

Obesità: dal riconoscimento come malattia cronica alla gestione territoriale

L'obesità ha finalmente raggiunto il meritato riconoscimento di reale condizione di malattia cronica. Il percorso per giungere a questa definizione è stato lungo, caratterizzato da sforzi, ricerca, tentativi e dibattiti che si sono di recente concretizzati nella prima legge sull'obesità, la Legge Pella

Elisabetta Torretta

È cruciale sottolineare che l'obesità è definita una **malattia cronica** e, in quanto tale, richiede un **trattamento cronico**. Va inoltre sottolineato come l'obesità sia un problema sempre più presente e diffuso nella nostra società, a partire dalle fasce di età pediatriche.

ALLARME UNICEF SULL'OBESITÀ PEDIATRICA

Secondo un nuovo rapporto diffuso dall'Unicef, nel 2025 l'obesità ha superato il sottopeso come forma più diffusa di malnutrizione, interessando 1 bambino in età scolare e adolescenziale su 10 - ovvero 188 milioni - esponendoli al rischio di malattie potenzialmente letali. Il nuovo rapporto Feeding Profit: How Food Environments are Failing Children si basa su dati provenienti da oltre 190 paesi e rileva che i tassi di obesità sono aumentati dal 3% al 9,4%.

“Inoltre - ha precisato **Silvio Buscemi**, presidente Società Italiana dell'Obesità (Sio) - questa condizione patologica non emerge isolatamente, ma è la malattia fonda-

mentale da cui spesso derivano molteplici altre condizioni, definite sovente come malattie non comunicabili. Se si interviene curando l'obesità, si assiste a un conseguente crollo di patologie associate, come le malattie cardiovascolari, il diabete e altre condizioni cliniche. Questo non solo migliora la qualità di vita delle persone ma rappresenta anche un vantaggio per la sostenibilità economica del Ssn, considerando gli ingenti e ben noti costi associati alle malattie cardiovascolari e al diabete. Contrastare l'obesità, quindi, è un vantaggio sia per la salute individuale che per la collettività”.

Il trattamento farmacologico: un'opportunità giovane e sinergica

“Il trattamento farmacologico dell'obesità - ha commentato **Buscemi**, - rappresenta una grande opportunità, pur essendo una terapia ancora relativamente 'giovane', presente in Italia da un anno. È fondamentale tuttavia che si comprenda che il farmaco non è la panacea ma rappresenta una soluzione per quelle persone che non riescono ad affrontare il problema diversamente e che hanno una scadente qualità di vita che può sicuramente migliorare con l'utilizzo del farmaco. Inoltre, la Sio

INFOBOX

Italia, l'unico Paese al mondo che ha una legge sull'obesità

La Legge Pella rappresenta un passo storico e un deciso passo avanti per la salute pubblica, considerata l'allarmante crescita dei numeri e delle complicità dell'obesità in Italia e nel mondo. L'approvazione della prima Legge al mondo volta a contrastare l'obesità è caduta in coincidenza con l'apertura a Trieste del XII Congresso Nazionale della Società Italiana dell'Obesità (Sio) che ha visto riuniti i maggiori esperti italiani e internazionali di obesità. “La Società Italiana dell'Obesità è molto felice per l'approvazione della legge Pella sull'obesità, un passaggio storico che conferma in maniera definitiva per la prima volta al mondo una legislazione specifica e sistematica dell'obesità come malattia, un punto di non ritorno e motivo di orgoglio per l'Italia” ha dichiarato **Rocco Barazzoni**, Past President Sio.

pone l'accento sul fatto che l'utilizzo di questi farmaci non può essere mai disgiunto da un approccio medico-nutrizionale al problema. Il farmaco non è contrapposto al trattamento medico-nutrizionale o dietetico, ma è parte di un intervento più complesso erogato in team, che considera i molteplici aspetti fondamentali per modificare abitudini e stili di vita".

Territorializzazione della gestione della malattia: il ruolo cruciale del Mmg

L'obiettivo della Sio è progredire in un percorso di qualità giungendo quanto più possibile al territorio, dove si combatte il fenomeno e dove si concentra il fronte di maggiore interesse. Storicamente, il contrasto all'obesità si è focalizzato nei centri di più o meno elevata specializzazione, dove arrivano i pazienti con problemi più complessi. Tuttavia, la partita fondamentale si gioca nel territorio.

"Il Medico di medicina generale - ha sottolineato **Buscemi** - è la figura che può arrivare al territorio meglio di altri. È essenziale coinvolgere anche altri attori che possono essere messi a sistema in un intervento più articolato, come le Case di comunità e le farmacie, realtà che devono entrare nel percorso di qualità e devono avere gli strumenti culturali necessari per affrontare la tematica". Il Mmg non è solo il primo interlocutore delle persone con obesità ma è anche una figura professionale in grado di gestire farmacologicamente il problema prescrivendo strategie ed interventi più idonei ed efficaci.

Prospettive terapeutiche future

"Il congresso di Trieste - ha commentato in merito **Barazzoni** - ha rappresentato un importantissi-

mo momento di riflessione e anche di entusiasmo, considerando che le nuove terapie farmacologiche oggi a disposizione sono in grado di modificare le prospettive e portano la consapevolezza che l'obesità è una malattia che può e deve essere curata. Una delle novità nel futuro della terapia è la possibile utilizzazione di tirzepatide in somministrazione orale, permettendo una maggiore scelta ai pazienti sia per preferenza personale sia per una possibile residua difficoltà nell'utilizzo della via iniettiva".

"Inoltre - ha aggiunto **Buscemi** - le prospettive future richiedono la necessità di comprendere al meglio come utilizzare questi farmaci nella vita reale, di raccogliere esperienze, dibatterle, aggiornare le linee guida alla luce delle evidenze, e di far comprendere i gravi aspetti economici del problema obesità ai decisori".

Tirzepatide contro le complicanze cardiometaboliche

Ma l'efficacia di questo incretinico non si ferma alla terapia del diabete e dell'obesità ma si estende anche alle complicanze cardiometaboliche.

I risultati principali dello studio di Fase 3 pionieristico e di lungo periodo **Surpass-CVOT** (con oltre quattro anni e mezzo di follow-up mediano) sono stati presentati al congresso Easd. "Questo - ha commentato il professor **Stefano Del Prato**, Professore emerito di Endocrinologia, Università di Pisa - è il più ampio e prolungato studio mai condotto su tirzepatide, coinvolgendo oltre 13.000 pazienti in 30 Paesi, tutti adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 e malattia cardiovascolare aterosclerotica conclamata. Lo studio

ha confrontato direttamente tirzepatide con dulaglutide (un agonista del recettore Glp-1), un farmaco che aveva già dimostrato un chiaro beneficio cardiovascolare nello studio Rewind".

L'obiettivo primario era dimostrare la non inferiorità di tirzepatide rispetto a dulaglutide nel tasso di eventi avversi cardiovascolari maggiori (Mace-3), un *endpoint* composito di morte cardiovascolare, infarto miocardico (Im) o ictus. Il rischio di Mace-3 è risultato inferiore dell'8% per tirzepatide rispetto a dulaglutide (HR: 0,92).

Tirzepatide ha mostrato benefici superiori e statisticamente significativi rispetto a dulaglutide su importanti parametri cardiometabolici e sistemici:

- 1 mortalità per tutte le cause:** il tasso è risultato inferiore del 16% con tirzepatide (HR: 0,84) rispetto a dulaglutide;
- 2 controllo glicemico e del peso:** a 36 mesi, tirzepatide ha ridotto l'emoglobina glicata (HbA1c) dell'1,73% (contro lo 0,90% di dulaglutide) e il peso corporeo del 12,06% (circa 11,43 kg) rispetto al 4,95% (circa 4,65 kg) osservato con dulaglutide;
- 3 funzione renale:** in un sottogruppo di pazienti con malattia renale cronica ad alto o altissimo rischio, tirzepatide ha rallentato il declino del tasso di filtrazione glomerulare stimato (eGfr) di 3,54 mL/min/1,73 m² a 36 mesi rispetto a dulaglutide.

Il profilo di sicurezza e tollerabilità è risultato in linea con quanto già noto.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti di **Stefano Del Prato**, **Rocco Barazzoni** e **Silvio Buscemi**