Attività di raccordo didattico fra il Percorso-2022 e il Percorso-2023

MASTERCOURSE SULL'OBESITA'

una pandemia travolgente

FABIO LUCIO ALBINI
Specialista in Cardiologia e in Medicina Interna. mmg

Coordinatore SIIA-Lombardia (Società Italiana Ipertensione Arteriosa)
Responsabile «Ambulatorio Ipertensione e Protezione CV Milano-Nord»
Responsabile Scientifico Accademia di Alta Formazione Cinica per Medici del Territorio

Obesity is recognised as a disease and health issue

WOF "The World Obesity Federation" takes the position that

Obesity is a chronic, relapsing, progressive disease process and emphasizes the need for immediate action for prevention and control of this global epidemic"[1]

EMA "European Medicines Agency"

"...is considered to be the result of interactions of genetic, metabolic, environmental and behavioural factors, and is associated with increases in both morbidity and mortality"

Obesity is a chronic disease requiring long-term management

Definition and classification of obesity

- Obesity is defined as abnormal or excessive fat accumulation that may impair health
- Body mass index (BMI) provides the most convenient population-level measure of overweight and obesity currently available

$$BMI = \frac{weight\ (kg)}{height\ (m^2)}$$

Classification	BMI (kg/m²)
Underweight	<18.5
Normal range	≥18.5 and <25
Overweight	≥25 and <30
Obesity	≥30
Obesity class I	≥30 and <35
Obesity class II	≥35 and <40
Obesity class III	≥40

WHO. Factsheet 311. 2014. http://www.who.int/

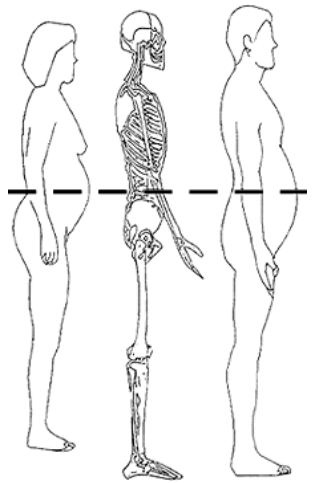
Measuring abdominal adiposity

Waist circumference

WC correlates with the amount of abdominal fat and is an easy and inexpensive method to assess abdominal adiposity[1–3]

Defining abdominal obesity by WC[3]

Gender	WC (cm)
Male	>102
Female	>88



WC is measured around bare waist with a tape measure perpendicular to long axis of body while patient is standing and at end of expiration[4]

Many obesity guidelines recommend the use of WC[4–6]

"WC is the most practical measurement for assessing abdominal fat"[6]

WC, waist circumference

1. Barreira *et al*. *Mayo Clin Proc* 2012;87:452–60; 2 Bazanelli *et al*. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27:790–5; 3. Bray, Bouchard. *Handbook of obesity*. Second Edition, 2004. New York:Marcel Dekker, Inc.; 4. Klein *et al*. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15:1061–7; 5. NICE clinical guideline 189. November 2014. Available at http://www.nice.org.uk/. Accessed January 2016; 6. NIH. Guidelines on overweight and obesity. Electronic textbook: Determination of Degree of Abdominal Obesity. Available at http://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/obesity-guidelines/e_textbook/txgd/4112.htm. Accessed January 2016.

Dati Istat 2021: il 34% della popolazione adulta italiana è sovrappeso, e il 12% è obeso.

TOT= 46%

Tavola 5. Persone di 18 anni e più per indice di massa corporea, sesso e classe di età - Anno 2021

(per 100 persone di 18 anni e più dello stesso sesso e classe di età)

CLASSI DI ETÀ	Indice di massa corporea				Totale
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi	
MASCHI					
18-24	5,0	70,5	20,1	4,4	100,0
25-34	1,1	61,3	30,6	7,0	100,0
35-44	0,5	47,1	42,2	10,2	100,0
45-54	0,4	39,9	44,0	15,7	100,0
55-64	0,5	34,3	49,0	16,2	100,0
65-74	0,2	30,6	50,3	18,8	100,0
75 e più	0,6	38,0	48,4	13,0	100,0
Totale	0,9	44,1	42,1	12,9	100,0
FEMMINE					
18-24	12,2	74,1	9,5	4,2	100,0
25-34	8,2	69,0	17,1	5,6	100,0
35-44	5,4	64,7	21,9	7,9	100,0
45-54	4,1	58,8	25,6	11,4	100,0
55-64	2,9	55,0	30,0	12,1	100,0
65-74	2,1	45,1	36,3	16,5	100,0
75 e più	3,1	45,6	36,3	15,0	100,0
Totale	4,7	57,3	26,8	11,1	100,0
MASCHI E FEMMINE					
18-24	8,4	72,2	15,1	4,3	100,0
25-34	4,6	65,1	24,0	6,3	100,0
35-44	3,0	55,9	32,0	9,1	100,0
45-54	2,3	49,5	34,7	13,6	100,0
55-64	1,7	45,0	39,2	14,1	100,0
65-74	1,2	38,3	42,9	17,6	100,0
75 e più	2,1	42,5	41,2	14,2	100,0
Totale	2,9	50,9	34,2	12,0	100,0

Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2021

Dati Istat 2021: progressivo incremento dei soggetti francamente obesi

Tavola 6. Persone di 18 anni e più per indice di massa corporea – Anni 2001-2021

ANNI	Indice di massa corporea				Totale
	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi	
2001	3,3	54,2	33,9	8,5	100,0
2002	3,2	54,7	33,6	8,5	100,0
2003	3,2	53,9	33,8	9,0	100,0
2005	2,8	52,6	34,7	9,9	100,0
2006	2,8	52,0	35,0	10,2	100,0
2007	2,8	51,7	35,6	9,9	100,0
2008	3,0	51,5	35,5	9,9	100,0
2009	2,8	50,9	36,1	10,3	100,0
2010	2,8	51,2	35,6	10,3	100,0
2011	3,0	51,2	35,8	10,0	100,0
2012	3,0	51,1	35,6	10,4	100,0
2013	3,0	51,2	35,5	10,3	100,0
2014	3,0	50,6	36,1	10,3	100,0
2015	3,0	51,8	35,3	9,8	100,0
2016	3,1	51,0	35,5	10,4	100,0
2017	3,1	50,9	35,4	10,5	100,0
2018	3,1	50,8	35,4	10,7	100,0
2019	3,0	50,6	35,4	10,9	100,0
2020	3,1	49,3	36,1	11,5	100,0
2021	2,9	50,9	34,2	12,0	100,0

Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

INTRODUZIONE E SCOPI DEL CORSO (1)

a)L'OBESITA' è ormai riconosciuta come UNA MALATTIA (cronica, recidivante, progressiva) e UN GRAVE PROBLEMA DI SALUTE individuale e pubblica…

b)Ciò necessita di una AZIONE IMMEDIATA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DI QUESTA EPIDEMIA GLOBALE.

c)Nella nostra osservazione dei numerosi pazienti che vanno incontro a questa patologia cronica scarsamente remissibile, assistiamo ad una confusione di attività messe in opera dai pazienti stessi (ricorso a rimedi miracolistici o alle diete più curiose dai social), spesso intervallate da interventi sanitari a vari livelli, quasi sempre scollegati fra loro (dai nutrizionisti biologi, ai dietologi medici, agli endocrinologi, ai centri obesità, ai centri di chirurgia bariatrica).
d)Quel che invece quasi sempre manca è una presenza e supervisione costante del medico del territorio (il proprio medico di famiglia, l'internista o il geriatra ambulatoriale) come punto di appoggio e di sintesi nel percorso clinico long-life che questi pazienti necessiterebbero.

INTRODUZIONE E SCOPI DEL CORSO (2)

e)L'intervento da parte del Medico territoriale (mmg eventualmente supportato da un team dietologo/psicologo) sui soggetti che tendono ad incrementare di peso dovrebbe essere particolarmente precoce ed incisivo, coinvolgendo anche l'ambito familiare. Questo proprio per la sua posizione privilegiata nel poter sorvegliare ed essere rapidamente proattivo con i pz che mostrano un aumento di peso.

f)Infatti per ogni anno trascorso «passivamente» si aggiunge stabilmente più massa grassa , il fabbisogno di introito calorico si resetta a livelli sempre più alti e il dispendio energetico è sempre più ridotto: un perverso meccanismo di perpetuo auto-incremento del peso. E' pertanto necessario agire quanto prima già nella fase di sovrappeso od obesità di I° con interventi ripetuti di minimal advise, possibilmente con supporto dietologico e psicologico e con prescrizione di attività fisica aerobica personalizzata ed incrementale.

g) E' anche fondamentale conoscere e introdurre specifici farmaci che hanno dimostrato significativa efficacia clinica nella riduzione del peso in eccesso e nel mantenimento di quello già perso. Iniziare ad utilizzare questi ausili farmacologici (quando necessari) costituisce uno degli obiettivi formativi prioritari del Mastercourse.

INTRODUZIONE E SCOPI DEL CORSO (3)

h)Evitare che un sovrappeso divenga obeso o far perdere permanentemente peso ad un obeso, significa facilitare una dignitosa qualità della vita e una fondamentale "protezione" dalle svariate patologie-correlate che provocano drammatici eventi fatali o morbilità invalidanti (specialmente cardio-vasculo-metaboliche)

Ulteriori obiettivi del corso saranno: la gestione nei pz Obesi dell'Ipertensione, delle cardiopatie e del diabete; le strategie comportamentali per rendere efficaci gli interventi su alimentazione e attività fisica, integrate al supporto della terapia farmacologica specifica.

Con uno sguardo sempre rivolto alla loro riproducibilità nel setting della Medicina Territoriale

1-OBESITA' E PROBLEMI SUL TERRITORIO: (A) VIGILANZA E PROATTIVITA' NELLE FASI PIU' A RISCHIO

LE FASI DELLA VITA PIU' RISCHIOSE PER LO SVILUPPO DI SOVRAPPESO/OBESITA':

- **Infanzia avanzata/preadolescenza (soprattutto in presenza di familiarità diretta x obesità o classe socio-economica meno agiata)**
- **Periodo peri-menopausale; sospensione attività lavorativa e/o sessuale negli uomini**
- **Sospensione di una Consolidata Dipendenza (Fumo in primis ma anche droghe), come anche la Sospensione Improvvisa di uno Sport attivo o di una attività aerobica costante**
- **Insorgenza di Stato Depressivo; inizio di terapie Anti-Psicotiche**

I periodi sopraelencati rappresentano, nell'arco della vita di una persona, una possibilità maggiore di sviluppare sovrappeso e obesità. Vanno pertanto sorvegliati con attenzione, pre-allertando il paziente di tenere sotto controllo peso/alimentazione/attività fisica e di interpellarci subito se viene riscontrato incremento ponderale…

In alcuni casi possiamo anche agire d'anticipo (vedi slides successive).

(A) Affronto dell'Obeso ad alto/altissimo Rischio CV

Quasi tutti i pazienti obesi sono già ad Alto Rischio CV e molti addirittura ad Altissimo Rischio CV…

Necessitano pertanto di un approccio ad ampio spettro (internistico) volto non solo a conseguire una riduzione del BMI ma anche un intervento sui singoli fattori di rischio associati: fumo-sedentarietà-pressione elevata-disglicemia-dislipidemia (LDL e trigliceridi)-iperuricemia- frequenza cardiaca elevata-depressione-psicosi….

(B) Affronto dell'Obeso con già PRESENTI malattie «Cardio-Vasculo-Nefro-Metaboliche» (=CV)

Molti pazienti obesi presentano anche malattia ipertensiva-diabete -placche ateromasiche-cardiopatia ischemica-scompenso cardiaco-FA-MRC o IRC

Questo significa che si sono lasciati passare troppi anni dall'inizio dell'obesità pur persistendo alto Rischio CV senza interventi medici significativi !
E magari significa che coesisteva una genetica sfavorevole (per ipertensione-ipercolesterolemia-diabete-cardiopatia ischemica precoce) estremamente accelerata/amplificata nella sua espressione fenotipica dalla presenza della Obesità stessa….

PECULIARITA'(MA NON ESCLUSIVITA') DI ALCUNE FORME di PATOLOGIE CV FREQUENTEMENTE ASSOCIATE ALL'OBESITA'

propensione a sviluppare nel tempo:

- **fibrillazione atriale**
- **scompenso cardiaco** (fenotipo a frazione di eiezione preservata:**HFpEf**)
- **ipertensione arteriosa resistente** con tendenza a **ritenzione idro-salina**
- **tromboembolismo polmonare**
- Alta Incidenza di **Eventi Coronarici Acuti** (STEMI e NSTEMI)/**Angina Microvascolare**
- **MRC con** iniziale Iperfiltrazione Glomerulare e **progressiva evoluzione a IRC**

OBESITA' E PROBLEMI CLINICI SUL TERRITORIO: LA RIDUZIONE DEL PESO

MA SIA L'OBESO AD ALTO RISCHIO CV CHE QUELLO GIA' COMORBIDO PER EVENTI O PATOLOGIE CV NECESSITANO ANCHE E SOPRATTUTTO DI INTERVENTI CLINICI PRECOCI MIRATI ALLA RIDUZIONE DEL PRINCIPALE PROBLEMA…. IL PESO!!!

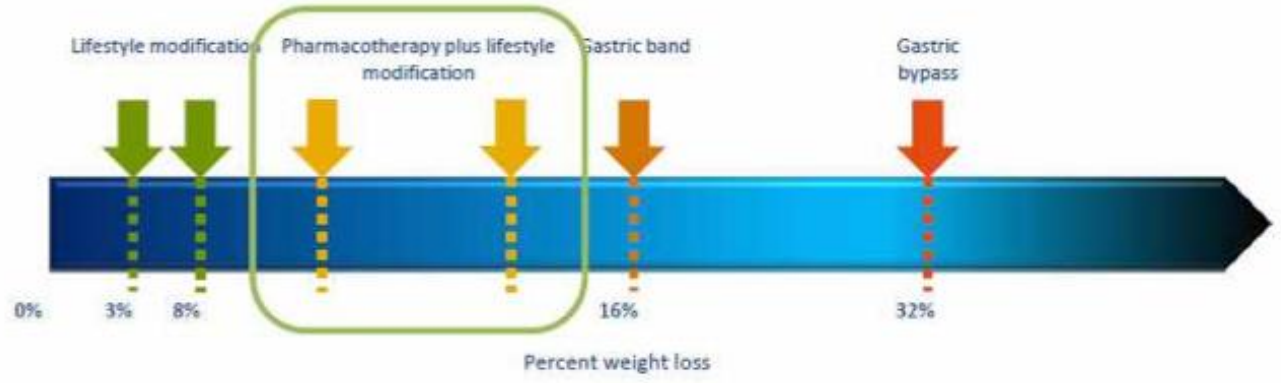
COME ???

- **STILI DI VITA**
- **TERAPIE FARMACOLOGICHE (nuovi farmaci)**
- **CHIRURGIA BARIATRICA**

DRAFT LG_ISS 2022 (Istituto Superiore Sanità) 2

Sebbene le modifiche dello stile di vita siano alla base degli interventi di prevenzione e trattamento delle malattie metaboliche (1), è ormai chiaro che la loro applicabilità ha molteplici limiti. In particolare, i loro effetti sul peso sono transitori (2-6). La terapia dell'obesità dovrebbe tenere conto del fatto che tutti gli approcci basati sul cambiamento dello stile di vita risultano fallimentari nel breve-medio periodo, e che quindi ad esso vanno precocemente associati trattamenti che possano essere proseguiti cronicamente (come accade per tutte le malattie croniche: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete mellito). Andrebbe verificata con studi ad hoc l'ipotesi che dopo 12 mesi dall'inizio di un intervento per la perdita del peso, la terapia farmacologica (in add-on alla dietoterapia + attività fisica) sia significativamente più efficace nel mantenimento del calo ponderale rispetto alle sole strategie terapeutiche non farmacologiche

TERAPIA FARMACOLOGICA



OBIETTIVI TERAPEUTICI

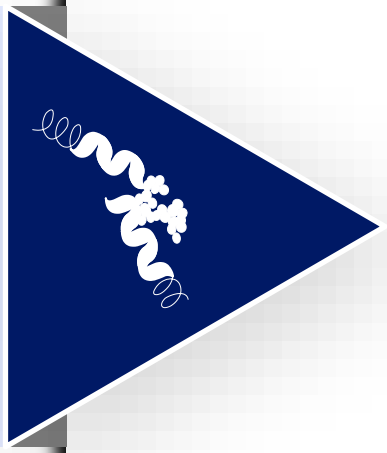
1. **Perdita di peso**
2. **Mantenimento del peso e prevenzione del nuovo aumento di peso**
3. **Fornire più rapidamente benefici clinici concreti (riduzione rischio DM, malattie CV, miglioramento qualità di vita)**

- ***I farmaci agiscono attraverso meccanismi biologici e adattamento ormonale per indurre riduzione di peso***
- ***I farmaci rafforzano l'aderenza al regime dietetico*** → *maggiori risultati in termini di perdita di peso*
- *Maggiore perdita di peso → miglioramento dei fattori di rischio e delle comorbidità (es. miglior controllo DM2)*

Liraglutide 3.0 mg Core Science Deck

Overview

Liraglutide, a once-daily human GLP-1 analogue, reduces appetite and energy intake



Efficacy and safety of liraglutide 3.0 mg in weight management

- .....