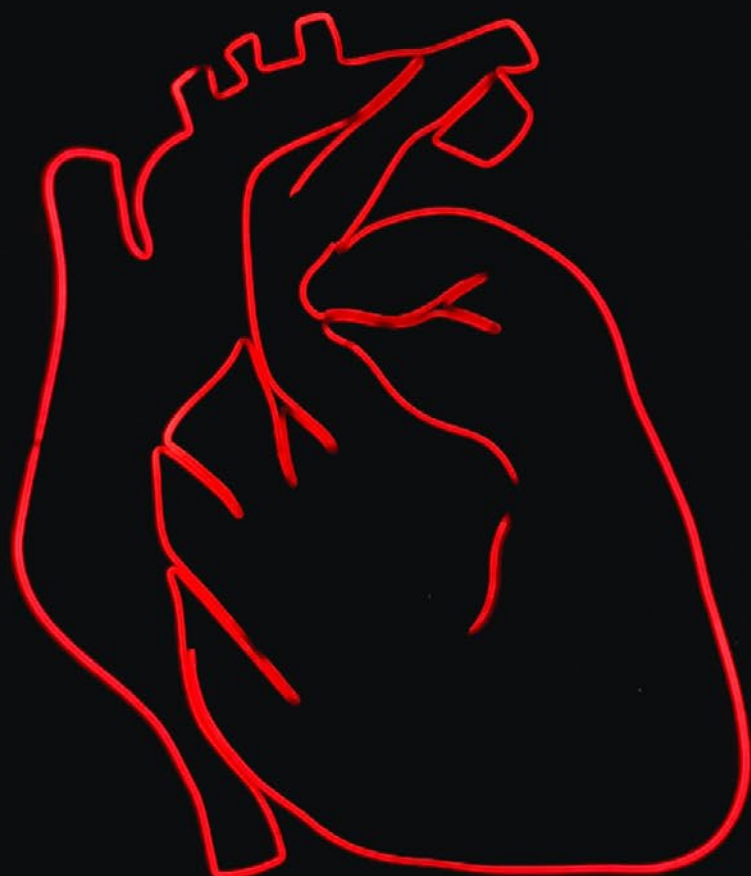
Figura 2 - Variazione della categoria di BMI (sano, sovrappeso, obesità di classe I, obesità di classe II e obesità di classe III) al basale e alla settimana 104 [Ryan DH et al].

«In conclusione, questa analisi dello studio SELECT supporta l'ampio uso di semaglutide 2,4 mg una volta alla settimana per via sottocutanea come ausilio per la riduzione degli eventi cardiovascolari nei soggetti con sovrappeso o obesità senza diabete ma con malattia cardiovascolare preesistente» hanno scritto i ricercatori. «Semaglutide 2,4 mg ha prodotto in modo sicuro ed efficace una perdita di peso clinicamente significativa in tutti i sottogruppi in base a età, sesso, razza, glicemia, funzionalità renale e categorie antropometriche. Inoltre la perdita di peso è stata mantenuta per 4 anni durante lo studio».

Referenze

Ryan DH et al. Long-term weight loss effects of semaglutide in obesity without diabetes in the SELECT trial. Nat Med [2024].

<https://www.nature.com/articles/s41591-024-02996-7>



**Con semaglutide benefici
cardiovascolari indipendenti
dalla perdita di peso**

Nello studio SELECT condotto su pazienti con sovrappeso o obesità e con malattia cardiovascolare accertata, ma senza diabete, è stata riscontrata una riduzione del 20% degli eventi cardiovascolari maggiori (MACE).

Una seconda analisi presentata al congresso ha valutato la relazione tra il peso al basale e la sua variazione durante lo studio con una serie di esiti cardiovascolari, tra i quali il tempo al primo evento MACE e le misurazioni dell'insufficienza cardiaca.

Semaglutide ha ridotto il rischio di MACE rispetto al placebo, con entità simile in tutti i sottogruppi di peso basale o antropometrici. Entro la settimana 20, il 62% dei pazienti in trattamento attivo e il 10% di quelli sottoposti a placebo avevano perso almeno il 5% del proprio peso corporeo. La riduzione dei tassi di MACE con semaglutide rispetto al placebo è stata simile nei pazienti che hanno perso $\geq 5\%$ e in quelli che hanno perso $< 5\%$ o hanno guadagnato peso (rapporto di rischio rispettivamente 0,67 e 0,85, P per l'interazione $> 0,10$) (Figura).

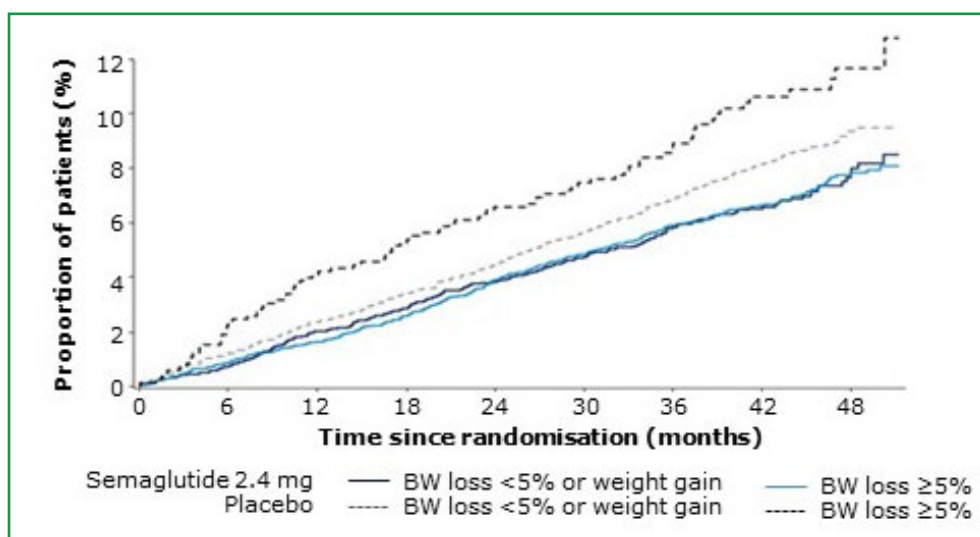
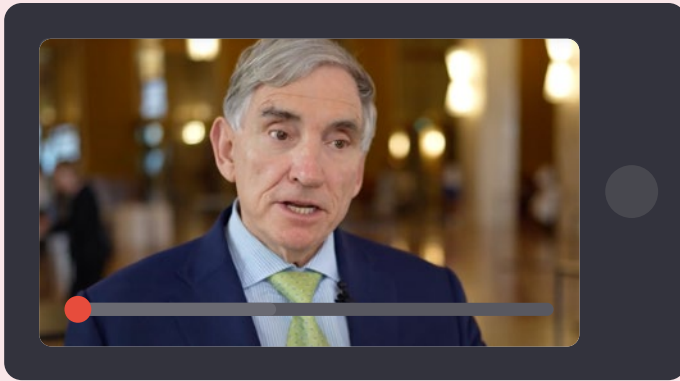


Figura - Tempo al primo evento MACE in funzione della variazione percentuale del peso corporeo

I tassi di MACE tra i pazienti trattati con semaglutide erano simili nelle due categorie di perdita di peso, mentre i pazienti trattati con placebo con una perdita di peso $\geq 5\%$ avevano tassi di MACE più elevati rispetto a quelli con un calo $< 5\%$ o che hanno guadagnato peso.

In sintesi, il trattamento con semaglutide ha apportato benefici cardiovascolari, indipendentemente dal peso iniziale e dalla quantità di peso perso, suggerendo che anche i pazienti con obesità relativamente lieve o quelli che perdono solo una modesta quantità di peso potrebbero ottenere tali benefici.

«Questi risultati hanno importanti implicazioni cliniche» ha sottolineato il primo autore **John Deanfield** dell'University College di Londra, Regno Unito. «Circa la metà dei pazienti che visito nella mia pratica cardiovascolare hanno livelli di peso equivalenti a quelli dello studio



CLICCA E GUARDA IL VIDEO Durata: 06' 01"

Con semaglutide benefici cardiovascolari indipendenti dalla perdita di peso. Studio SELECT **John Deanfield**

Il Professor Deanfield discute dei risultati dello studio SELECT. Lo studio ha esaminato se l'aggiunta di semaglutide, un agonista del recettore del GLP-1, potesse migliorare gli esiti cardiovascolari oltre alla terapia di base per la malattia cardiaca. I risultati hanno mostrato una riduzione del 20% degli eventi cardiovascolari maggiori nei pazienti che hanno ricevuto semaglutide rispetto a quelli che hanno ricevuto il placebo. I nuovi risultati mostrano che non c'è una relazione diretta tra le caratteristiche del peso dei pazienti e il beneficio cardiovascolare ottenuto con semaglutide.

SELECT e probabilmente trarranno beneficio dall'assunzione di semaglutide in aggiunta alla cura abituale dettata dalle linee guida».

«L'entità di questo effetto di semaglutide è indipendente dalla quantità di peso perso, suggerendo che il farmaco ha altre azioni che riducono il rischio cardiovascolare oltre a ridurre il grasso corporeo non salutare. Questi meccanismi alternativi possono includere impatti positivi sulla glicemia, sulla pressione sanguigna o sull'infiammazione, oltre a effetti diretti sul muscolo cardiaco e sui vasi sanguigni, o una combinazione di uno o più di questi».

Come Deanfield ha spiegato in un'intervista a Pharmastar, sono molte le possibili spiegazioni, ma la conclusione è che non si tratta semplicemente di perdere peso e che il medico può somministrare con fiducia questi farmaci in aggiunta alla terapia di base ai suoi pazienti affetti da malattie cardiache e aspettarsi un beneficio anche quando il loro peso non è particolarmente elevato.

«Man mano che comprendiamo di più sul farmaco e su come funziona potremmo scoprire che ci sono particolari sottogruppi di pazienti che stanno bene rispetto ad altri, come anche che molte persone in sovrappeso o obese e con malattie cardiache o altre patologie, come quelle renali, otterranno un beneficio da questi farmaci» ha aggiunto. «È davvero entusiasmante per il modo in cui possiamo gestire un gran numero di persone che soffrono di malattie croniche associate a profili di peso avversi. Tra un paio di settimane faremo un altro studio con semaglutide in pazienti con malattie renali e prevediamo anche in questo caso risultati molto favorevoli e che si aprirà un'altra area di prescrizione per questa classe di farmaci in persone con un'altra malattia cronica accertata».

Nonostante questi importanti risultati, gli autori hanno fatto presente che SELECT non è uno studio di prevenzione primaria, quindi i dati non possono essere estrapolati a tutti gli adulti con sovrappeso e obesità per prevenire i MACE. Inoltre, nonostante lo studio sia am-

pio e diversificato, non include un numero sufficiente di partecipanti provenienti da gruppi razziali differenti per comprendere i diversi effetti potenziali.

Un'opportunità importante per i pazienti ad alto rischio cardiovascolare

«SELECT è stato uno studio rivoluzionario perché per la prima volta si è cercato di dimostrare se un farmaco fosse in grado di ridurre gli eventi cardiovascolari in una popolazione di pazienti con obesità o sovrappeso, ma non diabete, ad alto rischio cardiovascolare, cioè con un precedente infarto del miocardio o ictus» ha osservato ai microfoni di Pharmastar **Paolo Sbraccia**, Professore Ordinario di Medicina Interna nel Dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna e Centro Medico dell'Obesità del Policlinico Tor Vergata. «Il fatto che il gruppo trattato con semaglutide ha ridotto gli eventi cardiovascolari del 20% in 4 anni circa è stato un grande successo, poiché ora in una popolazione ad alto rischio disponiamo di uno strumento non solo in grado di ridurre il peso corporeo ma di imprimere un miglioramento del rischio cardiovascolare».

Di fronte a risultati di tale portata ci si è domandati quali fossero i motivi, ha continuato. Certamente i pazienti riducono il peso e mantengono questa riduzione per tutta la durata dello studio, ma nello stesso tempo si riduce in maniera significativa l'infiammazione che sappiamo giocare un ruolo importante nel rischio cardiovascolare, così come si riducono anche la glicemia, i livelli di trigliceridi e la pressione arteriosa sistolica e diastolica, quindi migliorano tutti i fattori di rischio.

«Al congresso sono stati mostrati dati che sembrerebbero non attribuire questo risultato cardiovascolare alla riduzione del peso.



CLICCA E GUARDA IL VIDEO

Durata: 06' 36"

Semaglutide, farmaco che sfida l'obesità e protegge il cuore. Studio SELECT

Prof. Paolo Sbraccia

Al 31° Congresso della Società Europea dell'Obesità, abbiamo approfondito i risultati dello studio SELECT, condotto per valutare l'efficacia di semaglutide nel ridurre gli eventi cardiovascolari in pazienti sovrappeso o obesi, ma senza diabete. Abbiamo avuto l'opportunità di discutere di questo studio con il Prof. Paolo Sbraccia, Professore ordinario di Medicina Interna presso l'Università di Roma Tor Vergata e membro del Board nonché tesoriere dell'European Association for the Study of Obesity (EASO). Semaglutide è un agonista del recettore del GLP-1 e in alcune sotto-analisi dello studio SELECT presentate a Venezia ha dimostrato di ridurre anche l'infiammazione, i trigliceridi e la pressione. Questi risultati non erano correlati alla riduzione del peso, ma ad un effetto intrinseco del farmaco.

Confrontando i pazienti che erano dimagriti di più con quelli che erano dimagriti meno dopo la 20esima settimana, che è il momento di massima riduzione del peso dopo l'aumento progressivo del dosaggio, la riduzione degli eventi cardiovascolari è stata la stessa» ha aggiunto Sbraccia. «Quindi questo farebbe pensare che ci sia un'azione intrinseca del farmaco in grado di ridurre l'aterosclerosi e migliorare la funzione cardiaca oppure che altri aspetti, come per esempio l'infiammazione, abbiano dato il maggior contributo».

«Noi sappiamo che gli eventi cardiovascolari pesano enormemente sulla mortalità e anche sulla disabilità, e avere uno strumento che possa agire su questo aspetto è di incredibile importanza» ha concluso. «Dopo l'estate verosimilmente il farmaco sarà disponibile per i pazienti con sovrappeso (BMI di 27-30 in presenza di almeno una comorbilità legata al peso) o obesità (BMI di almeno 30), ma nello specifico ne potranno beneficiare ancora di più i soggetti ad alto rischio cardiovascolare. Bisognerà gestire al meglio questi aspetti anche insieme ai cardiologi, che finalmente grazie allo studio SELECT hanno compreso che l'obesità è una malattia importante».

Referenze

Deanfield J et al. Relevance of Body Weight and Weight Change on Cardiovascular Benefit with Semaglutide: A Pre-specified Analysis of the SELECT Trial. Abstract:1233 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



**Tirzepatide riduce peso
e circonferenza della vita
in tutti gli stadi di transizione
della menopausa**

Le donne che vivono con obesità o sovrappeso e senza diabete di tipo 2 trattate con tirzepatide hanno mostrato riduzioni significative del peso corporeo e della circonferenza della vita rispetto al placebo, indipendentemente dallo stadio di transizione della menopausa.

L'obesità è una malattia cronica progressiva associata a numerose complicanze e comorbidità. Inoltre, la carenza di estrogeni durante la menopausa influenza il metabolismo dei lipidi, l'omeostasi energetica, la resistenza all'insulina e la composizione del grasso corporeo, il che può portare ad un aumento del rischio cardiometabolico, che può ulteriormente incrementare per effetto dello stato post-menopausale.

Tirzepatide è un agonista dei recettori GIP e GLP-1 a somministrazione sottocutanea una volta alla settimana approvato per il trattamento del diabete di tipo 2 e dell'obesità. Nel programma di studi clinici SURMOUNT ha portato a sostanziali riduzioni del peso corporeo nelle persone che vivono con l'obesità.

Valutazione di tirzepatide sul peso corporeo e circonferenza della vita

In questa analisi post hoc le donne con obesità ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) o sovrappeso ($BMI \geq 27 \text{ kg/m}^2$ con almeno una comorbidità correlata al peso, escluso il diabete) che hanno preso parte agli studi SURMOUNT-1, -3 e -4 sono state randomizzate a ricevere tirzepatide (SURMOUNT-1: 5, 10 o 15 mg, SURMOUNT-3 e -4: dose massima tollerata di 10 o 15 mg) o placebo.

Sono stati inclusi i bracci di trattamento con tirzepatide 15 mg o alla dose massima tollerata di ciascuno studio. Le partecipanti sono state classificate in stato di pre-menopausa se avevano meno di 45 anni senza alcuna indicazione di menopausa, in peri-menopausa con età compresa tra 40 e 54 anni con evidenza di menopausa ma senza soddisfare i criteri per la post-menopausa oppure di età compresa tra 45 e 54 anni senza evidenza di menopausa, o in post-menopausa se di età ≥ 40 anni con anamnesi documentata che indica menopausa o ovariectomia bilaterale o ormone follicolo-stimolante $\geq 40 \text{ mIU/ml}$ senza terapia ormonale sostitutiva oppure se di età ≥ 55 anni senza terapia ormonale sostitutiva o ovariectomia bilaterale.

Le donne che riferivano menopausa prematura o artificiale o sindrome di Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser sono state escluse da questa analisi, così come una partecipante con meno di 40 anni con ovariectomia bilaterale. La variazione del peso corporeo e della circonferenza della vita e la percentuale delle pazienti che ha raggiunto le soglie di riduzione del peso ($\geq 5\%$, $\geq 10\%$, $\geq 15\%$, $\geq 20\%$ e $\geq 25\%$) sono state valutate a 72 settimane (SURMOUNT-1 e -3) e 88 settimane (SURMOUNT-4).

Tirzepatide efficace indipendentemente dallo stadio di transizione della menopausa

Le riduzioni rispetto al basale del peso corporeo comprese tra 22 e 29% e della circonferenza della vita comprese tra 15 e 26 cm sono state significative in tutti i sottogruppi di stato menopausale trattati con tirzepatide ed erano significativamente superiori rispetto al placebo ($P < 0,001$ per tutti).

La percentuale di partecipanti che ha raggiunto una perdita di peso corporeo $\geq 5\%$ è stata del 96-100% rispetto al 6-78% con placebo. Inoltre, il 63-89% e il 37-74% delle donne trattate con tirzepatide ha raggiunto una perdita di peso corporeo rispettivamente $\geq 20\%$ e $\geq 25\%$. Nel complesso, una percentuale significativamente maggiore di partecipanti di tutti i sottogruppi in trattamento attivo ha superato tutte le soglie di perdita di peso corporeo rispetto al placebo.

Referenze

Mihai AC et al. Body weight reduction in women treated with tirzepatide by menopausal stage: A post hoc analysis from the SURMOUNT program. Abstract:1078 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



**Con survodutide migliorano
i fattori di rischio metabolico**

Nei pazienti adulti con obesità il trattamento con survodutide, un duplice agonista sperimentale del recettore del glucagone e del GLP-1, ha migliorato i fattori di rischio metabolico, come mostrato dai risultati di uno studio di fase II presentato al congresso.

Survodutide è in valutazione per il controllo cronico del peso nelle persone che convivono con l'obesità. In uno studio clinico multinazionale di fase II, in doppio cieco, 387 persone di età compresa tra 18 e 75 anni con indice di massa corporea (BMI) ≥ 27 kg/m² senza diabete sono state randomizzate in rapporto 1:1:1:1 a ricevere placebo per via sottocutanea una volta alla settimana o survodutide alle dosi di 0,6, 2,4, 3,6 o 4,8 mg per 46 settimane, comprendenti 20 settimane di aumento della dose seguite da 26 settimane di mantenimento.

Survodutide ha comportato una riduzione media del peso corporeo fino al 18,7% dopo 46 settimane di trattamento (l'endpoint primario). Fino al 40% dei partecipanti sottoposti alle due dosi più alte ha ottenuto una perdita di peso di almeno il 20%, rispetto allo 0% con il placebo. Una perdita di peso corporeo di almeno il 15% è stata conseguita dal 67% dei soggetti trattati con la dose di 4,8 mg rispetto al 4,3% del gruppo placebo.

Riduzioni clinicamente significative di circonferenza della vita e glicemia a digiuno

L'analisi presentata al congresso si è concentrata sull'effetto del farmaco sui parametri metabolici. I ricercatori hanno valutato i cambiamenti nella circonferenza della vita e nella glicemia a digiuno in base ai livelli basali di emoglobina glicata (HbA1c), oltre alle variazioni dello stadio della malattia secondo l'Edmonton Obesity Staging System (EOSS) e il Cardiometabolic Disease Staging (CDMS) system.

Sono stati analizzati i dati di tutti i partecipanti che hanno ricevuto almeno 1 dose del farmaco con dati disponibili per almeno 1 endpoint di efficacia, come il full analysis set (FAS), in base alle dosi ricevute durante il periodo di mantenimento (ovvero il trattamento effettivo) e quelle assegnate alla randomizzazione utilizzando i dati relativi al trattamento.

Nel FAS (n=384) le caratteristiche demografiche e cliniche al basale erano simili tra i gruppi di trattamento: l'età media complessiva era di 49,1 anni, il BMI era 37,1 kg/m² e la circonferenza della vita 113,4 cm, mentre 262 pazienti (68,2%) erano di sesso femminile, 301 (78,4%) erano bianchi, 40 (10,4%) asiatici e 37 (9,6%) neri. Al basale, 251 (65,4%) e 132 (34,4%) pazienti avevano livelli di HbA1c rispettivamente <5,7% (normoglicemia) e di 5,7-6,5% (prediabete).

Il trattamento con survodutide è stato associato a riduzioni della circonferenza della vita fino a 17,1 cm rispetto al basale alla settimana 46, simili indipendentemente dal livello di HbA1c, così come a ridu-

zioni della glicemia a digiuno fino a 13,2 mg/dl (0,73 mmol/l), numericamente superiori nei partecipanti con HbA1c del 5,7–6,5% rispetto quelli con livelli <5,7%. Le riduzioni della circonferenza della vita e della glicemia a digiuno erano simili quando i gruppi di trattamento venivano analizzati in base alle dosi pianificate.

In generale, i soggetti nel gruppo placebo presentavano stadi EOSS e CDMS inferiori al basale, mentre un numero maggiore di pazienti nei gruppi survodutide è passato a stadi inferiori alla settimana 46.

Si sono verificati eventi avversi nel 90,9% e nel 75,3% dei gruppi rispettivamente survodutide e placebo, principalmente di natura gastrointestinale (75,1% e 41,6%). Nessun paziente in trattamento attivo ha sviluppato diabete e, rispetto al placebo, molti soggetti hanno ottenuto una riduzione della HbA1c dal 5,7–6,5% a meno del 5,7%.

Gli autori hanno concluso che nelle persone con obesità il trattamento con survodutide è stato associato a riduzioni clinicamente significative della circonferenza della vita e della glicemia a digiuno in soggetti con normoglicemia o prediabete, nonché a miglioramenti dello stadio dell'obesità.

Referenze

Le Roux CW et al. Survodutide, a glucagon receptor/glucagon-like peptide-1 receptor (GCGR/GLP-1R) dual agonist, improves metabolic risk factors in adults living with obesity: analysis of a placebo-controlled, randomised phase 2 trial. Abstract presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



Con tirzepatide la perdita di peso non dipende dal BMI al basale o dalla durata del sovrappeso/obesità

Nel trattamento dell'obesità, il doppio agonista GLP-1/GIP tirzepatide somministrato per via sottocutanea una volta alla settimana ha indotto una riduzione di peso statisticamente e clinicamente significativa negli studi di fase III SURMOUNT 1-4. Al congresso sono state presentate due analisi post hoc su sottogruppi che hanno evidenziato come il calo ponderale fosse indipendente dal BMI al basale e dalla durata della malattia.

Il programma di fase III SURMOUNT ha valutato l'efficacia e la sicurezza di tirzepatide rispetto al placebo in persone con un BMI ≥ 30 o ≥ 27 kg/m² con almeno 1 comorbidità correlata al peso senza diabete di tipo 2 (SURMOUNT-1, 72 settimane), con diabete di tipo 2 (SURMOUNT-2, 72 settimane) e senza diabete di tipo 2 dopo un intervento intensivo sullo stile di vita di 12 settimane (SURMOUNT-3, 72 settimane dalla randomizzazione) o dopo un periodo iniziale di 36 settimane in aperto con tirzepatide (SURMOUNT-4, 52 settimane dalla randomizzazione).

Negli studi SURMOUNT da 1 a 4, tirzepatide, agonista del recettore del polipeptide insulinotropico glucosio-dipendente (GIP) e del recettore del peptide-1 simile al glucagone (GLP-1), una volta alla settimana, ha dimostrato riduzioni significative e clinicamente significative della peso nelle persone che vivono con obesità o sovrappeso con comorbidità legate al peso.

Riduzione del peso corporeo indipendentemente dal BMI al basale

Questa analisi post hoc dei sottogruppi ha valutato l'impatto della categoria dell'indice di massa corporea (BMI) al basale sulla riduzione del peso in questi studi.

I sottogruppi BMI sono stati definiti da <30 , $\geq 30 - <35$, $\geq 35 - <40$ e ≥ 40 kg/m².

È stata presa in considerazione la variazione percentuale del peso corporeo dalla randomizzazione alla settimana 72 (SURMOUNT-1, -2 e -3) o alla settimana 88 (52 settimane dopo la randomizzazione, SURMOUNT-4), oltre alle percentuali dei pazienti che hanno raggiunto gli obiettivi di riduzione del peso del 5, 10 e 15%.

Le analisi hanno incluso i soggetti nella popolazione intention-to-treat modificata, definita come tutti i partecipanti randomizzati che hanno ricevuto almeno una dose del farmaco in studio (tirzepatide o placebo), escludendo i dati dopo l'interruzione prematura della terapia.

Nei trial SURMOUNT 1-4, il trattamento con tirzepatide ha prodotto riduzioni significative del peso corporeo rispetto al placebo, indipendentemente dal sottogruppo BMI (**Figura 1**). Inoltre un numero

maggiore di partecipanti randomizzati a tirzepatide rispetto al placebo ha raggiunto gli obiettivi di riduzione del peso corporeo del 5, 10 e 15%.

Nei sottogruppi BMI, fino al 100% dei pazienti trattati con tirzepatide ha ottenuto una riduzione di peso $\geq 5\%$ rispetto al 30% con il placebo in SURMOUNT-1, fino al 93% vs 43% in SURMOUNT-2 e fino al 97% vs il 15% in SURMOUNT-3.

Le rispettive quote di pazienti che hanno raggiunto una riduzione del peso corporeo $\geq 10\%$ sono state fino al 93% vs 16% in SURMOUNT-1, fino al 76% vs 14% in SURMOUNT-2 e fino al 92% vs 8% in SURMOUNT-3. Inoltre, fino all'85% dei partecipanti ha ottenuto una riduzione del peso $\geq 15\%$ con tirzepatide rispetto al 7% con placebo in SURMOUNT-1, fino al 60% vs 3% in SURMOUNT-2 e fino al 78% vs 4% in SURMOUNT-3.

Nello studio SURMOUNT-4, durante il trattamento in aperto di 36 settimane con tirzepatide, la riduzione media del peso corporeo è stata del 20,9%. Dopo questo periodo iniziale, sono state ottenute ulteriori riduzioni di peso ≥ 5 , ≥ 10 e $\geq 15\%$, rispettivamente fino al 70%, 39% e 22% dei soggetti in trattamento attivo in confronto al 2%, 2% e 0% con placebo.

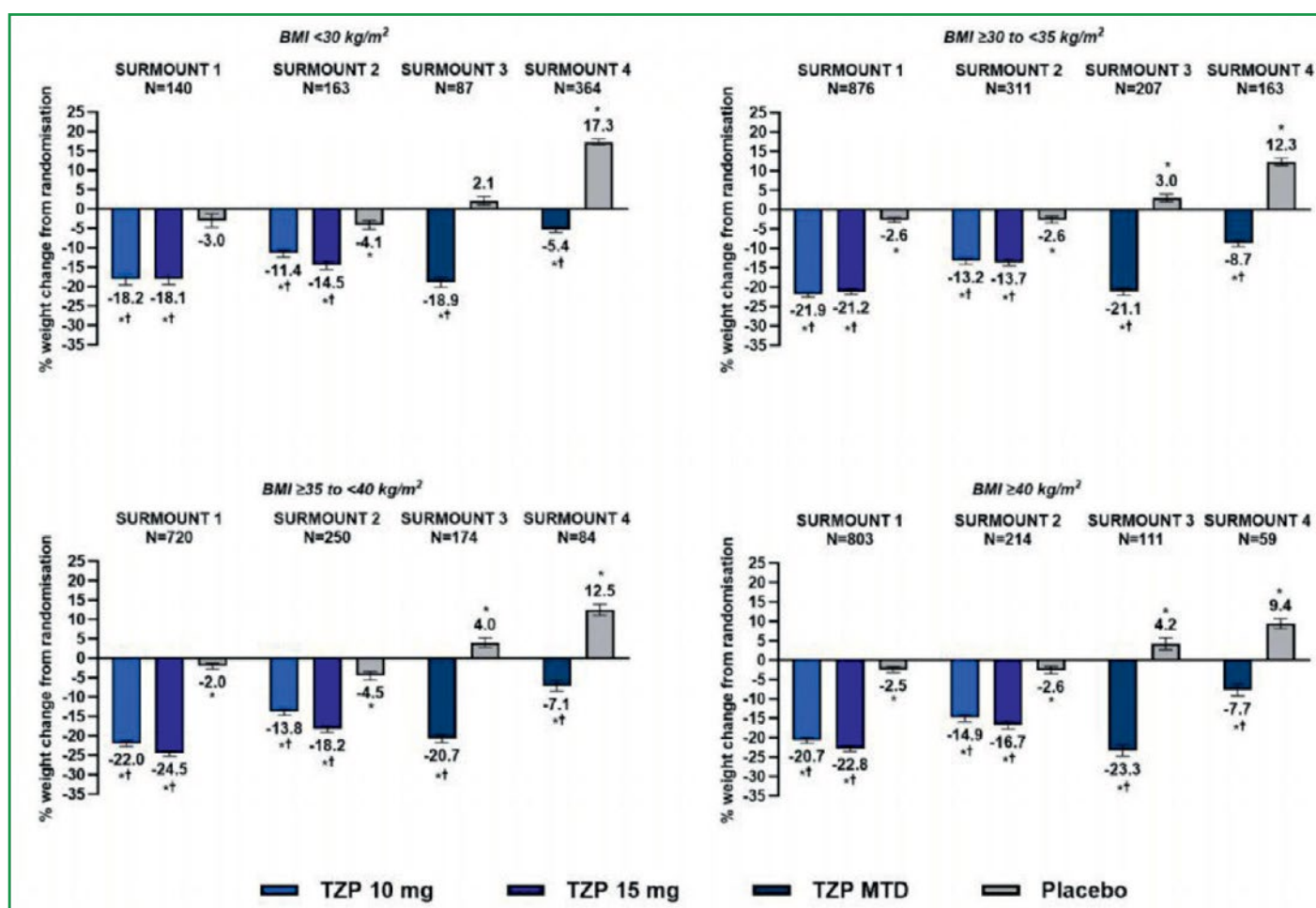


Figura 1 - Variazione percentuale di peso rispetto alla randomizzazione nei sottogruppi BMI negli studi SURMOUNT 1-4.

Gli autori hanno concluso che, indipendentemente dal BMI basale, negli studi SURMOUNT 1-4 tirzepatide ha ridotto costantemente il peso corporeo rispetto al placebo nelle persone con un BMI ≥ 27 kg/m².

Riduzione di peso e girovita indipendentemente dalla durata dell'obesità

Una seconda analisi post hoc sui sottogruppi presentata al congresso si è concentrata sull'impatto della durata della malattia sulla riduzione del peso e sulla circonferenza della vita all'interno di ciascuno studio.

I partecipanti a ognuno dei quattro studi sono stati raggruppati in base alla durata dell'obesità/sovrappeso al basale (≤ 10 , >10 - ≤ 20 e >20 anni, in funzione di quanto riferito dal paziente). Utilizzando la stima di efficacia sono stati valutati la variazione percentuale del peso corporeo, le percentuali di soggetti che hanno raggiunto gli obiettivi di perdita di peso del 5, 10, 15, 20 e 25% e la variazione della circonferenza della vita.

I pazienti randomizzati a ricevere tirzepatide hanno ottenuto riduzioni di peso maggiori rispetto al placebo all'endpoint dello studio, indipendentemente dalla durata della malattia (Figura 2). Il risultato era coerente nei diversi studi SURMOUNT e l'entità della riduzione era generalmente simile nelle categorie di durata della malattia.

In generale, un numero maggiore di soggetti trattati con tirzepatide ha raggiunto gli obiettivi di riduzione del peso del 5, 10, 15, 20 e 25% rispetto a quelli sottoposti a placebo, indipendentemente dalla durata della malattia.

Tirzepatide ha ridotto la circonferenza della vita in misura maggiore rispetto al placebo per ogni categoria di durata della malattia negli studi SURMOUNT 1-4, con riduzioni coerenti tra i sottogruppi di durata della malattia.

Gli autori hanno concluso che tirzepatide ha ridotto costantemente il peso corporeo e la circonferenza della vita nelle persone che vivono con obesità o sovrappeso con comorbidità legate al peso, indipendentemente dalla durata della malattia. Questi risultati sono coerenti con i risultati complessivi di ciascuno studio del programma SURMOUNT.

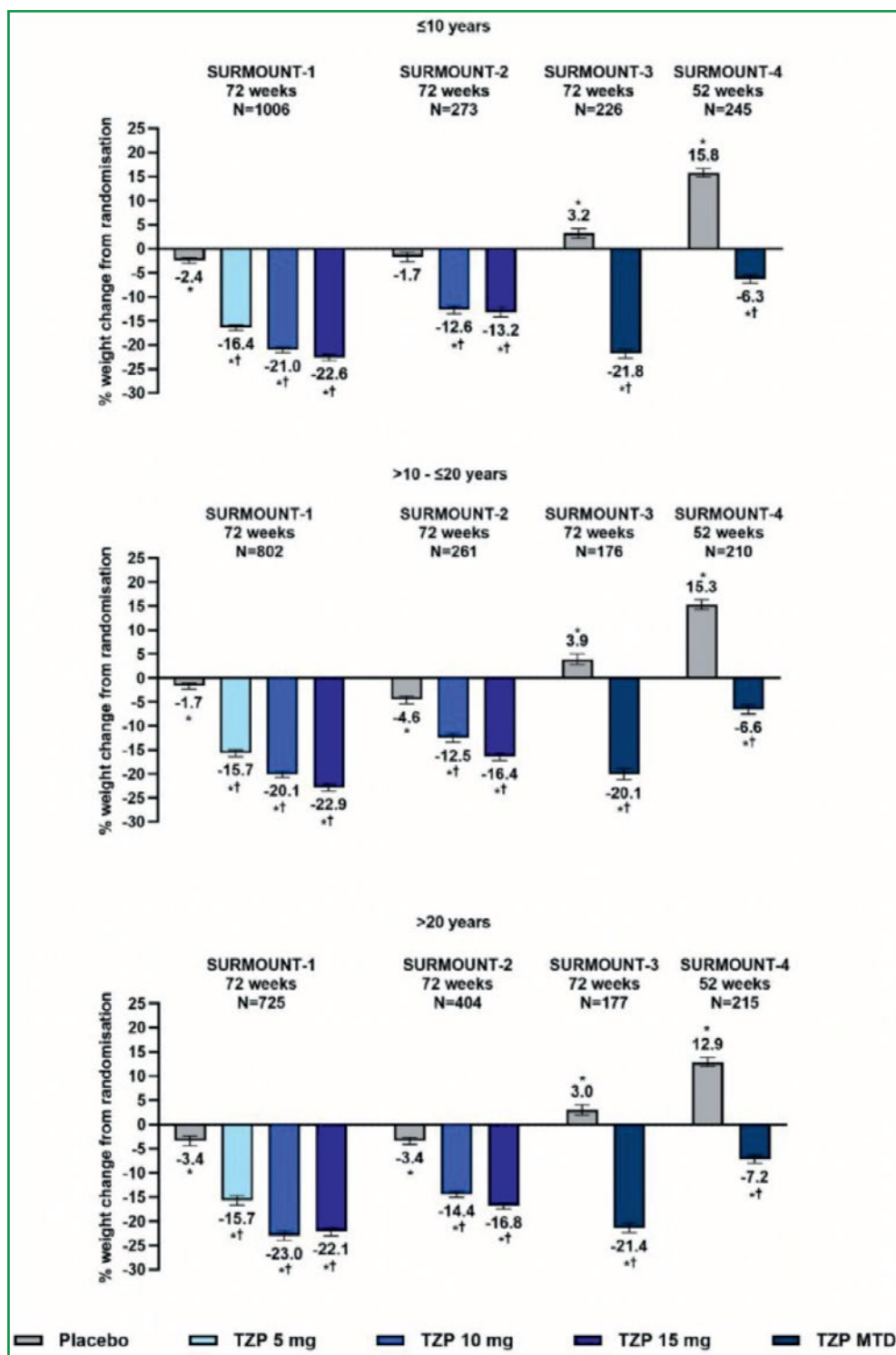


Figura 2 - Variazione percentuale del peso rispetto alla randomizzazione nei partecipanti con sovrappeso/obesità per ≤10 anni, >10-≤20 anni e >20 anni negli studi SURMOUNT 1-4.

Referenze

Le Roux C et al. Tirzepatide for the treatment of obesity reduced body weight across body mass index categories: post hoc analysis of the SURMOUNT 1-4 trials.

Muscogiuri G et al. Tirzepatide reduced body weight and waist circumference in people with overweight or obesity regardless of disease duration: post hoc analysis of the SURMOUNT 1-4 trials.



**Riduzione di peso,
BMI e circonferenza della vita
con un nuovo GLP-1 agonista orale
non peptidico**

Nei pazienti con obesità o sovrappeso il trattamento con orforglipron, un agonista non peptidico sperimentale del recettore GLP-1 a somministrazione orale una volta al giorno, ha consentito riduzioni significativamente superiori rispetto al placebo di peso, BMI e circonferenza della vita. Il profilo di sicurezza era coerente con la classe GLP-1 agonisti e, secondo gli autori, questi dati promettenti supportano l'ulteriore sviluppo del farmaco come trattamento orale per la gestione cronica del peso.

In uno studio di fase II, randomizzato, in doppio cieco, a gruppi paralleli, i partecipanti con obesità o sovrappeso con almeno una comorbidità correlata al peso sono stati randomizzati a ricevere placebo o diverse dosi target di orforglipron (12, 24, 36 o 45 mg).

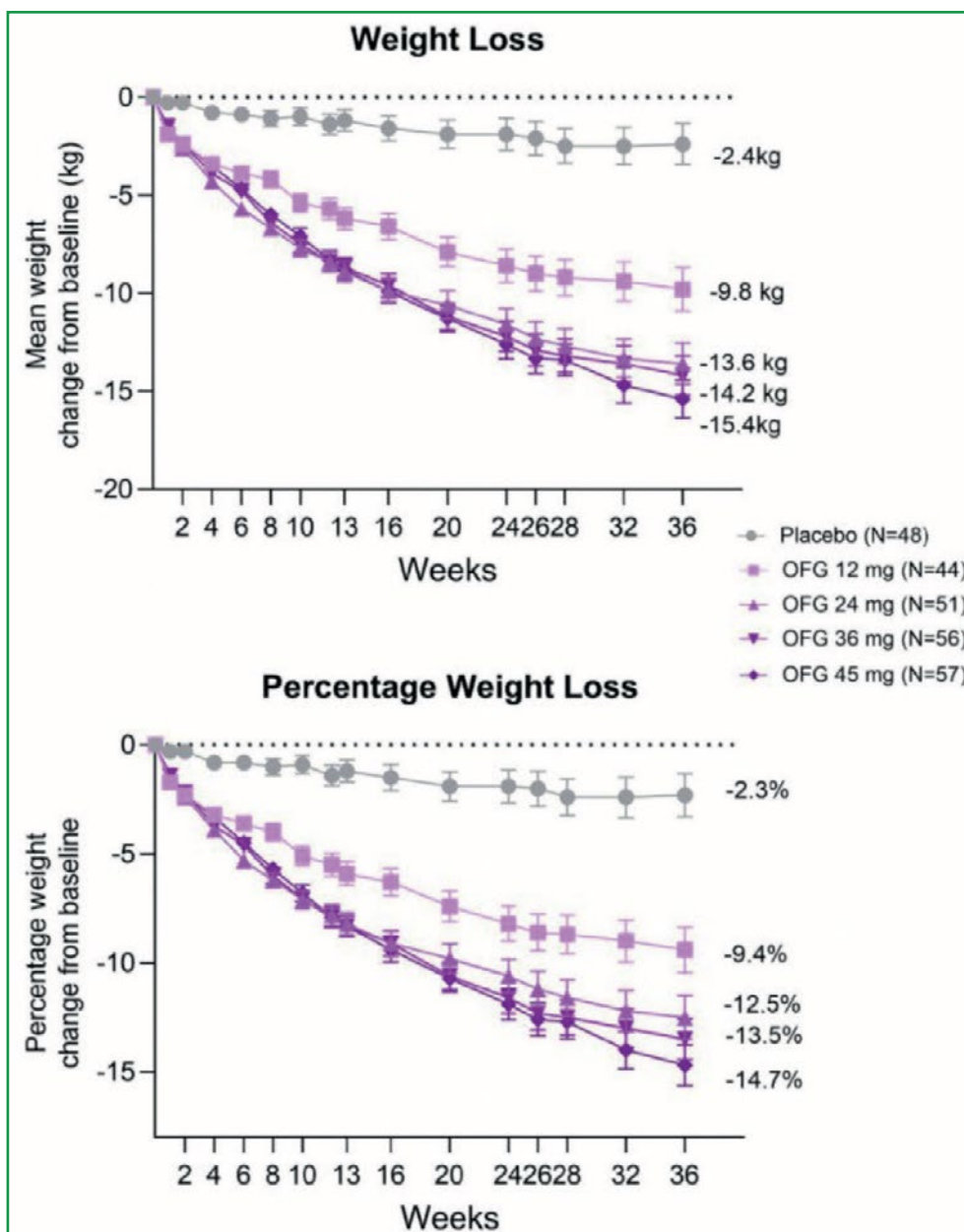
Le dosi del farmaco sono state aumentate fino al livello target utilizzando diversi schemi di incremento della dose in ciascun braccio per valutare la tollerabilità dei regimi di dosaggio. L'endpoint primario era la variazione percentuale del peso corporeo rispetto al basale in confronto al placebo alla settimana 26. Gli endpoint secondari includevano la variazione in percentuale del peso corporeo rispetto al basale in confronto al placebo alla settimana 36, la variazione del peso corporeo vs al basale alle settimane 26 e 36, la variazione rispetto al basale della circonferenza della vita e del BMI e la percentuale di soggetti che hanno ottenuto una perdita di peso di almeno il 5 o il 10%.

Riduzione significativa di peso corporeo, BMI e circonferenza della vita

I 272 pazienti arruolati avevano un peso corporeo medio di 108,7 kg e un BMI medio di 37,9 kg/m² (il 94% aveva un BMI di almeno 30 kg/m² al basale). La variazione percentuale media del peso corporeo rispetto al basale con orforglipron variava dal -8,6% al -12,6% alla settimana 26 e dal -9,4% al -14,7% alla settimana 36 in modo dose-dipendente, in confronto rispettivamente al -2,0% e al -2,3% con il placebo.

Il trattamento attivo ha mostrato riduzioni statisticamente significative nella variazione percentuale rispetto al basale del peso corporeo per tutte le dosi testate vs placebo, variando da -6,5% a -10,6% (P<0,001 per tutti) a 26 settimane e da -7,1% a -12,3% (P<0,001 per tutti) a 36 settimane (Figura). Alla 36a settimana, tutte le dosi di orforglipron avevano una probabilità significativamente superiore di raggiungere gli obiettivi di perdita di peso di ≥5%, ≥10% e ≥15% rispetto al placebo.

A 36 settimane sono state osservate riduzioni statisticamente significative del BMI fino a 4,6 kg/m² (P<0,001 per tutti) e della circonferenza della vita fino a 9,6 cm (P<0,001 per tutti) per tutti i gruppi rispetto al placebo.



La percentuale di pazienti che hanno riportato eventi avversi è stata più elevata nei gruppi orforglipron (fino al 90%) in confronto al placebo (76%). Gli effetti collaterali più frequenti con il farmaco sono stati di natura gastrointestinale (media complessiva orforglipron 77%, placebo 36%) ed erano principalmente di gravità da lieve a moderata. Tali eventi si sono verificati prevalentemente all'inizio del trattamento e durante l'aumento della dose.

Orforglipron può migliorare il profilo di rischio cardiovascolare

Un'analisi separata dello studio presentata al congresso ha valutato l'effetto di orforglipron sui biomarcatori lipidici e infiammatori, che possono aumentare il rischio cardiovascolare. Le misurazioni di apolipoproteina B [ApoB], apolipoproteina CIII [ApoCIII] nel siero a digiuno, leptina, proteina C reattiva ad alta sensibilità [hsCRP] e interleuchina 6 [IL-6] sono state raccolte al basale, a 16, 26 e 36 settimane.

Ogni dose di orforglipron ha comportato riduzioni significative ($P < 0,01$) rispetto al basale in ApoB, ApoCIII, leptina e hsCRP. Per la IL-6 la variazione rispetto al basale è stata significativa ($P < 0,05$) solo con la dose da 36 mg. La maggior parte dei biomarcatori testati ha raggiunto un plateau con la dose più bassa testata (12 mg) senza ulteriori diminuzioni con le dosi più elevate a parte i valori di IL-6 e leptina (la riduzione della leptina è direttamente associata alla perdita di peso dose-dipendente nei pazienti in trattamento con orforglipron).

Le variazioni percentuali rispetto al basale erano statisticamente significative ($P < 0,05$) con orforglipron rispetto a placebo in ApoB (12,24,36,45 mg), ApoCIII (12,24,36,45 mg), leptina (12,24,36,45 mg) e hsCRP (12,24,45 mg).

«Orforglipron orale una volta al giorno ha dimostrato riduzioni clinicamente significative dei biomarcatori lipidici e infiammatori con simultanea perdita di peso. L'entità della riduzione dei livelli di proteina C reattiva ad alta sensibilità in seguito al trattamento è simile a quella riportata con i GLP-1 agonisti iniettabili» hanno concluso gli autori. «Queste osservazioni suggeriscono che orforglipron può migliorare il profilo di rischio cardiovascolare nei pazienti con obesità, come è stato dimostrato in studi sui risultati a lungo termine con altri GLP-1 agonisti».

Referenze

Wharton S et al. Effect of oral non-peptide GLP-1 receptor agonist orforglipron (LY3502970) in participants with obesity or overweight: A Phase 2 study. Abstract:1102 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).

Wharton S et al. Orforglipron, an oral GLP-1RA, improves CV risk biomarkers in patients with obesity without T2D. Abstract:1093 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



**Ridurre gradualmente
la dose di semaglutide sembra
aiutare a non riacquistare peso**

Nel trattamento della perdita di peso con semaglutide, uno studio real world presentato al congresso ha scoperto che dosi più basse erano efficaci quanto quelle più elevate e che concentrarsi sui cambiamenti dello stile di vita insieme a una lenta riduzione del dosaggio favorisce il mantenimento del peso perso.

I GLP-1 agonisti si sono dimostrati molto efficaci nell'aiutare le persone a perdere peso, grazie all'effetto di riduzione dell'appetito e di aumento della sensazione di sazietà dopo il pasto, tuttavia possono causare effetti collaterali come diarrea, nausea, vomito, vertigini e cefalea, oltre al fatto che molti pazienti riprendono rapidamente gran parte del peso perso dopo l'interruzione della terapia.

Ricerche recenti hanno indicato che sessioni di coaching nutrizionale, esercizio fisico e supporto per affrontare i problemi legati all'alimentazione emotiva, in aggiunta ai farmaci per la perdita di peso, rendono meno probabile per i pazienti riacquistare peso, così come una lenta sospensione della terapia farmacologica.

Personalizzazione e riduzione graduale della dose di semaglutide

I ricercatori di Embla, una clinica digitale per la perdita di peso con sede a Copenaghen in Danimarca e a Londra nel Regno Unito, guidati da **Henrik Gudbergsen**, ricercatore capo e direttore medico di Embla, hanno valutato la possibilità di personalizzare il dosaggio di semaglutide per ridurre al minimo gli effetti collaterali, pur ottenendo una perdita di peso. Inoltre volevano capire se i pazienti che avevano ridotto gradualmente la dose di semaglutide avessero riacquisito peso dopo averla l'interruzione.

Lo studio di coorte di real world ha coinvolto 2.246 soggetti in Danimarca (79% donne, età media 49 anni, BMI medio 33,2, peso corporeo medio 97 kg) che hanno seguito un programma digitale di gestione del peso gestito tramite l'app Embla. Questo prevedeva consigli di un nutrizionista su un'alimentazione sana, aumento dell'attività fisica e superamento delle barriere psicologiche alla perdita di peso, accesso a medici, infermieri e psicologi tramite l'app e il trattamento con semaglutide.

Lo schema posologico standard, che prevede una dose iniziale bassa di semaglutide (0,25 mg una volta a settimana) che viene aumentata ogni quattro settimane per 16 settimane fino a raggiungere un dosaggio massimo di 2 mg (formulazione ipoglicemizzante da 0,25 mg in penna preriempita) o 2,4 mg (formulazione per la perdita di peso), è stato personalizzato per ciascun paziente allo scopo di ridurre al minimo gli effetti collaterali.

I partecipanti hanno quindi ricevuto la dose efficace più bassa, che è stata aumentata solo se non vi erano più progressi, mentre è rimasta costante se veniva mantenuta una riduzione settimanale del peso superiore allo 0,5% del peso corporeo con effetti collaterali e fame a livelli gestibili. La dose massima media di semaglutide era di 0,77 mg.

Dosaggi più bassi ancora efficaci ma meglio tollerati

Dopo 26, 64 e 76 settimane partecipavano ancora al programma rispettivamente 1.392, 359 e 185 pazienti. La perdita di peso media è stata del 14,8% alla settimana 64 e del 14,9% alla settimana 76. Durante il programma i pazienti hanno utilizzato circa un terzo della quantità di semaglutide indicata per il trattamento standard (36,1% della dose cumulativa suggerita alla settimana 64 e 34,3% alla settimana 76).

Tutti i 68 soggetti con peso riportato alla settimana 64 hanno perso oltre il 5% del loro peso corporeo basale e 58 di questi (85,3%) ne hanno perso oltre il 10%, con un calo ponderale simile indipendentemente dal BMI iniziale o dalla quantità totale di semaglutide assunta.

Gli effetti collaterali includevano nausea, vomito e mal di stomaco, ma erano lievi e transitori. «L'uso di dosi più basse di semaglutide è più economico per i pazienti, comporta meno effetti collaterali e aiuta a preservare le scorte del farmaco, che sono ancora limitate» ha affermato Gudbergsen.

Più facile mantenere il peso perso con una riduzione graduale della dose

Un totale di 353 pazienti (83% donne, età media 49 anni, BMI medio 31,5, peso corporeo medio 92 kg) ha ridotto gradualmente la dose del farmaco una volta raggiunto il peso target, fino a ridurlo a zero in una media di nove settimane, continuando a ricevere coaching su dieta ed esercizio fisico. In questo lasso di tempo la perdita di peso media è stata del 2,1%.

Gli 85 dei 240 pazienti che hanno ridotto gradualmente semaglutide a zero e dei quali erano disponibili i dati a 26 settimane dopo l'interruzione della terapia non hanno riacquisito peso, che è invece rimasto stabile (perdita di peso media dell'1,5% dopo aver sospeso completamente il farmaco).

Nei 46 pazienti su 240 che hanno ripreso il trattamento con semaglutide dopo averlo interrotto l'aumento di peso medio dalla sospensione alla ripresa del farmaco è stato dell'1,3%.

«I partecipanti che hanno ridotto gradualmente la dose di semaglutide hanno mantenuto un peso corporeo stabile per le prime 26 settimane. La combinazione del supporto ai cambiamenti nello stile di vita e della riduzione graduale della terapia sembra consentire di evitare di riprendere peso dopo aver interrotto il trattamento» hanno concluso gli autori.

«Quando si smette di assumere il farmaco torna l'appetito e un'interruzione improvvisa potrebbe rendere difficile resistere al desiderio di cibo. Invece, con una riduzione graduale insieme a un aumento della consapevolezza e della comprensione di uno stile di vita sano, fame e sazietà saranno più gestibili, rendendo più facile per le persone mantenere un peso sano» hanno aggiunto. «Inoltre una dose massima più bassa crea una maggiore necessità di impegnarsi a fondo nel cambiare lo stile di vita durante tutto il programma, il che dovrebbe aiutare a perdere peso e a mantenerlo sotto controllo».

Referenze

Seier S et al. Treat to target in obesity management: real-world evidence from an internet-based weight management programme (TRIM). Abstract:780 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).

Seier S et al. Tapering semaglutide to the most effective dose: real-world evidence from a digital weight management programme (TAILGATE). Abstract:164 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



Obesità infantile grave

può dimezzare l'aspettativa di vita

Un modello ha consentito di quantificare l'impatto di diversi aspetti dell'obesità a esordio precoce sulla salute a lungo termine, mostrando che l'obesità grave in tenera età può addirittura dimezzare l'aspettativa di vita.

La modellizzazione effettuata da stradoo GmbH, una società di consulenza nel campo delle scienze della vita con sede a Monaco di Baviera, Germania, avviata e supportata da Rhythm Pharmaceuticals e presentata da **Urs Wiedemann**, di stradoo, e colleghi di università e ospedali nel Regno Unito, Paesi Bassi, Francia, Svezia, Spagna, Stati Uniti e Germania ha scoperto che l'età di insorgenza, la gravità e la durata dell'obesità sono tutti fattori che influiscono sull'aspettativa di vita.

In particolare è emerso che lo sviluppo dell'obesità in età molto giovane ha un effetto particolarmente profondo. A titolo di esempio, un bambino che convive con una grave obesità (punteggio Z BMI di 3,5) all'età di quattro anni, e che successivamente non perde peso, ha un'aspettativa di vita di 39 anni, che è circa la metà dell'aspettativa di vita media.

«Se da un lato è ampiamente accettato che l'obesità infantile aumenta il rischio di malattie cardiovascolari e condizioni correlate come il diabete di tipo 2 e che possa ridurre l'aspettativa di vita, le evidenze sulla dimensione del suo impatto sono frammentarie» ha affermato Wiedemann. «Una migliore comprensione dell'esatta entità delle conseguenze a lungo termine e dei fattori che le determinano potrebbe aiutare a informare le politiche di prevenzione e gli approcci al trattamento, oltre a migliorare la salute e allungare la vita».

Un modello per stimare le conseguenze dell'obesità infantile

Per approfondire la questione, i ricercatori hanno creato un modello di obesità a esordio precoce che ha permesso loro di stimare l'effetto dell'obesità infantile sulle malattie cardiovascolari, sulle condizioni correlate come il diabete di tipo 2 e sull'aspettativa di vita. L'Early-Onset of Obesity-Model adotta un approccio multidisciplinare, sintetizzando i dati provenienti da studi clinici pubblicati e informazioni demografiche per stimare l'effetto di varie traiettorie di peso, compreso l'aumento o la perdita di peso in età diverse.

Sono state incluse quattro variabili chiave: età di insorgenza dell'obesità, durata dell'obesità, accumulo di rischio irreversibile (una misura dei rischi irreversibili dell'obesità, ovvero gli effetti sulla salute che permangono anche dopo la perdita di peso) e gravità dell'obesità.

Quest'ultima era basata sui punteggi Z del BMI, una misura di peso ampiamente utilizzata nell'infanzia e nell'adolescenza e che indica in quale misura il BMI di un individuo si discosta da quello normale per la sua età e sesso, dove valori più alti indicano un peso maggiore. Ad esempio, un bambino di 4 anni con un'altezza media di 103 cm e

un peso di circa 16,5 kg avrà un punteggio Z BMI pari a 0. Un ragazzo della stessa età e altezza che pesa 19,5 kg avrà un punteggio Z BMI di 2, che rientra di poco nella fascia dell'obesità, e chi pesa 22,7 kg avrà un punteggio Z BMI di 3,5, che indica obesità grave.

Minore aspettativa di vita con obesità infantile grave

I dati provengono da 50 studi clinici sull'obesità e sulle comorbidità ad essa correlate, come il diabete di tipo 2, gli eventi cardiovascolari e il fegato grasso. Gli studi hanno incluso più di 10 milioni di partecipanti provenienti da paesi di tutto il mondo, 2,7 milioni dei quali avevano un'età compresa tra 2 e 29 anni.

Il modello mostra che l'insorgenza precoce e l'obesità più grave aumentano la probabilità di sviluppare comorbidità correlate. Ad esempio, un bambino con un punteggio Z BMI di 3,5 (obesità grave) all'età di 4 anni e che non perde peso ha una probabilità del 27% di sviluppare il diabete di tipo 2 entro i 25 anni e una probabilità del 45% di svilupparlo entro i 35 anni. Al contrario un bambino con un punteggio Z BMI di 2 all'età di 4 anni avrà una probabilità del 6,5% di sviluppare il diabete di tipo 2 entro i 25 anni e del 22% entro i 35 anni.

Il modello dell'obesità ad esordio precoce mostra anche che un punteggio Z BMI più elevato in tenera età porta ad una aspettativa di vita inferiore. Ad esempio, un punteggio Z BMI pari a 2 all'età di 4 anni senza successiva riduzione del peso riduce l'aspettativa di vita media da 80 a 65 anni. L'aspettativa di vita si riduce ulteriormente a 50 anni con un punteggio Z BMI di 2,5 e a 39 anni per un punteggio Z BMI di 3,5. Al contrario, un punteggio Z BMI di 3,5 all'età di 12 anni senza successiva riduzione di peso produce un'aspettativa di vita media di 42 anni.

I confronti con i dati provenienti da studi non inclusi come input per il modello e le opinioni dei maggiori esperti hanno confermato l'accuratezza del modello.

È stato anche possibile modellare l'effetto della perdita di peso sull'aspettativa di vita e sulla salute a lungo termine. Ad esempio, un bambino con obesità grave a esordio precoce (punteggio Z BMI pari a 4 all'età di 4 anni) che in seguito non perde peso ha un'aspettativa di vita di 37 anni e un rischio del 55% di sviluppare il diabete di tipo 2 all'età di 35 anni. La perdita di peso che si traduce in un punteggio Z BMI pari a 2 (di poco nel range dell'obesità) all'età di 6 anni aumenterà l'aspettativa di vita a 64 anni e ridurrà il rischio di diabete di tipo 2 al 29%.

Tra i limiti del modello vi sono il fatto di non prendere in considerazione la causa dell'obesità, i fattori di rischio genetici, le differenze etniche o di sesso, così come il modo in cui le diverse comorbidità interagiscono tra loro.

«L'impatto dell'obesità infantile sull'aspettativa di vita è profondo» ha concluso Wiedemann. «È chiaro che l'obesità infantile dovrebbe essere considerata una malattia pericolosa per la vita ed è fondamentale avviare presto il trattamento senza rimandarlo fino allo sviluppo del diabete di tipo 2, dell'ipertensione o di altri segnali d'allarme. La diagnosi precoce dovrebbe e può migliorare la qualità e la durata della vita».

Referenze

Wiedemann UCH et al. Early-Onset of Obesity-Model: Impact of early weight reduction on life expectancy and on risks of comorbidities in a patient with severe, early-onset obesity. Abstract:0738 presented at the European Congress on Obesity [ECO 2024].

Wiedemann UCH et al. Early-Onset of Obesity-Model: Impact of early-onset obesity on life expectancy and on risks of comorbidities. Abstract:0739 presented at the European Congress on Obesity [ECO 2024].



Nei bambini obesi

la fonte degli zuccheri

è più rilevante della quantità

Per lo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità nei bambini ha una maggiore rilevanza la fonte degli zuccheri assunti piuttosto che la loro quantità e andrebbero preferiti frutta e latte invece di altri alimenti ricchi di zuccheri aggiunti.

Uno studio presentato al congresso ha scoperto che la quantità totale di zucchero consumata da molti giovani non era associata al peso all'età di 10 o 11 anni, tuttavia i bambini che assumevano una percentuale maggiore di zucchero da latticini liquidi non zuccherati (latte e latticello) avevano meno probabilità di vivere in uno stato di sovrappeso o obesità.

Allo stesso modo, assumere più zucchero dalla frutta era associato a un minore aumento di peso, mentre il consumo di molto zucchero da snack dolci come torte, dolci e bevande a base di latte e yogurt zuccherato, come il latte al cioccolato, era collegata a un peso maggiore.

«Il consumo elevato di cibi zuccherati è considerato un fattore di rischio per il sovrappeso e l'obesità infantile e quindi si consiglia ai bambini di assumere cibi meno ricchi di zuccheri come dolci, torte e bevande zuccherate e di mangiare più frutta e latticini non zuccherati come latte e yogurt» ha affermato il primo autore **Junyang Zou**, del Dipartimento di Epidemiologia dell'Università di Groningen e dello University Medical Center Groningen, nei Paesi Bassi.

«Frutta e latticini non zuccherati sono considerati sani, anche se contengono quantità elevate di zuccheri intrinseci, ovvero presenti naturalmente nel cibo e non aggiunti. Volevamo capire se la fonte dello zucchero, aggiunto rispetto a quello intrinseco, oltre alla sua quantità, influisce sulla probabilità di sviluppare sovrappeso o obesità» ha aggiunto. «Anche è un tema già studiato in precedenza, i risultati sono incoerenti e manca una ricerca di alta qualità sull'argomento».

Analisi del consumo di zucchero su bambini olandesi

I ricercatori hanno utilizzato i dati del trial GEKCO (Groningen Expert Center for Kids with Obesity) Drenthe, uno studio longitudinale in corso su una coorte di bambini nati nel nord dei Paesi Bassi tra aprile 2006 e aprile 2007, per valutare l'associazione tra l'assunzione totale di zucchero e da diverse fonti nella prima infanzia con il peso, l'aumento di peso e lo sviluppo di sovrappeso e obesità.

Le risposte a un questionario sull'assunzione di cibo compilato dai genitori di 891 bambini (448 maschi) quando questi ultimi avevano 3 anni sono state utilizzate per calcolare l'assunzione giornaliera totale e giornaliera di zucchero da 13 gruppi alimentari, ovvero verdure, frutta intera, cereali, vegetali amidacei, noccioline, legumi, carne, uova, sostituti vegetariani di carne, olio, burro e margarina, latte e prodotti lattiero-caseari, caffè e tè e bevande a base di caffè e

tè, bevande zuccherate compresi succhi di frutta, limonata e bevande a base di latte e yogurt zuccherati, prodotti salati compresi piatti pronti e fatti in casa e zuppe, snack zuccherati come torte, dolci e cioccolati e condimenti/salse/zuccheri.

Altezza e peso, misurati da infermieri qualificati, sono stati utilizzati per calcolare i punteggi Z del BMI, la variazione di questo punteggio tra 3 e 10/11 anni e lo stato ponderale a 10/11 anni (normopeso/sovrappeso/obeso), come definito dai criteri 2012 dell'International Obesity Task Force. I punteggi Z del BMI sono una misura del peso ampiamente utilizzata nell'infanzia e nell'adolescenza e mostrano come il BMI di un giovane si confronta con quello medio per la sua età e sesso, dove valori più alti rappresentano un peso maggiore.

Tutti gli 891 bambini sono stati inclusi nel punteggio BMI-Z a 10/11 anni e nella variazione nelle analisi del punteggio BMI-Z, mentre l'analisi dello stato ponderale ne ha coinvolti 817 (414 maschi), dato che 74/891 sono stati esclusi perché in sovrappeso o obesi già all'età di 3 anni.

Conta più la fonte degli zuccheri che la loro quantità

L'assunzione media giornaliera totale di zucchero era di 112 g e costituiva circa un terzo (32%) dell'apporto energetico giornaliero totale, pari a 1.388 calorie. Le principali fonti di zucchero erano frutta (assunzione media giornaliera = 13 g), latticini (18,6 g), bevande zuccherate (41,7 g) e snack zuccherati (13,1 g).

All'età di 10/11 anni, 102 bambini con peso normale all'età di 3 anni avevano sviluppato sovrappeso o obesità. L'assunzione totale di zucchero a 3 anni non era correlata al punteggio Z del BMI, all'aumento di peso o allo stato ponderale a 10/11 anni, tuttavia un maggiore apporto di zucchero tramite snack zuccherati era correlato a un punteggio Z BMI più elevato a 10/11 anni.

Al contrario, un maggiore apporto giornaliero di zucchero dalla frutta intera era correlato a un punteggio Z BMI inferiore a 10/11 anni e a un minore aumento di peso (tra succo di frutta e peso non è stata rilevata un'associazione significativa).

Inoltre un maggiore apporto di zucchero da latticini liquidi non zuccherati (latte e latticello) era correlato a una minore probabilità di sviluppare sovrappeso/obesità all'età di 10/11 anni. I bambini con il consumo più elevato di questi prodotti all'età di 3 anni avevano un rischio inferiore del 67% di andare incontro a sovrappeso/obesità rispetto a quelli con il consumo più basso.

Anche se lo studio non ha analizzato il motivo alla base della diversa influenza di questi alimenti sul peso corporeo, tra le possibili spiegazioni vi sono un rilascio più lento di zucchero dai pezzi di frutta rispetto agli snack zuccherati e differenze nel modo in cui gli zuccheri

nei diversi alimenti (saccarosio nelle torte e nei dolci, fruttosio nella frutta e lattosio nei latticini) agiscono sull'organismo.

I ricercatori hanno concluso che la fonte dello zucchero sembra essere più importante della quantità quando si tratta dello sviluppo dell'obesità durante l'infanzia. «I bambini dovrebbero essere incoraggiati ad assumere frutta e latte invece di latte zuccherato e bevande a base di yogurt, dolci, torte e altri alimenti ricchi di zuccheri aggiunti».

Referenze

Junyang Zou J et al. The associations of sugar intake and its food sources in early childhood with children's body weight. Abstract:0767 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



**Rischio di decesso più elevato
per i magri/sottopeso durante
l'infanzia prima di essere
obesi da adulti**

Chiedere agli adulti obesi lo stato del loro peso durante l'infanzia potrebbe aiutare a stabilirne il rischio di mortalità per tutte le cause, che è risultato più elevato nei soggetti magri/sottopeso da piccoli.

L'obesità in età adulta e infantile rappresenta un grave problema di salute pubblica. La stratificazione del rischio per le malattie correlate potrebbe essere possibile ponendo agli adulti semplici domande, ma non vi sono evidenze a supporto di tale raccomandazione clinica, dato che la gran parte degli studi non valuta esplicitamente come cambia l'effetto dell'associazione tra obesità da adulti e il peso da bambini.

Implicazioni del peso infantile negli adulti con obesità

Scopo di questo studio, guidato da **William Johnson**, un esperto di epidemiologia della Loughborough University, nel Regno Unito, era valutare se le associazioni tra sovrappeso e obesità in età adulta con mortalità e malattie incidenti differiscono in base al peso corporeo auto-riferito da bambini.

Il campione comprendeva 191.181 uomini e 242.806 donne di età compresa tra 40 e 69 anni al basale nello studio prospettico di coorte della UK Biobank tra il 2006 e il 2010. Gli esiti erano mortalità per tutte le cause e malattie cardiovascolari incidenti, cancro correlato all'obesità e cancro al seno. I ricercatori hanno misurato il BMI al basale (classificato come peso normale, sovrappeso, obesità) e il peso corporeo percepito auto-riferito all'età di 10 anni (nella media, più magro, più robusto).

Sono quindi stati sviluppati modelli computerizzati in modo da effettuare gli aggiustamenti per età, etnia, età relativa al cambiamento della voce per i maschi o età all'inizio delle mestruazioni per le femmine e altezza comparativa all'età di 10 anni.

La domanda posta agli adulti obesi riguardava come si descrivevano rispetto alla media all'età di 10 anni, se più magri, nella media o più robusti. Circa la metà (51%) ha dichiarato di essere normopeso, mentre un terzo (33%) di essere più magro e uno su sei (16%) di essere più robusto della media.

Rischio di decesso più elevato per gli obesi magri/sottopeso da bambini

I partecipanti sono stati seguiti fino a un evento tra: 19 dicembre 2022 per mortalità per tutte le cause, 1 settembre 2023 per malattia cardiovascolare incidente e 15 marzo 2022 per cancro incidente correlato all'obesità e cancro al seno. Durante il follow-up l'8% della coorte è deceduto, il 35% ha sviluppato malattie cardiovascolari e il

2% ha avuto tumori correlati all'obesità (cancro del colon, dell'utero, dell'esofago, della cistifellea, dello stomaco, dei reni, del pancreas, del retto, della tiroide, meningioma e mieloma multiplo. Il 5% delle donne ha sviluppato il cancro al seno.

In entrambi i sessi l'obesità in età adulta (rispetto al peso normale) è risultata associata a un aumento del 15% del rischio di mortalità per tutte le cause, mentre essere in sovrappeso non ha mostrato una relazione significativa.

Rispetto agli uomini normopeso da adulti, per quelli che avevano riferito un peso normale all'età di 10 anni, vivere con l'obesità era associato a un rischio del 28% più elevato (1,28 volte) di mortalità per tutte le cause. Per gli uomini che avevano dichiarato di essere più magri quando avevano 10 anni, convivere con l'obesità da adulti era associato a un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause del 63% (1,63 volte) e per quelli più robusti all'età di 10 anni l'aumento era del 45% (1,45 volte).

Pertanto, confrontando il rischio tra i gruppi, per gli uomini obesi rispetto a quelli con peso normale da bambini, dichiarare di essere stati più robusti a 10 anni era associato a un aumento del 13% del rischio di mortalità per tutte le cause (1,45 rispetto a 1,28, al limite della significatività statistica) e dichiarare di essere stati più magri era associato a un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause del 28% (1,63 rispetto a 1,28, statisticamente significativo).

Rispetto alle donne normopeso da adulte, per quelle che avevano riferito un peso normale a 10 anni vivere con l'obesità era associato a un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause del 38% (1,38 volte). Per le donne più magre all'età di 10 anni, vivere con l'obesità era associato a un rischio del 60% più elevato (1,6 volte) e per quelle più robuste a 10 anni l'aumento del rischio era del 32% (1,32 volte).

Confrontando il rischio tra i gruppi, per le donne obese da adulte rispetto a quelle normopeso da bambine dichiararsi più robuste all'età di 10 anni non era associato a un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause (1,38, simile a 1,32), mentre essere state più magre da piccole era associato a un aumento del rischio del 16% (1,60 contro 1,38, statisticamente significativo).

Riguardo alle malattie cardiovascolari è stato osservato un aumento del rischio per gli uomini e le donne adulti con obesità rispetto a quelli normopeso, qualunque fosse lo stato ponderale riferito all'età di 10 anni, tuttavia con differenze piccole o non significative. Per i tumori legati all'obesità, le associazioni erano molto più deboli e per lo più non significative.

In sintesi gli autori hanno concluso che il sovrappeso e l'obesità in età adulta possono conferire maggiori rischi di mortalità per tutte le cause e di malattie cardiovascolari nelle persone che percepiscono se stesse nell'infanzia come più magre o più robuste della media.

«Chiedere ai pazienti adulti se da bambini erano nella media, più magri o più robusti può aiutare con la stratificazione del rischio per alcune, ma non tutte, le malattie» hanno concluso. «Naturalmente, indipendentemente dal peso percepito da bambino, non sorprende che i nostri dati mostrino che convivere con l'obesità da adulti è associato a un aumento del rischio di decesso e di sviluppare varie patologie».

Referenze

Johnson W et al. Are associations of adulthood overweight/obesity with mortality and incident cardiovascular disease and obesity-related cancer modified by comparative body weight at 10 years in the UK Biobank study? Abstract:1231 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



Con dieta chetogenica perdita di peso, minore gravità dell'acne e migliore qualità di vita nelle donne con obesità

Una dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico ha favorito la perdita di peso nelle giovani donne con obesità e ha anche ridotto la gravità dell'acne e migliorato la qualità di vita, quindi potrebbe essere un valido aiuto nel trattamento non farmacologico dell'acne, ha rilevato un piccolo studio pilota italiano.

«Questi risultati rappresentano un'opportunità per trattare una malattia cutanea che colpisce moltissimi adolescenti e adulti, causando disagio, imbarazzo, ansia e bassa autostima e riducendo significativamente la qualità della vita» ha affermato l'autore principale **Luigi Barrea** dell'Università Telematica Pegaso di Napoli. «Anche se sono disponibili numerosi antibiotici orali e trattamenti topici per l'acne, possono causare diversi effetti collaterali. Inoltre, molti pazienti non sono costanti con la terapia topica e interrompono l'assunzione dei farmaci, quindi c'è un bisogno urgente di trattamenti sicuri, tollerabili e a basso costo alternativi alla terapia farmacologica».

L'acne è una malattia infiammatoria cronica che colpisce l'unità pilosebacea, che comprende il follicolo pilifero, il fusto pilifero e la ghiandola sebacea, ed è una delle condizioni della pelle più comuni, dato che colpisce circa il 9% della popolazione mondiale, soprattutto in età adolescenziale. È influenzata significativamente dall'infiammazione e dallo stress ossidativo ed è comunemente associata con l'obesità. Anche la disbiosi è un noto fattore della patologia acneica.

La dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico (VLCKD) riduce l'apporto energetico giornaliero a circa 500-800 kcal e l'assunzione totale di carboidrati a meno di 50 grammi al giorno (che può scendere fino a meno di 30 grammi al giorno). Questa drastica riduzione dei carboidrati costringe l'organismo a passare dall'utilizzo di glucosio come fonte primaria di energia a un combustibile alternativo, ovvero i chetoni, prodotti a partire dagli acidi grassi immagazzinati nel tessuto adiposo.

«È noto il ruolo della dieta nell'acne, tuttavia a oggi nessuno studio ha valutato il ruolo di una dieta chetogenica in questo contesto clinico. La dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico favorisce una rapida perdita di peso, inoltre i corpi chetonici promuovono la riduzione dello stress ossidativo e dell'infiammazione» ha spiegato Barrea.

Un possibile trattamento dietetico per migliorare obesità e acne

I ricercatori italiani hanno valutato l'efficacia di una dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico per 45 giorni in 31 giovani donne (età compresa tra i 18 e i 30 anni) con obesità di grado I e acne moderata, che non erano state trattate farmacologicamente negli ultimi 6 mesi. All'inizio dello studio sono state valutate le misure antropometriche (altezza, peso e circonferenza vita), la composizione corporea, l'Angolo di Fase (PhA, un marcatore dello stato infiammatorio e ossidativo), i livelli di trimetilammina-N-ossido (TMAO, un meta-

bolita associato alla disbiosi intestinale] e il dosaggio delle diverse specie di radicali reattive all'ossigeno (DROM) come biomarcatori dello stress ossidativo.

Tutte le partecipanti sono state sottoposte a un esame dermatologico completo durante il quale è stata valutata la severità clinica dell'acne mediante il Global Acne Grading System (GAGS) su viso, petto e schiena, oltre al Dermatology Life Quality Index (DLQI), un questionario per misurare l'impatto dell'acne sulla qualità di vita.

Le pazienti sono stati istruiti a seguire una dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico (700-800 kcal al giorno), con circa il 13% delle calorie da carboidrati (meno di 30 g al giorno), il 43% da proteine (1,3 g per chilogrammo di peso corporeo ideale) e il 44% di grassi. Dopo 45 giorni di dieta sono state effettuate tutte le valutazioni cliniche e biumorali. A tutte le partecipanti sono state date istruzioni personalizzate per la dieta e l'aderenza è stata controllata settimanalmente da un nutrizionista mediante intervista telefonica.

Miglioramenti di peso, gravità dell'acne e qualità di vita

Tutte le donne hanno completato lo studio e hanno aderito regolarmente alla dieta per 45 giorni. Effetti avversi lievi sono stati riportati solo nella prima settimana (mal di testa, perdita di forza muscolare) ma non hanno richiesto l'interruzione della dieta.

In media le partecipanti hanno perso l'8,08% del loro peso corporeo e hanno ridotto la circonferenza vita del 7,51%. Dopo 45 giorni di dieta la massa grassa si è ridotta significativamente dell'11,34%, la gravità dell'acne è migliorata del 41,5% (punteggio GAGS 24,26 vs 16,48) ed è stato riferita una migliore qualità di vita, con un miglioramento medio del 45% nel punteggio DLQI (14,55 vs 7,32).

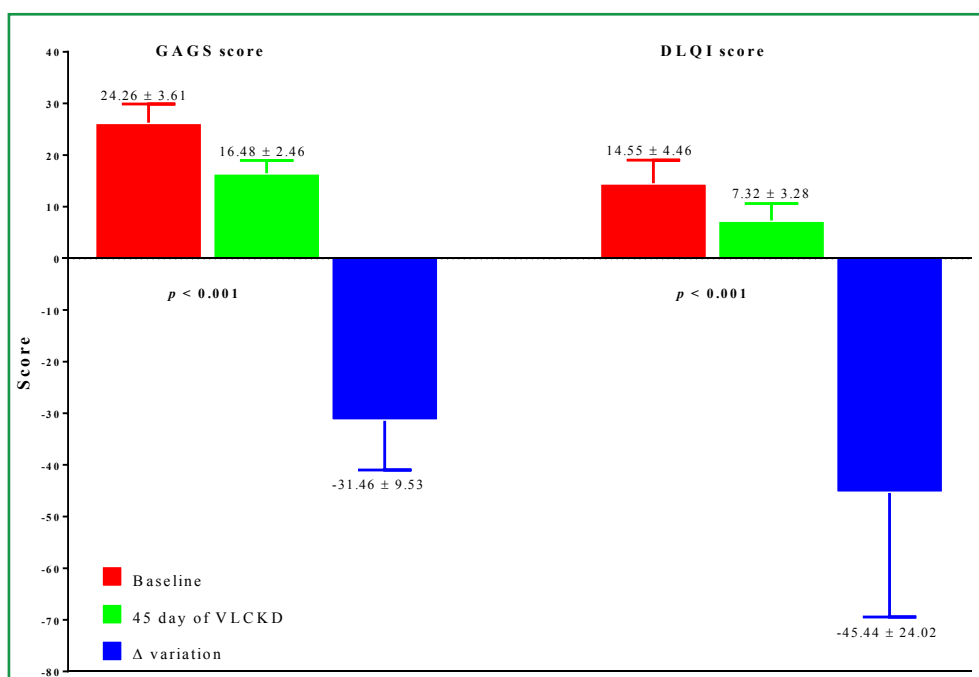


Figura - Parametri dermatologici al basale e dopo 45 giorni di dieta VLCKD.

È importante sottolineare che questi miglioramenti erano associati alla riduzione dei biomarcatori per la disbiosi (livelli di TMAO) e dello stress ossidativo (livelli di DROM), così come a un aumento significativo dell'Angolo di Fase (+8,60°), rispetto al basale. Miglioramenti della severità clinica dell'acne e della qualità di vita sono correlati con la riduzione dello stress ossidativo (DROMS) e con l'aumento dell'Angolo di Fase, anche dopo aver corretto il dato statisticamente con la variazione percentuale della massa grassa.

«In questo studio pilota, la dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico per 45 giorni ha dimostrato notevoli miglioramenti nella severità clinica dell'acne che sembrano essere attribuibili ai noti effetti antiossidanti e antinfiammatori di questo tipo di regime alimentare» ha commentato Barrea. «Se confermati in studi clinici randomizzati con un campione più ampio, la dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico potrebbe rappresentare una valida alternativa agli antibiotici e ai trattamenti topici per aiutare i pazienti a ridurre la gravità dell'acne».

Gli autori hanno comunque sottolineato che questi primi dati non sono ancora sufficienti per raccomandare la dieta chetogenica ai pazienti con acne come terapia di prima linea. Sono necessari ulteriori studi come conferma e per chiarire se i miglioramenti nella gravità clinica dell'acne possono essere raggiunti a lungo termine senza effetti collaterali.

Elevata compliance tra le donne obese e infertili e tassi di gravidanza promettenti

Un secondo studio presentato al congresso ha valutato l'efficacia di una dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico per le pazienti con infertilità. È stato dimostrato che l'obesità e il sovrappeso hanno un impatto negativo sulla fertilità, in quanto possono interrompere l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, diminuire la qualità degli ovuli e influenzare la ricettività dell'utero. Inoltre, l'obesità aumenta il rischio di complicazioni durante la gravidanza, come diabete gestazionale, bambini grandi, ipertensione e travaglio difficile.

Precedenti ricerche hanno suggerito che la dieta può avere un effetto positivo sulla fertilità, sia per il concepimento naturale che per le tecniche di riproduzione assistita (ART). Tuttavia, molte pazienti faticano a ottenere una perdita di peso significativa o non rispettano i cambiamenti nella dieta.

La dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico è un approccio intensivo per trattare l'obesità e può essere un'opzione più efficace per le donne con infertilità. La sua durata a breve termine e i rapidi risultati di perdita di peso possono aiutare a migliorare la compliance in questo specifico contesto clinico, hanno premesso gli autori guidati da **Luisella Vigna**, responsabile del Centro Obesità e Lavoro

presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano.

Questo studio si proponeva di valutare in quale misura le pazienti con sovrappeso, obesità e infertilità sottoposte a tecniche di riproduzione assistita aderiscono alla dieta chetogenica, oltre a valutare l'entità della perdita di peso e i tassi di gravidanza.

Lo studio ha reclutato 42 donne fino a 40 anni di età con un BMI compreso tra 27,5 e 35 e con problemi di infertilità, senza altre condizioni mediche significative. Il protocollo di trattamento consisteva in tre mesi di pasto sostitutivo chetogenico seguiti da 12 mesi di dieta ipocalorica. Se durante lo studio si verificavano gravidanze naturali, il trattamento veniva interrotto ma considerato efficace. Durante tutto il periodo di studio le pazienti hanno ricevuto valutazioni regolari sulla dieta e sulla misurazione corporea.

Delle 42 donne arruolate, 36 hanno aderito alla dieta (86%), per una durata media del trattamento di 5,5 mesi. Le pazienti hanno ottenuto una riduzione significativa del BMI, con una diminuzione mediana da 36,6 a 29,5, con conseguente perdita di peso di 19,9 kg. Otto pazienti (22%) hanno ottenuto una gravidanza naturale, mentre le restanti 28 sono state sottoposte a trattamenti di riproduzione assistita. Tra queste, 16 hanno ottenuto una gravidanza, per un totale di 24 gravidanze. Il tasso di successo per l'intention-to-treat è stato del 57% e il tasso di successo del protocollo è stato del 67%.

«La dieta chetogenica a bassissimo contenuto calorico ha mostrato un'elevata compliance tra le donne obese e infertili e tassi di gravidanza promettenti hanno concluso gli autori. «Potrebbe essere considerato un trattamento di prima linea per le donne obese senza controindicazioni alla chetosi».

Referenze

Barrea L et al. Very Low-Calorie Ketogenic Diet (VLCKD): A Therapeutic Nutritional Tool for Acne? Results of a Pilot Study. Abstract: 0842 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).

Vigna L et al. Prospective observational study in women with overweight-obesity and infertility treated with a Very Low Calorie Ketogenic Diet. Abstract: 1190 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



**Aumento di peso più probabile
se le cellule adipose sono piccole**

Secondo quanto scoperto da uno studio svedese, sarebbe possibile prevedere se una persona aumenterà di peso in base alla dimensione delle sue cellule adipose, dato che chi ha cellule grandi tende a perdere peso nel tempo mentre chi le ha piccole tende a guadagnarlo.

È noto che la dimensione e il numero delle cellule adipose determinano la massa grassa, ovvero la quantità di grasso corporeo di una persona, ma non si conosce il loro impatto sui cambiamenti a lungo termine del peso.

Per approfondire questo aspetto, il team guidato da **Peter Arner** del Dipartimento di Medicina presso il Karolinska Institutet, Stoccolma, Svezia e **Daniel Andersson** del Dipartimento di Endocrinologia presso il Karolinska University Hospital Huddinge, Stoccolma, ha misurato il volume e il numero delle cellule adipose presenti nel grasso addominale sottocutaneo di 260 soggetti (30% uomini) con un'età media di 44 anni e un indice di massa corporea (BMI) medio di 32 kg/m².

Dopo un media di 15 anni i partecipanti sono stati visitati nuovamente e sono stati misurati il peso corporeo (BW), il BMI e il grasso corporeo totale (BF). Dall'analisi sono stati esclusi i soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica o in trattamento con farmaci antiobesità (n=69).

Meno possibilità di aumentare di peso con cellule adipose grandi

Il volume e il numero iniziale delle cellule adipose sono risultati correlati in modo significativo ai cambiamenti in tutte e tre le misure nel tempo, ovvero peso corporeo, BMI e grasso corporeo totale.

Avere un numero elevato di cellule adipose grandi è stato associato a una riduzione dei tre parametri, mentre averne poche e piccole è stato correlato all'aumento di peso, BMI e grasso corporeo, indipendentemente dalla presenza o meno di obesità.

Gli effetti delle dimensioni e del numero di cellule adipose erano additivi e insieme spiegavano il 32-35% delle variazioni nei cambiamenti nel tempo di BW, BMI e BF (p<0,0001).

Le associazioni tra le dimensioni delle cellule adipose e i cambiamenti di BW, BMI e BF restavano significative anche quando venivano presi in considerazione l'età iniziale, l'attività fisica, la durata del follow-up e il sesso, pertanto avere cellule adipose grandi era collegato alla futura perdita di peso e avere cellule piccole al futuro aumento di peso.

«Possiamo solo fare ipotesi sul motivo per cui la dimensione delle cellule adipose di una persona sembra predire il suo peso futuro. Il peso corporeo diminuisce quando il dispendio energetico supera l'introito calorico e il corpo brucia i grassi per compensare. I nostri

risultati suggeriscono che la perdita di cellule adipose grandi ha un impatto maggiore sul peso rispetto alla perdita di cellule piccole» ha osservato Arner.

«È un po' come avere una stanza riempita fino all'orlo da pochi palloncini grandi o da tanti palloncini piccoli. È più facile creare spazio vuoto nella stanza facendo uscire l'aria dai palloncini grandi piuttosto che da quelli piccoli» ha spiegato, aggiungendo che riguardo al motivo per cui avere cellule piccole potrebbe rendere più facile aumentare di peso, «al contrario è più facile riempire la stanza se molti palloncini piccoli aumentano un po' il loro volume, rispetto ad avere pochi palloncini grandi e riempirli solo un poco».

I ricercatori hanno concluso che il volume cellulare ha una forte influenza sui cambiamenti a lungo termine del peso corporeo, quindi misurarlo nelle prime fasi della vita potrebbe essere importante per la gestione del peso negli anni futuri.

Profilo metabolico migliore con cellule adipose piccole

«Potrebbe essere di grande valore clinico avere informazioni sulla dimensione delle cellule adipose prima di iniziare un programma di controllo del peso. Se è vero che le persone con cellule grandi perdono peso più facilmente, quelli con cellule più piccole potrebbero dover ricorrere a un supporto aggiuntivo» ha commentato Arner. «Sfortunatamente al momento non esiste un modo semplice per misurare le dimensioni delle cellule di grasso, ma è qualcosa su cui stiamo lavorando e siamo vicini a trovare una soluzione».

«Tuttavia avere cellule adipose piccole comporta anche qualche vantaggio» ha aggiunto. «È risaputo che questi soggetti hanno un profilo metabolico migliore rispetto a quelli con lo stesso peso ma con cellule adipose grandi. Questo significa che se una persona con cellule piccole acquista peso, potrebbe tuttavia non aumentare il rischio di sviluppare condizioni come il diabete di tipo 2 e l'ipertensione tanto quanto se avesse cellule grandi».

Referenze

Arner P, Andersson DP. Adipose Cellularity Predicts Long Term Weight Changes. Abstract:0098 and oral presentation at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



L'esercizio aerobico riduce

l'infiammazione

e il rischio di malattie metaboliche

Nei soggetti obesi, un anno di esercizio aerobico da moderato a vigoroso dopo la perdita di peso ha ridotto l'infiammazione di basso grado contribuendo a mitigare il rischio di sviluppare diverse malattie metaboliche.

L'obesità è uno stato di infiammazione cronica di basso grado caratterizzata da livelli cronicamente elevati di citochine proinfiammatorie che contribuiscono allo sviluppo di malattie metaboliche, tra cui diabete, aterosclerosi, infarto e ictus. L'esercizio fisico è un modo naturale per potenziare le risposte del sistema immunitario del corpo per ridurre l'infiammazione.

«Sappiamo che l'esercizio fisico può ridurre il rischio di complicanze legate all'obesità e che i nuovi farmaci dimagranti come i GLP-1 agonisti riducono efficacemente l'obesità e i disturbi correlati» ha spiegato l'autore senior **Signe Torekov** dell'Università di Copenaghen in Danimarca. «Volevamo valutare se la combinazione dell'esercizio fisico con un GLP-1 agonista fosse in grado di ridurre l'infiammazione cronica di basso grado nei soggetti obesi, un processo che è alla base di molte malattie croniche e condizioni legate all'età».

Esercizio più liraglutide la combinazione più efficace

Nello studio **S-LITE** randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo, 195 adulti danesi (età media 42 anni, 63% donne) con obesità (BMI 32-43 kg/m²) ma senza storia di diabete, hanno seguito per 8 settimane una dieta ipocalorica (800 kcal/giorno) e hanno perso almeno il 5% del peso corporeo, con una riduzione media di 13,1 kg.

Successivamente sono stati randomizzati a ricevere per un anno il trattamento con placebo (attività abituale più placebo), esercizio fisico (minimo 150/75 minuti di esercizio moderato/vigoroso a settimana come raccomandato dalle linee guida dell'OMS più placebo), liraglutide (3 mg/die più attività fisica abituale) oppure una combinazione di esercizio fisico e trattamento con liraglutide per mantenere la perdita di peso.

L'esercizio fisico consisteva in due sessioni supervisionate a settimana di esercizi per lo più vigorosi su spinning bike (valutati in base alla frequenza cardiaca). Sono stati raccolti campioni di sangue prima e dopo la dieta ipocalorica e dopo il periodo di trattamento di 1 anno per misurare i cambiamenti nei fattori noti dell'infiammazione cronica, ovvero citochine infiammatorie come le interleuchine (IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IFN- γ) e fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- α).

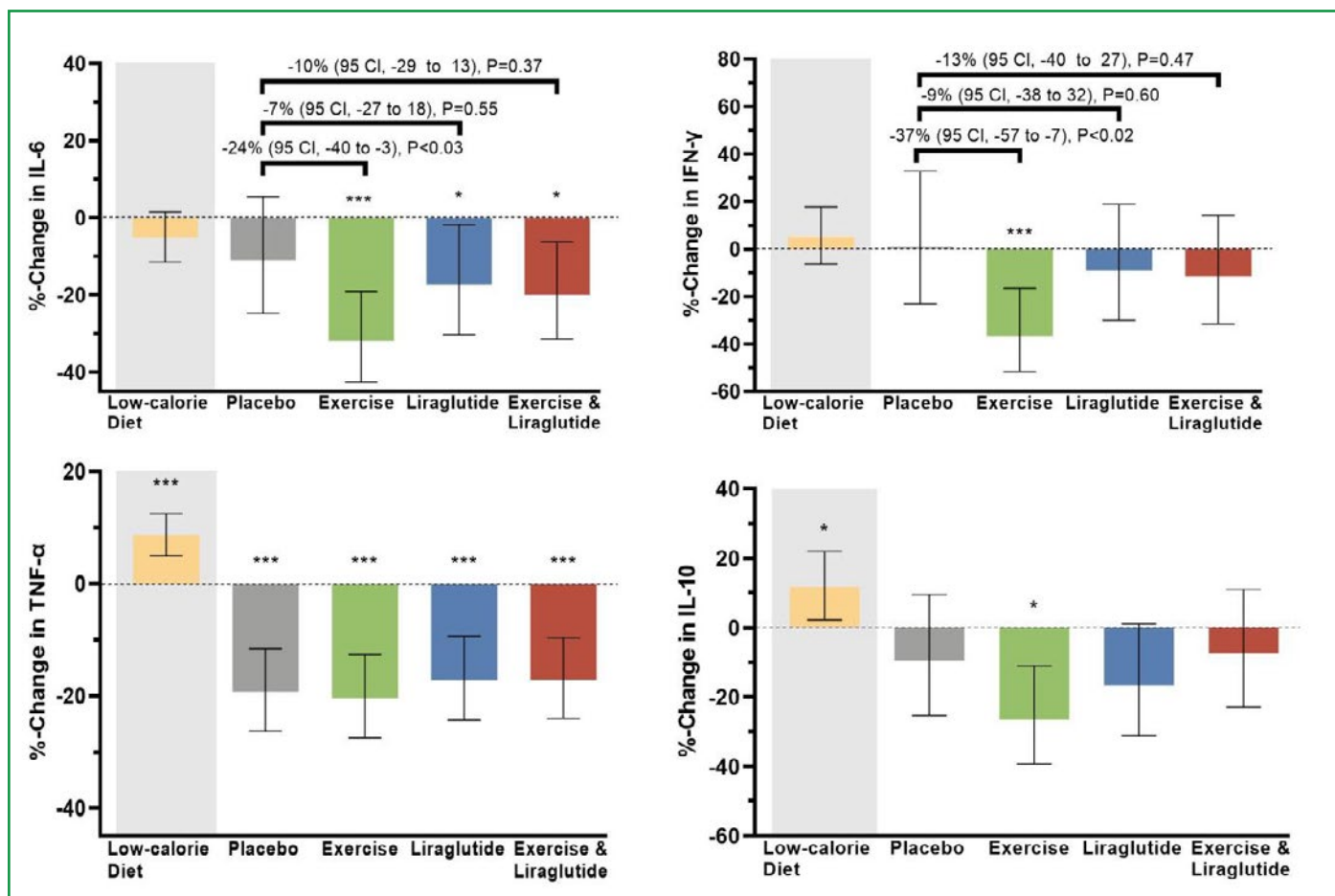
Dopo un anno i pazienti nel gruppo trattato con solo liraglutide hanno perso in media ulteriori 0,7 kg, quelli nel gruppo di esercizio hanno riacquisito 2,0 kg e i soggetti nel gruppo placebo hanno riacquisito circa la metà del peso perso (6,1 kg). Invece i pazienti sottoposti alla combinazione di esercizio fisico e liraglutide hanno perso in media altri 3,4 kg.

Maggiore riduzione dell'infiammazione con l'esercizio fisico

Dopo la dieta ipocalorica, i livelli di TNF- α sono aumentati in media dell'8,4% e i livelli di IL-10 dell'11,7%, senza variazioni significative delle altre citochine. Il TNF- α è associato all'apoptosi (morte cellulare) e, secondo gli autori, la rapida diminuzione del peso porta a un suo aumento transitorio come indicatore di stress.

Il gruppo di esercizio fisico ha ridotto i livelli di IL-6 in media del 31,9%, e del 18,9% rispetto al placebo. Livelli elevati cronici di IL-6 sono associati a malattie cardiovascolari come l'aterosclerosi e la resistenza all'insulina. Questi pazienti hanno inoltre ridotto i livelli di IFN- γ , che nell'obesità è associato alla resistenza all'insulina, in media del 36,6%, e del 37,2% rispetto al placebo.

Nei gruppi liraglutide ed esercizio combinato con liraglutide si sono ridotti i livelli di IL-6 in media rispettivamente del 17,3% e del 19,9%, senza differenze significative rispetto al placebo e senza cambiamenti nell'IFN- γ . Nel complesso non sono inoltre state osservate differenze significative tra i gruppi nelle concentrazioni plasmatiche di IL-2, IL-8, IL-10 e TNF- α .



«I nostri risultati mostrano che l'esercizio fisico secondo le raccomandazioni delle linee guida è la strategia più efficace per ridurre l'infiammazione cronica di basso grado» ha affermato Torekov. «Il

trattamento con liraglutide non ha ridotto l'infiammazione più del placebo e la sua aggiunta all'esercizio fisico non ha ridotto ulteriormente l'infiammazione, sottolineando i benefici dell'attività fisica di intensità da moderata a vigorosa nel ridurre l'infiammazione di basso grado dell'obesità, che potrebbe aiutare a prevenire le malattie metaboliche correlate».

Referenze

Haithem G. A. Alkhefagie HGA et al. Exercise Reduces Chronic Low-grade Inflammation in Adults with Obesity After Weight Loss: A Randomized Clinical Trial. Abstract:0584 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



**Diabete di tipo 2 più comune
negli uomini obesi
per una maggiore resistenza
adiposa all'insulina?**

Nelle persone con obesità la resistenza all'insulina del tessuto adiposo è più grave negli uomini che nelle donne, un fatto che potrebbe in parte spiegare perché il diabete di tipo 2 è più comune nel sesso maschile, hanno concluso gli autori di uno studio.

Vi sono ampie evidenze che gli uomini sono più inclini delle donne a sviluppare il diabete di tipo 2 in età più giovane e con livelli inferiori di massa grassa. Questo dimorfismo sessuale può essere spiegato da molti fattori, ma le differenze tra uomini e donne nell'azione dell'insulina potrebbero essere di grande importanza perché la resistenza all'insulina è fondamentale per lo sviluppo del diabete. Infatti si osserva frequentemente che il muscolo scheletrico e il fegato sono più sensibili all'insulina nelle donne rispetto agli uomini. Non è tuttavia noto se anche il tessuto adiposo sia coinvolto nelle differenze sessuali, motivo per il quale è stato oggetto di questo studio, hanno premesso i ricercatori.

Il tessuto adiposo è l'organo principale per l'immagazzinamento dell'energia. In presenza di un eccesso energetico l'insulina riduce la scomposizione dei trigliceridi (lipolisi) e il rilascio di acidi grassi liberi nel sangue, aumentando lo stoccaggio di energia sotto forma di trigliceridi (lipogenesi) nelle cellule adipose.

«Nella resistenza all'insulina le cellule adipose sono meno sensibili all'ormone ed entrambi questi processi risultano compromessi, con una possibile maggiore circolazione di grasso nel sangue che aumenta il rischio di diabete di tipo 2» ha spiegato il relatore e autore senior dello studio **Daniel Andersson**, del Dipartimento di Endocrinologia, Ospedale Universitario Karolinska Huddinge, Stoccolma, Svezia. «Se la resistenza all'insulina delle cellule adipose è più pronunciata o grave negli uomini rispetto alle donne, questo potrebbe aiutare a spiegare la differente frequenza della malattia metabolica nei due sessi».

Gli uomini hanno una maggiore resistenza all'insulina del tessuto adiposo

Per approfondire questo aspetto, i ricercatori hanno misurato l'indice di resistenza all'insulina adiposa (AdipoIR, una misura della sensibilità all'insulina delle cellule adipose, dove valori più alti indicano una maggiore resistenza all'insulina) in 2.344 donne e 787 uomini (età media 44 anni, BMI 35 kg/m²).

Gli uomini avevano valori di AdipoIR più alti rispetto alle donne ($p < 0,0001$), ma solo in presenza di obesità (BMI di almeno 30), e indipendentemente dal fatto che fossero fisicamente attivi o sedentari, con o senza malattie cardiometaboliche e fumatori o meno.

In un sottogruppo di 259 donne e 54 uomini con obesità sono state prelevate biopsie dal tessuto adiposo per analizzare l'effetto dell'insulina sulle cellule adipose isolate. Sono emerse chiare differenze tra i sessi: negli uomini era necessaria una concentrazione di insulina 10 volte maggiore rispetto alle donne per bloccare la scomposizione dei trigliceridi in acidi grassi, con un blocco inoltre meno efficace. Tuttavia la capacità di immagazzinamento delle cellule adipose era simile per entrambi i sessi.

Ridotta capacità dell'insulina di bloccare la scomposizione degli acidi grassi negli uomini

«Nelle persone obese si ha spesso un eccesso di energia disponibile nell'organismo e l'insulina dovrebbe ridurre il rilascio di acidi grassi e aumentare l'immagazzinamento di lipidi nel tessuto adiposo per ridurre gli acidi grassi liberi circolanti nel sangue» ha spiegato il relatore. «Esaminando le differenze tra i sessi abbiamo scoperto che gli uomini che convivevano con l'obesità avevano una maggiore resistenza adiposa all'insulina e livelli più elevati di acidi grassi liberi nel sangue».

«Le differenze osservate tra uomini e donne erano legate principalmente alla ridotta capacità dell'insulina di bloccare la scomposizione degli acidi grassi nelle cellule adipose degli uomini piuttosto che alle differenze sessuali nella capacità di stoccaggio» ha aggiunto. «Gli acidi grassi nel flusso sanguigno hanno effetti sul fegato, sui muscoli e sul pancreas e potrebbero portare a un'ulteriore resistenza locale all'insulina in questi organi, creando un circolo vizioso che, nel tempo, potrebbe portare allo sviluppo del diabete di tipo 2».

In sintesi, nell'obesità la resistenza adiposa all'insulina è più evidente negli uomini che nelle donne e potrebbe in parte spiegare perché il diabete di tipo 2 è più comune nel sesso maschile. Questo fatto è selettivo per l'effetto antilipolitico dell'ormone nelle cellule adipose e può, almeno in parte, essere collegato alla via canonica di segnalazione dell'insulina, in particolare l'insulin receptor substrate 1 (IRS-1), e all'aumento della velocità basale della lipolisi.

Referenze

Arner P, Andersson DP. Adipose Cellularity Predicts Long Term Weight Changes. Oral presentation at the European Congress on Obesity (ECO 2024)

Arner A et al. Sex differences in adipose insulin resistance are linked to obesity, lipolysis and insulin receptor substrate 1. Int J Obes. 2024 Mar 15.



Obesità, negli over 40

sarebbe opportuna una soglia

di BMI più bassa

Un indice di massa corporea di almeno 30 kg/m^2 riconosciuto a livello internazionale come indicatore di obesità potrebbe non essere appropriato per le persone con più di 40 anni, se si tiene conto dell'aumento del grasso corporeo e del declino della massa muscolare durante l'invecchiamento, ha concluso uno studio di real world italiano.

L'obesità è una malattia cronica definita come un accumulo di grasso corporeo eccessivo e la sua diagnosi sulla base di questo parametro è al momento il metodo più accurato, ma i criteri dell'Oms considerano un BMI di almeno 30 kg/m^2 come livello di soglia per l'obesità per tutti i soggetti bianchi, indipendentemente da sesso ed età.

Se tuttavia si tiene conto dei cambiamenti che si verificano nella composizione corporea durante l'invecchiamento, come un aumento del grasso corporeo e una riduzione della massa magra (che diminuisce di quasi il 5% ogni 10 anni dopo i 30), l'uso di questa soglia "universale" potrebbe non essere appropriato.

Classificazione Oms vs percentuale del grasso corporeo totale

Per valutare la validità del cut-off dell'Oms per la classificazione dell'obesità negli italiani di mezza età e anziani, i ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma, dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia e dell'Università di Beirut in Libano, hanno condotto uno studio trasversale che ha coinvolto 4.800 adulti (61,5% donne, età 40- 80 anni) che si sono rivolti alla Sezione di Nutrizione Clinica del Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione dell'Università Tor Vergata. Sono state escluse le persone in gravidanza, in trattamento con farmaci che hanno effetto su composizione o peso corporeo, con condizioni mediche di base associate alla perdita di peso (come i tumori) oppure gravi problemi psichiatrici.

I partecipanti sono stati inizialmente classificati sulla base dei criteri di BMI dell'Oms, ovvero 1.087 soggetti normopeso ($18,5\text{-}24,99 \text{ kg/m}^2$), 1.826 in sovrappeso ($25\text{-}29,9$) e 1.887 con obesità (>30). Successivamente sono stati riclassificati in funzione dello stato di adiposità basato sulla percentuale di grasso corporeo totale (BF%) misurata tramite assorbimetria bifotonica a raggi X (DXA) in base alle soglie dell'obesità specifiche per età e sesso:

- 40-59 anni: BF% di almeno il 40% per le femmine e BF% di almeno il 28% per i maschi
- 60-79 anni: BF% di almeno il 42% per le femmine e BF% di almeno il 30% per i maschi).

Questi cut-off della percentuale di grasso corporeo totale si basano su un riferimento ampiamente utilizzato per definire l'obesità. I ricercatori hanno quindi valutato le prestazioni diagnostiche della soglia di BMI dell'Oms (30 kg/m^2) nel rilevare l'obesità, confrontandola con quella definita dalla percentuale di grasso corporeo per tutti i partecipanti in base a età e sesso al fine di identificare la migliore

sensibilità e specificità per prevedere l'obesità negli adulti di mezza età e anziani.

I criteri Oms potrebbero sottostimare il numero di adulti obesi

Tenendo conto della percentuale di grasso corporeo, molti soggetti con un BMI indicativo di normopeso [18,5-24,99] sono stati classificati come affetti da obesità. Inoltre le percentuali di pazienti classificati come obesi con i criteri Oms sono decisamente aumentate se valutate in base alla percentuale di grasso corporeo:

- uomini dal 38% al 71%
- donne dal 41% al 64%

In base ai risultati dello studio, la soglia di BMI più appropriata per identificare l'obesità negli adulti di mezza età e anziani in base alla percentuale di grasso corporeo era di 27,08 kg/m² nelle femmine e 27,36 kg/m² nei maschi, con un alto grado di precisione (probabilità di quasi il 90% di rilevare l'obesità). I nuovi valori soglia hanno anche mostrato un'elevata sensibilità [80,69%] e specificità [83,63%], indicando una bassa probabilità di falsi negativi e falsi positivi.

In modo inaspettato solo il 57% delle donne considerate affette da obesità secondo la nuova soglia di BMI è stato classificato correttamente in base allo standard dell'Oms, quindi circa il 40% delle donne con obesità non è stato identificato. Allo stesso modo, circa la metà degli uomini con obesità non è stata rilevata in base all'attuale soglia dell'Oms.

«Il nostro studio nel mondo reale in un contesto clinico in Italia mostra che la soglia ottimale del BMI per identificare l'obesità per gli adulti dai 40 anni in avanti è significativamente inferiore a quella attualmente utilizzata» ha affermato il primo autore **Marwan El Ghoch** dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. «Il nuovo limite di BMI proposto riconosce le differenze fisiologiche tra gli adulti di mezza età e gli anziani e le popolazioni più giovani. È probabile che i cambiamenti nella composizione corporea nel corso della vita, che sembrano verificarsi senza una variazione significativa del peso, portino a una maggiore adiposità con un BMI più basso».

«Se continuiamo a utilizzare lo standard dell'Oms per lo screening dell'obesità, ci mancheranno molti adulti di mezza età e anziani che sono a rischio di malattie legate all'obesità, tra cui il diabete di tipo 2, le malattie cardiovascolari e alcuni tipi di cancro» ha aggiunto il co-autore **Antonino De Lorenzo** dell'Università Tor Vergata di Roma. «Stabilire questa nuova soglia del BMI nelle linee guida e nella nostra pratica clinica dell'obesità sarà vantaggioso per la salute di milioni di persone anziane e di mezza età».

Tra i limiti dello studio è stata citata la sua natura osservazionale e monocentrica e il fatto di essere stato condotto in una determinata area del Paese, quindi i risultati potrebbero non essere generalizzabili ad altre popolazioni. Inoltre non si è tenuto conto di possibili fattori confondenti come le abitudini alimentari, i livelli di attività fisica e la qualità del sonno, che possono aumentare la probabilità di obesità e possono giustificare le differenze osservate tra i gruppi di età.

Gli autori hanno concluso che il loro studio indica un valore soglia inferiore per l'identificazione dell'obesità negli adulti di mezza età e negli anziani in Italia, anche se sono necessari ulteriori studi più ampi, in più siti e in altri paesi europei per confermare i risultati.

Referenze

Ghoch ME et al. New BMI Cut-Off Points for Obesity in Middle-Aged and Older Adults in Nutrition Settings in Italy. Abstract: 0152 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).

Di Renzo L et al. New BMI Cut-Off Points for Obesity in Middle-Aged and Older Adults in Clinical Nutrition Settings in Italy: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2022 Nov 16;14(22):4848.



**Nell'obesità rischio di decesso
prematureo triplicato
se i muscoli non sono in salute**

Una cattiva salute muscolare è comune nelle persone obese e aumenta il rischio di decesso prematuro, tre volte più probabile in confronto a chi ha muscoli sani, secondo uno studio svedese condotto su soggetti britannici.

La perdita di peso è sempre più raccomandata nella gestione di condizioni croniche come il diabete di tipo 2 e le malattie cardiovascolari, e i nuovi farmaci dimagranti consentono alle persone di perdere quantità di peso maggiori rispetto al passato.

Tuttavia, con terapie farmacologiche che consentono di ottenere risultati simili a quelli raggiungibili con la chirurgia, sta crescendo la preoccupazione per i potenziali effetti avversi sulla salute dei muscoli, come una significativa perdita di massa muscolare e una ridotta mobilità, hanno premesso gli autori.

«La ricerca ha dimostrato che, anche se le persone obese hanno una maggiore massa muscolare, in genere i loro muscoli sono relativamente più deboli. Hanno anche una qualità muscolare inferiore, oltre che mobilità e funzionalità ridotte» ha spiegato il primo autore **Jennifer Linge** di AMRA Medical, una società di informatica sanitaria a Linköping, Svezia. «Una valutazione accurata della composizione muscolare, analizzando sia la quantità che la qualità dei muscoli durante questi trattamenti, ci consentirà di capire se una perdita di peso rapida e significativa è sicura, soprattutto per i pazienti più vulnerabili, come quelli con obesità sarcopenica o in età avanzata. Così come sono necessarie ulteriori ricerche sull'importanza di mantenere la salute dei muscoli».

Precedenti ricerche effettuate utilizzando la risonanza magnetica (MRI) hanno collegato la scarsa salute muscolare con prestazioni funzionali ridotte (minore forza di presa, ritmo di camminata più lento, maggiore difficoltà nel salire le scale e maggiore predisposizione alle cadute), cattiva salute e decesso per qualsiasi causa in individui non affetti dalla malattia del fegato grasso alcolica (NAFLD) e nella popolazione generale, tuttavia mancano dati nelle persone che convivono con l'obesità (BMI > 30 kg/m²).

Analisi della quantità e della qualità dei muscoli in persone obese

I ricercatori hanno pertanto condotto uno studio utilizzando AMRA Researcher, un software che fornisce misurazioni della composizione corporea dalle scansioni MRI, per analizzare le scansioni di 56.109 partecipanti allo studio UK Biobank. Hanno quantificato il volume muscolare (quantità muscolare) e il grasso muscolare (qualità muscolare) e hanno calcolato un punteggio z personalizzato del volume muscolare, un'indicazione di come la quantità di massa muscolare si confronta con la media del sesso e della dimensione corporea.

I partecipanti sono stati suddivisi in quattro gruppi a seconda che avessero una composizione muscolare normale, solo un alto livello

di grasso muscolare, solo un basso punteggio z di volume muscolare o una composizione muscolare sfavorevole (sia una quantità elevata di grasso muscolare che un basso punteggio z di volume muscolare).

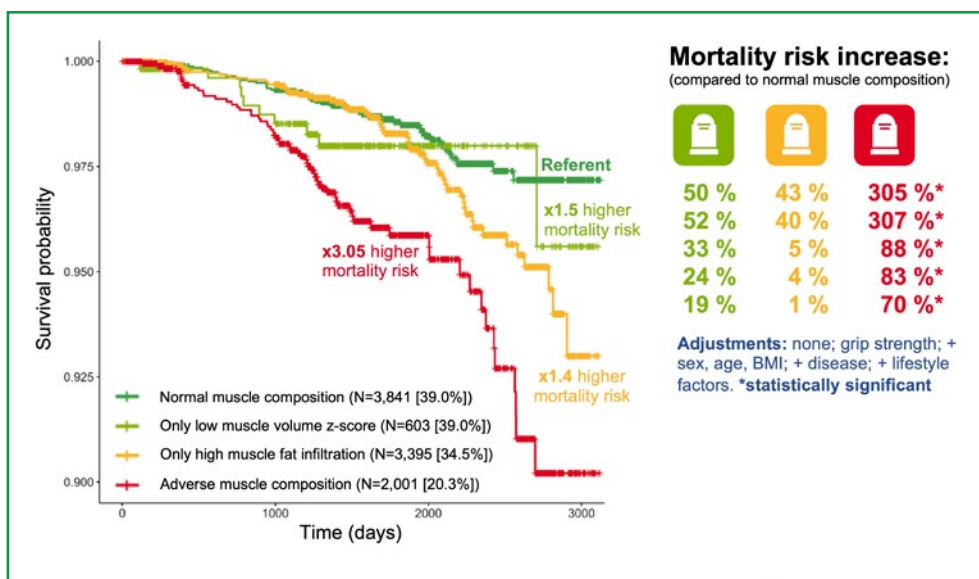
Rischio più elevato di decesso con una cattiva salute muscolare

In totale sono stati considerati 9.840 soggetti obesi (50% uomini, età media 64,4 anni e BMI 33,5 kg/m²) per i quali erano disponibili i dati su sesso, età, BMI e composizione muscolare. Di questi, 2.001 (20,3%) avevano una cattiva composizione muscolare.

I partecipanti sono stati seguiti per una media di 3,9 anni, durante i quali sono decedute 174 persone, prevalentemente a causa di malattia ischemica (malattia coronarica) e ipertensiva (ipertensione primaria, cardiopatia ipertensiva e malattia renale ipertensiva).

Anche se avere singolarmente un basso punteggio z di volume muscolare o livelli elevati di grasso muscolare non erano significativamente associati a un rischio più elevato di decesso per qualsiasi causa, lo era la composizione muscolare sfavorevole (quindi con basso punteggio z di volume muscolare e grasso muscolare elevato), sottolineando l'importanza di valutare tanto la quantità di grasso nei muscoli quanto il volume muscolare quando si analizza la salute dei muscoli, hanno affermato gli autori.

In sostanza, i partecipanti con una composizione muscolare sfavorevole avevano una probabilità tre volte maggiore di morire durante il follow-up rispetto a quelli con una composizione muscolare normale (hazard ratio 3,05, p<0,01). «Abbiamo scoperto che, semplicemente osservando la composizione muscolare, possiamo prevedere quali individui con obesità hanno maggiori probabilità di decesso nei prossimi anni» ha affermato Linge.



L'associazione tra cattiva salute muscolare e mortalità per tutte le cause si manteneva significativa anche quando venivano presi in

considerazione la forza di presa della mano (HR 3,07, $p < 0,01$), sesso, età e BMI (HR 1,88, $p < 0,01$), altre malattie (cancro, diabete di tipo 2 e malattia coronarica) (HR 1,83, $p < 0,01$) e fattori legati allo stile di vita (fumo, consumo di alcol e attività fisica) (HR 1,70, $p = 0,013$). In questo modello completamente aggiustato, la composizione muscolare sfavorevole era associata a un rischio più elevato del 70% di decesso prematuro. Anche il sesso, l'età, il diabete di tipo 2 e il fumo erano associati a un rischio più elevato di decesso prematuro.

«Questi risultati indicano che preservare la salute muscolare è di fondamentale importanza per le persone affette da obesità» ha osservato Linge. «Stabile se i farmaci che consentono una perdita di peso significativa o rapida causano un'eccessiva perdita di muscoli o peggiorano la qualità muscolare porterà a un trattamento più sicuro dell'obesità, sia in generale che nei pazienti più vulnerabili».

Referenze

Linge J et al. Adverse muscle composition predicts all-cause mortality in obesity – A personalized assessment of sarcopenic obesity using magnetic resonance imaging. Abstract:0600 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



**I social media possono essere
un ottimo strumento per parlare
ai giovani dell'obesità**

La percentuale di bambini e adolescenti obesi in tutto il mondo è più che quadruplicata tra le ragazze (dall'1,7% al 6,9%) e tra i ragazzi (dal 2,1% al 9,3%) tra il 1990 e il 2022. L'Italia ha il quarto tasso più alto di sovrappeso e obesità infantile in Europa, che coinvolge quasi il 40% dei bambini di età compresa tra 7 e 9 anni, in confronto a una media europea del 29%.

La crescente epidemia di obesità, in particolare tra i giovani, rappresenta una sfida globale che richiede approcci innovativi. Oltre il 90% degli adolescenti ha almeno un account sui social media e la loro presenza su tali piattaforme è in continua crescita.

I produttori di alimenti e bevande sfruttano questa tendenza commercializzando i loro prodotti sui social media per gli adolescenti ma, a seconda del valore nutrizionale di quanto viene commercializzato, l'influenza delle pubblicità sui social media può contribuire al rischio di sviluppare esiti avversi per la salute come obesità, ipertensione e diabete di tipo 2.

Di contro i social media possono rappresentare un modo potenzialmente coinvolgente per supportare adolescenti e giovani adulti nel mantenere una dieta sana e nell'apprendimento della nutrizione.

«C'è un bisogno urgente di sfruttare il potenziale di TikTok e di altri canali di social media per fornire informazioni scientifiche sull'obesità ai giovani in modo coinvolgente e accessibile» ha affermato la ricercatrice **Antonella Franceschelli** della Unicamillus International Medical University di Roma. «La popolarità e l'ampia portata di queste piattaforme offrono l'opportunità di raggiungere un pubblico diversificato, tra cui adolescenti e giovani adulti».



CLICCA E GUARDA IL VIDEO

Durata: 08' 17"

TikTok e obesità: il potere dei social per la divulgazione scientifica

Dott.ssa Antonella Franceschelli

Qual è il ruolo della piattaforma TikTok nel comunicare la scienza dell'obesità? Abbiamo esplorato questa tematica insieme alla Dott.ssa Antonella Franceschelli, esperta nel campo della nutrizione e della prevenzione dell'obesità. La Dott.ssa ha condiviso con noi le sue intuizioni sul potenziale di TikTok come strumento per diffondere informazioni scientifiche in modo efficace e coinvolgente. Ha evidenziato come questa piattaforma, con il suo formato di video brevi e accattivanti, possa raggiungere un vasto pubblico, inclusi i giovani, sensibilizzandoli sui rischi legati all'obesità e promuovendo uno stile di vita sano. Grazie alla sua capacità di rendere virali i contenuti, TikTok può contribuire significativamente alla divulgazione scientifica e alla promozione della salute pubblica.

Ampia partecipazione agli eventi sull'obesità

Per comprendere meglio questo potenziale, i ricercatori hanno effettuato un'analisi integrata delle metriche di diffusione e coinvolgimento ottenute dall'account TikTok @dr.anthos in lingua italiana gestito dalla stessa Franceschelli, che contiene brevi video sul trattamento dell'obesità, comprese informazioni su alimentazione sana, esercizio fisico e trattamenti farmacologici, oltre a domande e risposte dal vivo con i medici.

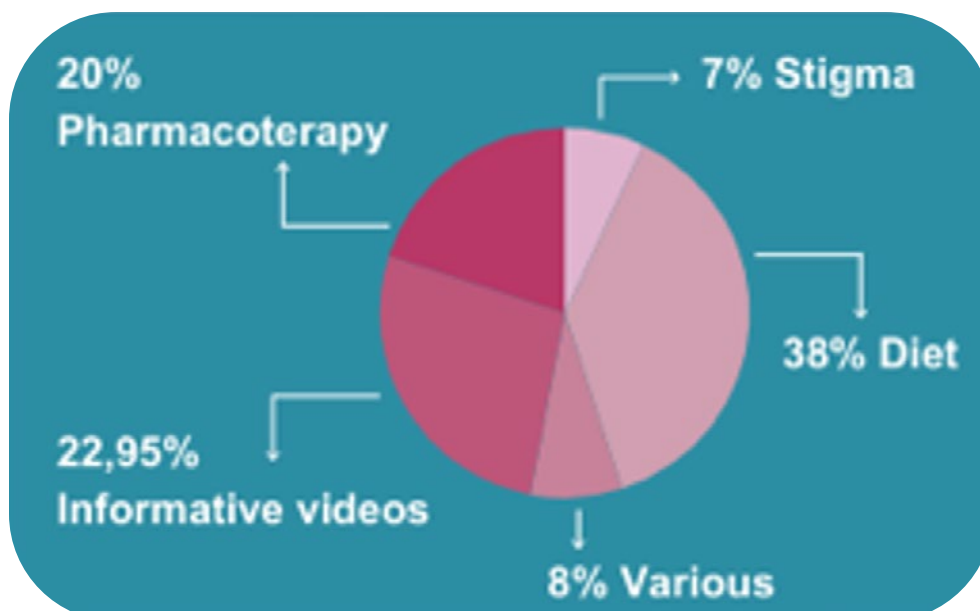
I video riguardanti il trattamento dei pazienti con obesità possono raggiungere fino a 1 milione di persone e alle sessioni live su TikTok possono partecipare fino a 2.000 persone e fare una domanda allo specialista dell'obesità.

Sono stati analizzati 108 video postati da settembre 2021 a febbraio 2024. I video sono stati guardati 4.631.982 volte in totale, per un numero medio di visualizzazioni per video di 42.495.

I più popolari sono stati quelli sui farmaci per l'obesità, con un numero medio di visualizzazioni per video di 135.945. Il più visto, quasi un milione [959.536] di volte, riguardava semaglutide. Il pubblico era composto per il 57% da donne e per il 4% (circa 38mila) da giovani di età compresa tra 18 e 24 anni.

I video sulla lotta allo stigma che può essere associato all'obesità hanno attirato in media 23.587 spettatori, mentre quelli sull'alimentazione sana hanno attirato in media 10.262 spettatori.

Le sessioni di domande e risposte dal vivo, che offrono l'opportunità di porre domande a uno specialista dell'obesità, hanno attirato fino a 2.000 partecipanti ciascuna, con sessioni sullo stigma che hanno generato una quantità particolarmente ampia di discussioni tra i pazienti e con il medico.



«Dobbiamo trovare nuovi modi per parlare ai giovani dell'obesità. I canali di social media come TikTok offrono un'opportunità unica per raggiungerli in modo divertente e creativo e coinvolgerli in discussioni significative sulla salute» ha concluso Franceschelli. «Attraverso brevi video è possibile condividere informazioni sulla prevenzione dell'obesità, sulle abitudini alimentari salutari, sull'importanza dell'attività fisica e altri argomenti. Inoltre l'utilizzo di TikTok per affrontare l'obesità può aiutare a combattere lo stigma associato a questa condizione. Creando una comunità online di sostegno e condividendo storie di successo ed esperienze personali, è possibile promuovere una cultura di accettazione e sostegno per coloro che lottano con il proprio peso.

In sintesi, l'ampia partecipazione a questo tipo di eventi riflette un crescente interesse del pubblico per le informazioni scientifiche sull'obesità sulle piattaforme social. L'analisi dei dati ha mostrato evidenza una varietà di utenti, tra cui giovani e adolescenti, evidenziando l'efficacia di questa modalità di comunicazione nell'affrontare il tema dell'obesità giovanile. I social media stanno emergendo come un potente veicolo per comunicare dati scientifici in modo accessibile e coinvolgente. L'ampia portata di tali piattaforme offre l'opportunità di raggiungere un pubblico diversificato, compresi giovani e adolescenti, il che è fondamentale nel contesto dell'obesità giovanile. Questo studio evidenzia l'urgente necessità di sfruttare appieno il potenziale dei social media nella divulgazione scientifica sull'obesità, evidenziando la loro capacità di educare e influenzare positivamente le decisioni sanitarie. L'esperienza personale dell'autore testimonia il successo di questa strategia, sottolineando l'importanza e l'efficacia dei social media come strumento di comunicazione nella lotta all'obesità.

Referenze

Franceschelli A, Petrucci I. TikTok's Impact on Science Outreach for People with Obesity: An Experience-Based Analysis. Abstract:1045 presented at the European Congress on Obesity (ECO 2024).



**CLICCA QUI
PER VEDERE
LA FOTOGALLERY**



PHARMASTAR

www.pharmastar.it
Registrazione al Tribunale di Milano
n° 516 del 6 settembre 2007

EDITORE

MedicalStar
Via San Gregorio, 12 - 20124 Milano
info@medicalstar.it - www.medicalstar.it

AVVERTENZE PER I LETTORI

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere copiata o riprodotta anche parzialmente senza l'autorizzazione dell'Editore.

L'Editore declina ogni responsabilità derivanti da errori od omissioni in merito a dosaggio o impiego di medicinali o dispositivi medici eventualmente citati negli articoli e invita il lettore a controllare personalmente l'esattezza delle informazioni, facendo riferimento alla bibliografia relativa.

DIRETTORE RESPONSABILE

Danilo Magliano

PROGETTO E GRAFICA

Francesca Bezzan - www.franbe.it

HANNO REALIZZATO LO SPECIALE



Davide Cavaleri

Testi e coordinamento editoriale



Lorenzo Cappon

Videomaker

Realizzato con il supporto non condizionato di Novo Nordisk



Un sincero ringraziamento per il supporto
dell'ufficio stampa Tony Kirby PR (Tony Kirby e Rachael Davies)
con il supporto di Diego Freri e del team di HealthCom Consulting Milano.

PHARMASTAR★
il Giornale online sui Farmaci
WWW.PHARMASTAR.IT