

PREVENZIONE: IL CASO DELL'OBESITÀ

Il parere dei clinici

Stefania Camastra

Professore associato di Medicina Interna, Università di Pisa

Consiglio Direttivo Società Italiana dell'Obesità (SIO)

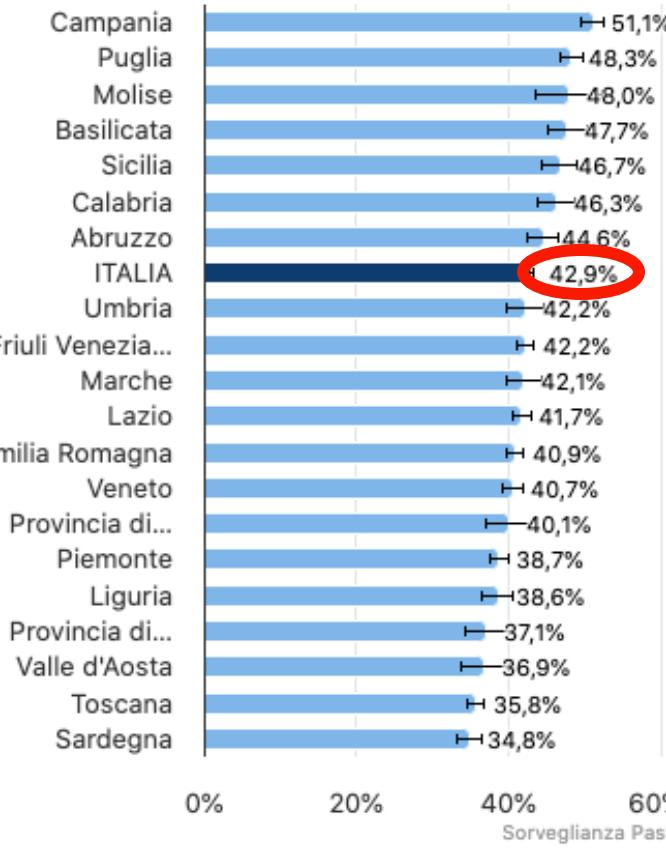
la Legge Pella

la Legge Pella traccia i punti cardine della lotta contro l'obesità:

- la definizione ufficiale dell'obesità come malattia cronica progressiva e recidivante;
- l'inserimento delle prestazioni nei Livelli Essenziali di Assistenza erogate dal SSN;
- il finanziamento di programmi nazionali per la prevenzione, l'educazione, la formazione e la cura;
- la costituzione di un Osservatorio presso il Ministero della Salute per lo studio dell'obesità e il suo monitoraggio;
- il valore delle campagne di sensibilizzazione.

**Eccesso ponderale
per regione di residenza**

Passi 2023-2024

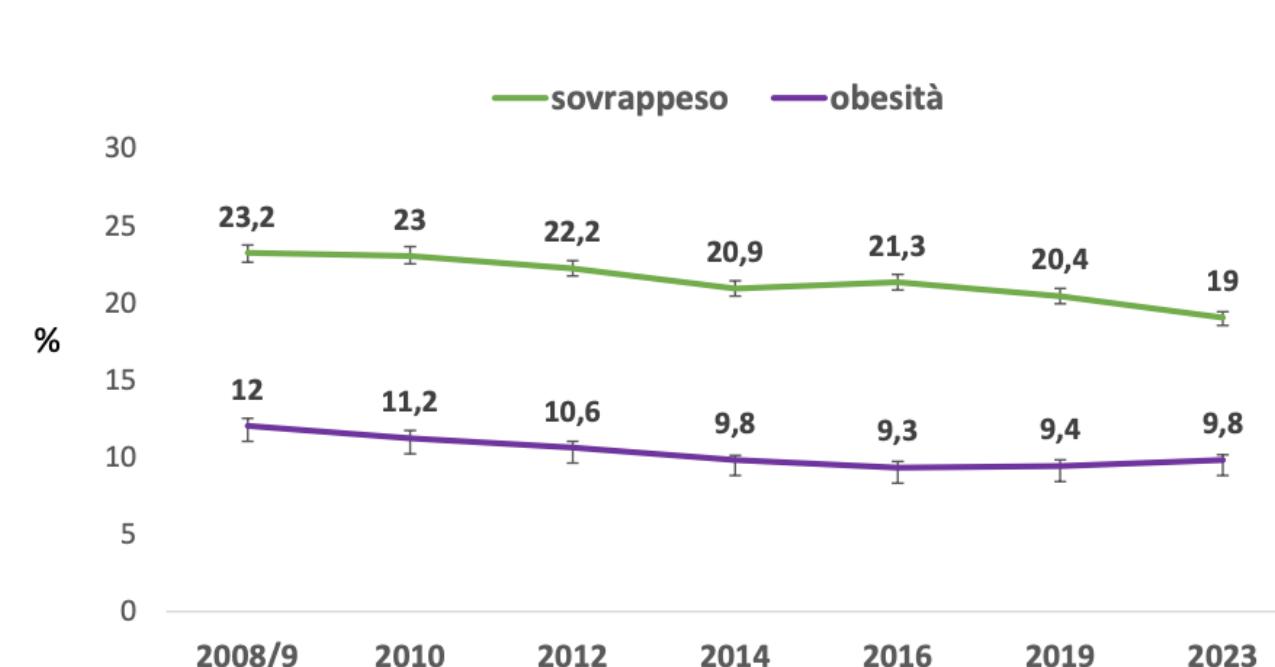
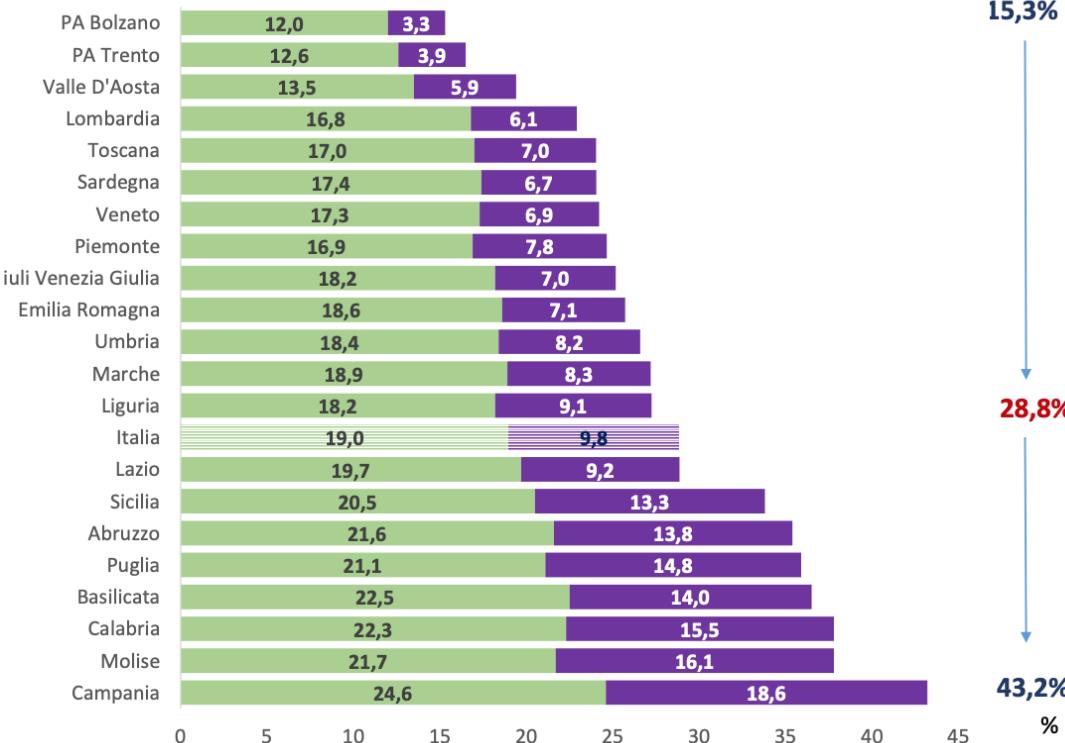


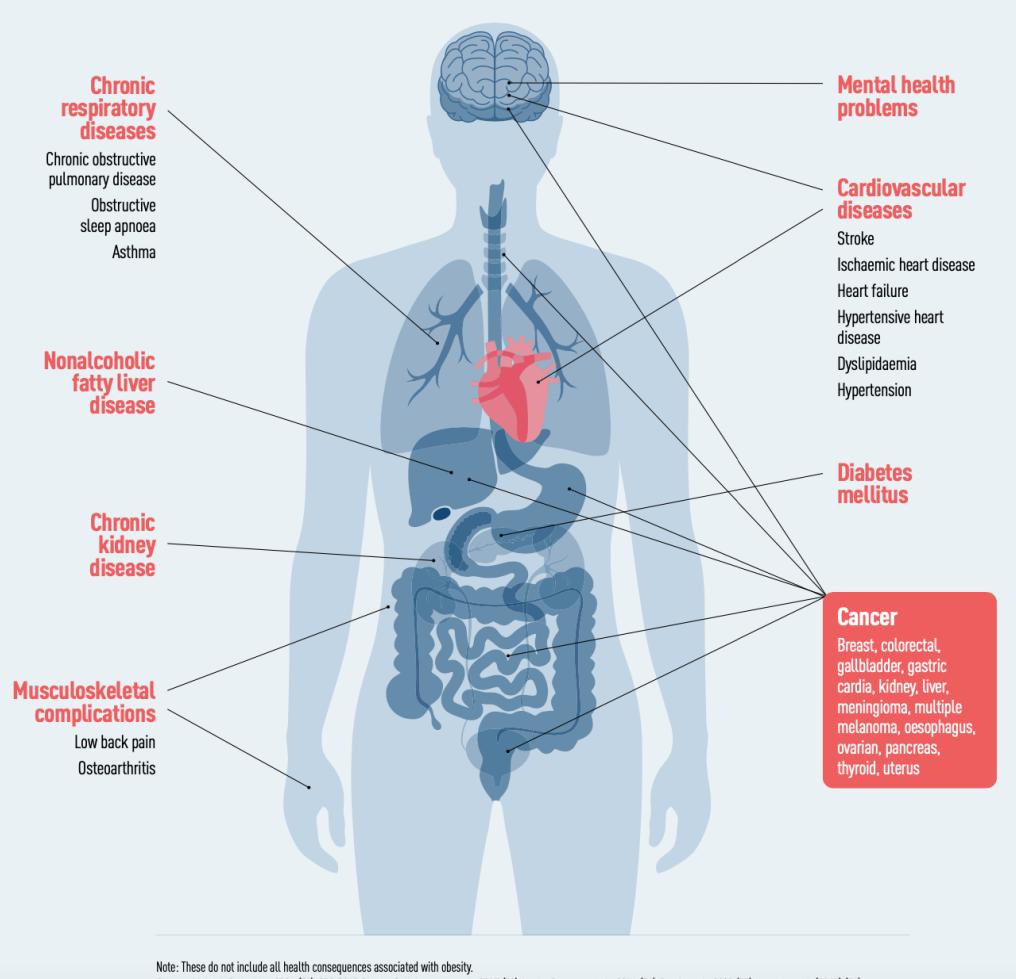
**Dati del Sistema di Sorveglianza
Passi 2023-24**

Eccesso ponderale

	Italia n = 70212		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	10.4	10.1	10.7
Sovrappeso	32.6	32.2	33.0
Normo/sottopeso	57.0	56.6	57.5

Prevalenze di sovrappeso e obesità tra le bambine e i bambini di 8-9 anni per Regione
dati 2023 di OKkio alla SALUTE





Obesity is complex, with multifaceted determinants (including social determinants) and health consequences, it has very significant impacts on **wellbeing and quality of life**

Epidemic proportions in the WHO European Region,

- affecting almost **60% of adults**
- 2019, it **contributed to approximately 5 million deaths from cardiovascular diseases, diabetes, cancers, neurological disorders, chronic respiratory diseases, and digestive disorders**
- it is estimated that by 2030 over one billion adults globally will be obese

**WHO EUROPEAN
REGIONAL OBESITY
REPORT 2022**

meaning that no single intervention alone can halt the rise of the growing obesity epidemic.



**Senza affrontare il problema dell'obesità,
non sarà possibile ottenere una riduzione
di mortalità prematura per NCDs del
30% entro il 2030**

At the 75th World Health Assembly in 2022, Member States adopted new recommendations for the prevention and management of obesity and endorsed the WHO acceleration plan to stop obesity

Figure 1. Act across multiple settings and scale up impactful interventions



la prevenzione



Prevenzione Primaria

Impedire l'insorgenza dell'obesità attraverso educazione alimentare, promozione dell'attività fisica e modifiche ambientali che favoriscano stili di vita sani fin dall'infanzia.



Prevenzione Secondaria

Identificazione precoce dei soggetti a rischio mediante screening sistematici, valutazione dei dei parametri metabolici e interventi tempestivi tempestivi per bloccare la progressione della malattia.



Prevenzione Terziaria

Gestione delle complicanze nei pazienti già obesi, obesi, prevenendo deterioramenti ulteriori attraverso trattamenti multidisciplinari personalizzati e follow-up strutturati.

Modificare l'ambiente obesogeno

- Accessibilità a cibi sani nei quartieri
- Interventi ambientali e urbanistici
- Regolamentazione della pubblicità alimentare
- Etichettatura nutrizionale chiara

Prevenzione primaria

Campagne di sensibilizzazione

Programmi di Educazione e Formazione per corretti stili di vita

- Scuole
- Università
- Cittadini

WHO EUROPEAN REGIONAL OBESITY REPORT 2022

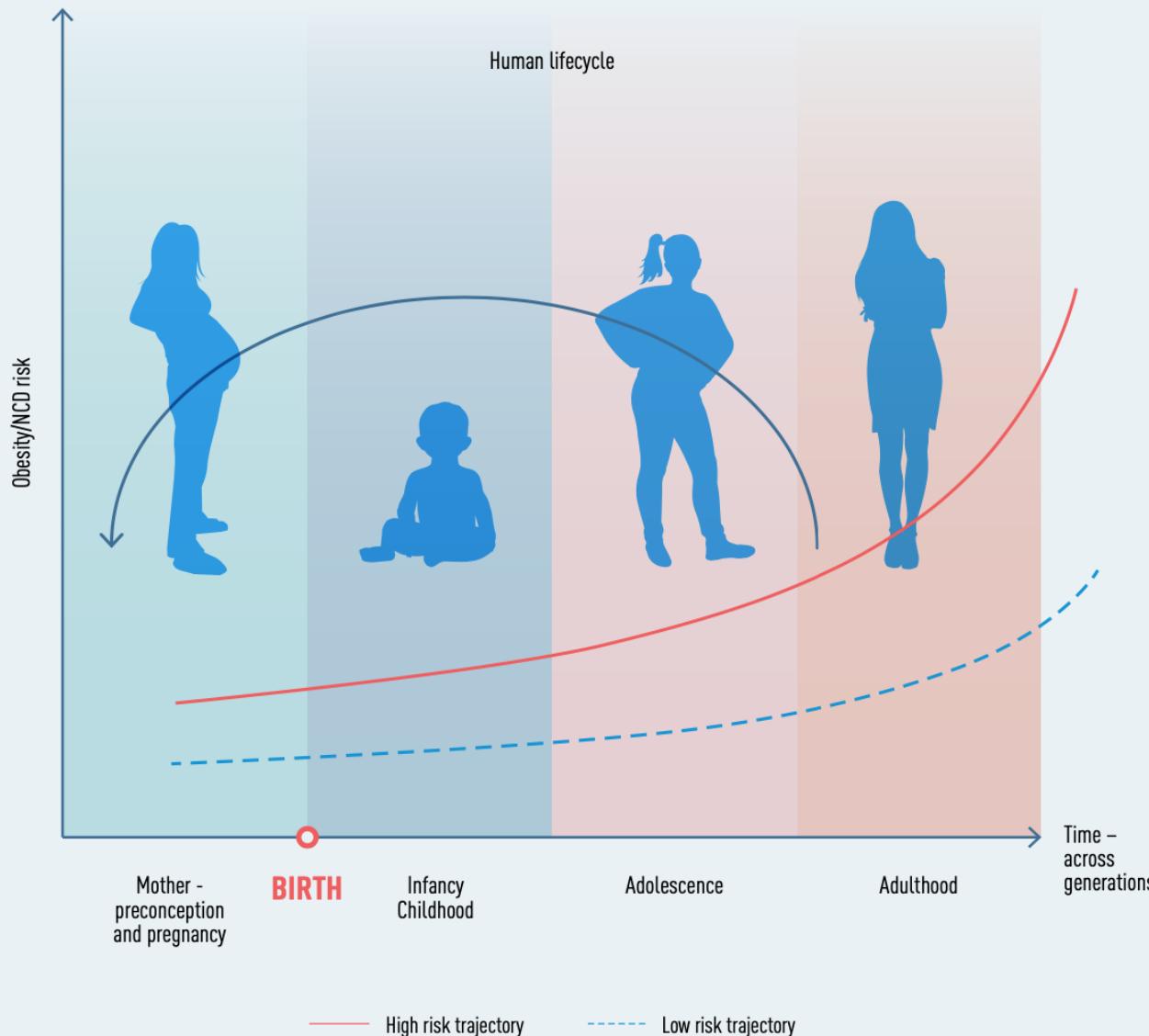
European Obesity Report 2022

Life-course model of obesity and NCD prevention illustrating the importance of early life intervention

Fig. 2.2

BRE 2025
CONGRESSI

20
Years
2005-2025



Piano Nazionale della Cronicità: Aggiornamento 2024

PRIMO LIVELLO

Assistenza territoriale

MMG o PLS

azioni preventive e specifiche e individuazione di soggetti a rischio di sovrappeso/obesità per orientarli verso uno stile di vita sano e attivo

Farmacie

partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione
.....

L'obesità non può più essere considerata come una condizione a cui rassegnarsi o una sfida da affrontare in solitudine.



www.cittadinanzattiva.it

in collaborazione con



con il contributo
non condizionato di



Attività previste in farmacia

Le farmacie aderenti alla campagna sono a disposizione per informare e sensibilizzare i cittadini sul rischio di sviluppare la malattia obesità, e sulle strategie per prevenirla.

In particolare, le farmacie sono impegnate a:

- Promuovere sani stili di vita;
- Realizzare interventi di educazione sanitaria, per migliorare la conoscenza dei fattori di rischio dell'obesità;
- Diffondere la consapevolezza dell'obesità come malattia e rischio globale per la salute.



Questa guida ha ricevuto il Patrocinio ed è stata realizzata grazie al contributo e alla collaborazione del Board Scientifico:

Andrea Lenzi, Presidente CNBBSV della Presidenza del Consiglio dei ministri, membro della Cabina di Regia Piano Nazionale della Cronicità; **Andrea Vianello**, Presidente A.L.I.C.e. Italia Odv - Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale; **Barbara Paolini** Presidente ADI Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica; **Clara Mottinelli**, Tesoriera Federfarma e presidente Federfarma Brescia; **David Lazzari**, Past president Società Italiana di Psiconeuroendocrinologia, Presidente CNOP; **Elvio Linoci**, Presidente LA MATTINA DOPO odv - Associazione Nazionale per la Cura dell'obesità; **Emilio Augusto Benini**, Presidente Fand - Associazione Italiana Diabetici; **Francesco Barillà**, presidente "il cuore siamo noi" Fondazione Italiana Cuore e Circolazione; **Valeria Fava**, Responsabile Coordinamento Politiche della Salute di Cittadinanzattiva; **Gallieno Marri**, Presidente Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita SIMPeSV e delegato FIMMG; **Gerardo Medea**, Responsabile Nazionale SIMG dell'area endocrinologia e diabetologia; **Iris Zani**, Presidente Associazione Amici Obesi (AAO); **Raffaella Buzzetti** Presidente nazionale della Società Italiana di Diabetologia - SID; **Pasquale Perrone Filardi**, Presidente Società Italiana Cardiologia - SIC; **Rocco Barazzoni**, Presidente Società Italiana Obesità - SIO; **Silvia Migliaccio**, Presidente Società Italiana di Scienze dell'Alimentazione - SISA e delegata Società Italiana di Endocrinologia - SIE; **Tiziana Nicoletti**, Responsabile CNAmc - Cittadinanzattiva.

**Prevenzione
secondaria**

Consapevolezza

Corretta informazione

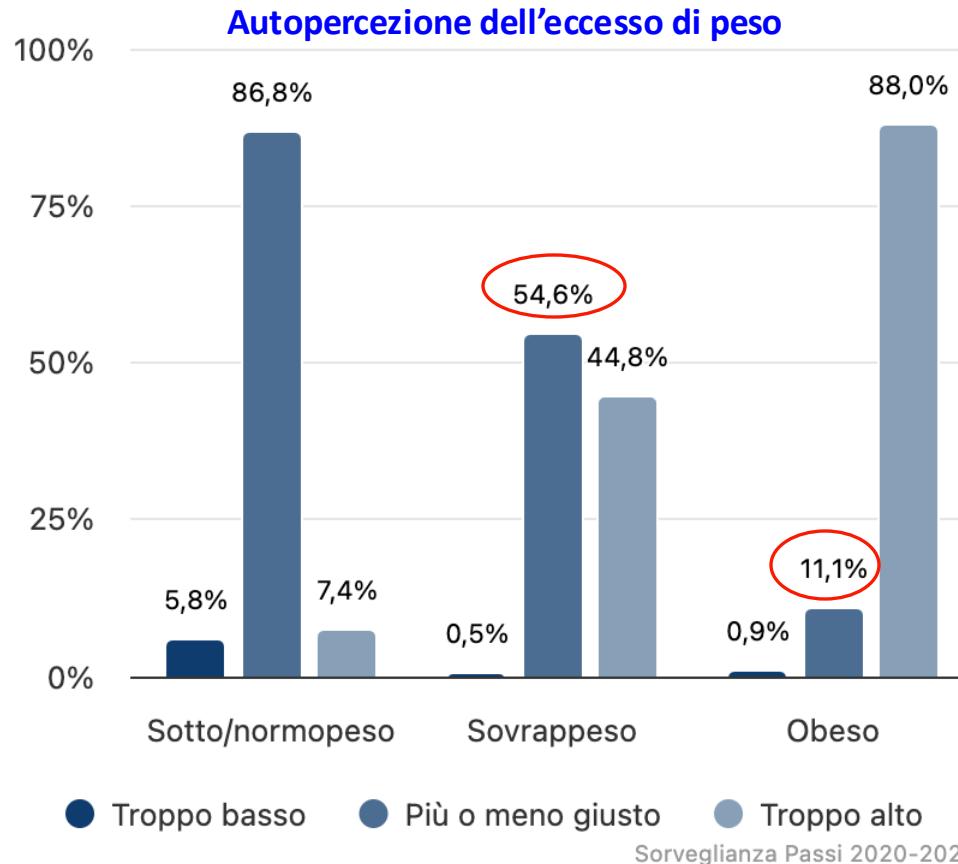
Diagnosi precoce

**Prevenzione
secondaria**

Consapevolezza

Corretta informazione

Diagnosi precoce



Percepire di essere in sovrappeso può essere importante nel determinare un cambiamento del proprio stile di vita.

Percezione delle madri di bambini con eccesso di peso³

ECCESSO PONDERALE

Il 40,3% dei bambini in sovrappeso o obesi è percepito dalla madre come sono-normopeso.



ATTIVITÀ MOTORIA

Il 59,1% delle madri di bambini fisicamente poco attivi ritene che il proprio figlio svolga attività fisica adeguata.

QUANTITÀ DI CIBO

tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 69,9% pensa che la quantità di cibo assunta dal proprio figlio non sia eccessiva.

il 55% delle persone in sovrappeso e l' 11 % delle persone con obesità ritiene di essere normopeso

**Prevenzione
secondaria**

Consapevolezza

Corretta informazione

Diagnosi precoce

L'obesità è una malattia

L'obesità non è una scelta: è una malattia dell'organo adiposo risultante da un insieme di cause complesse



L'obesità è una malattia cronica

L'obesità è una malattia cronica, progressiva e recidivante, caratterizzata dalla presenza di un eccesso di tessuto adiposo spesso distribuito e localizzato in modo dannoso per la salute.



L'obesità è una malattia multifattoriale

L'obesità è una malattia complessa influenzata da molteplici fattori genetici, biologici, ambientali, sociali e comportamentali e non da mancanza di forza di volontà o disciplina.



Peso corporeo e Body Mass Index (BMI)

Il **BMI** è un indicatore semplice ed universalmente impiegato per classificare gli individui in sottopeso, normopeso, con sovrappeso o affetti da obesità.

Non comprende informazioni essenziali come la distribuzione del grasso o la quantità di massa muscolare. Risulta quindi necessario associarlo ad indici quali la circonferenza addominale e ad una valutazione della composizione corporea.



Diagnosi e Trattamento Personalizzato

L'obesità deve essere **diagnosticata** da personale medico e necessita di un'valutazione multidisciplinare completa (medici dietisti, biologi nutrizionisti, psicologi).

Il **trattamento multidisciplinare** deve essere **personalizzato** e **cronico**, con coordinamento medico che tenga conto del quadro clinico generale e delle eventuali complicanze.



Obesità e comorbidità

L'obesità è associata ad un **maggior rischio** di sviluppare **numerose patologie**, tra cui diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, malattie epatiche e renali, disturbi respiratori e del sonno, infertilità, malattie psicologiche, malattie articolari degenerative, disabilità e neoplasie.

Prevenzione dell'obesità

Promuovere a livello sociale e individuale uno **stile di vita sano**, con **un'alimentazione bilanciata** e **regolare attività fisica**, è **fondamentale** per prevenire e curare l'obesità. Tuttavia, una modifica duratura dello stile di vita nelle persone con obesità è ostacolata da fattori biologici, ambientali, sociali e comportamentali che rendono spesso necessario un supporto terapeutico.

Circulation

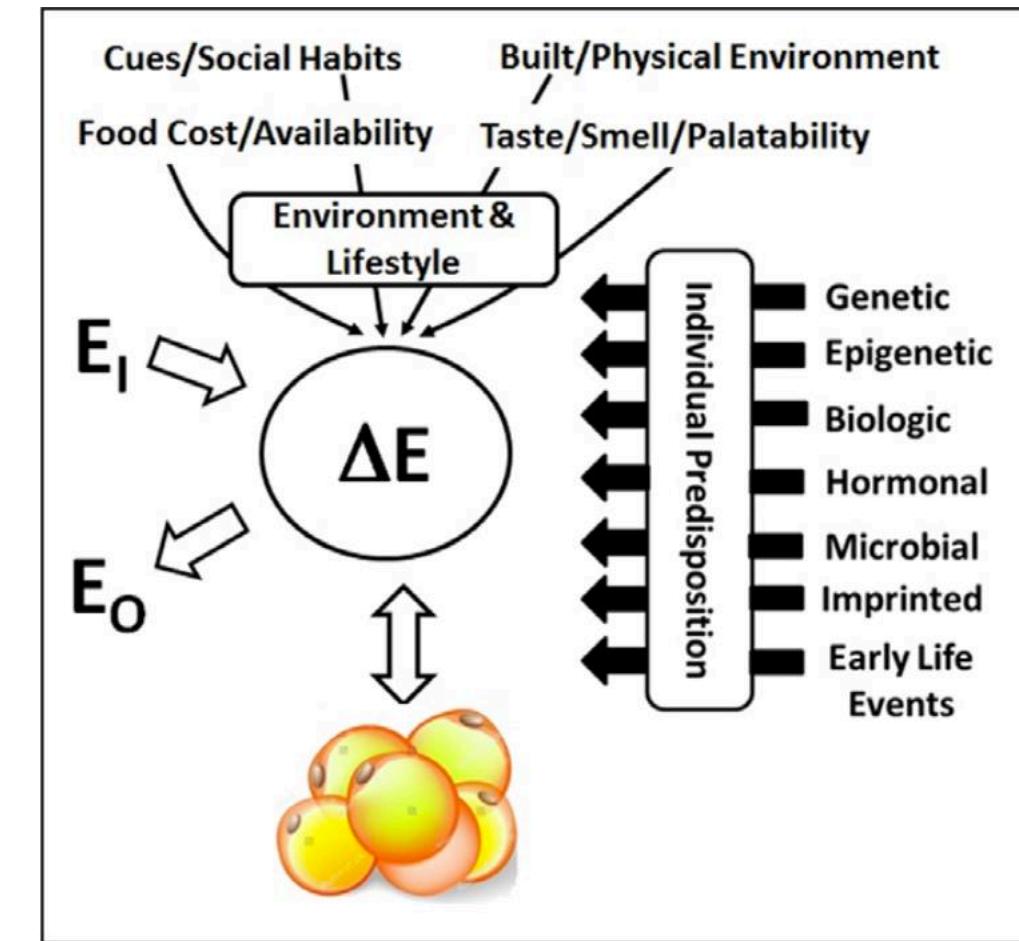
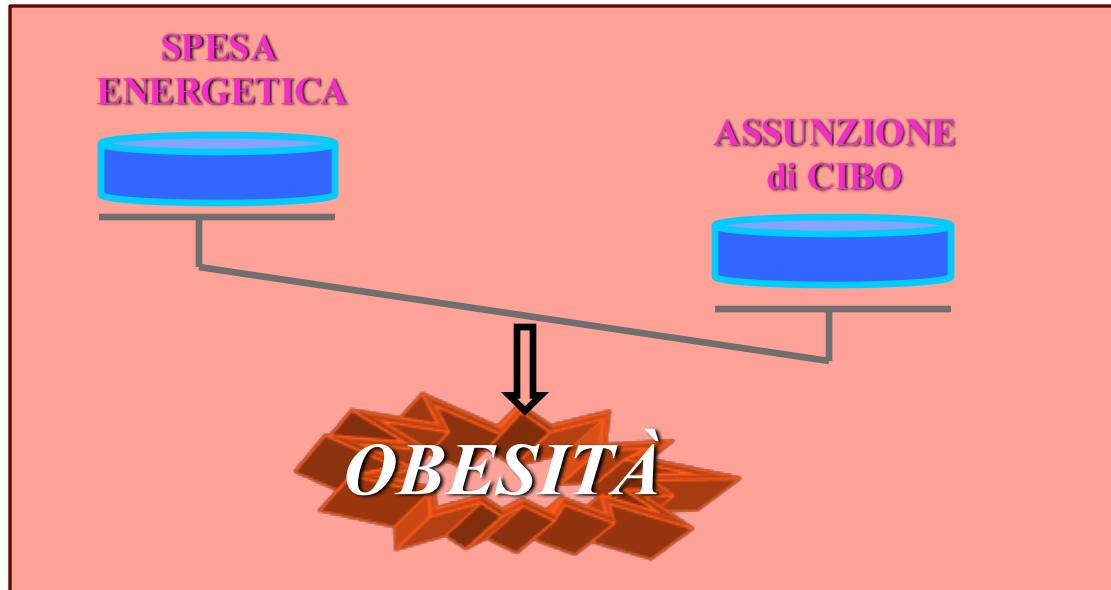
ON MY MIND

Obesity as a Disease, Not a Behavior

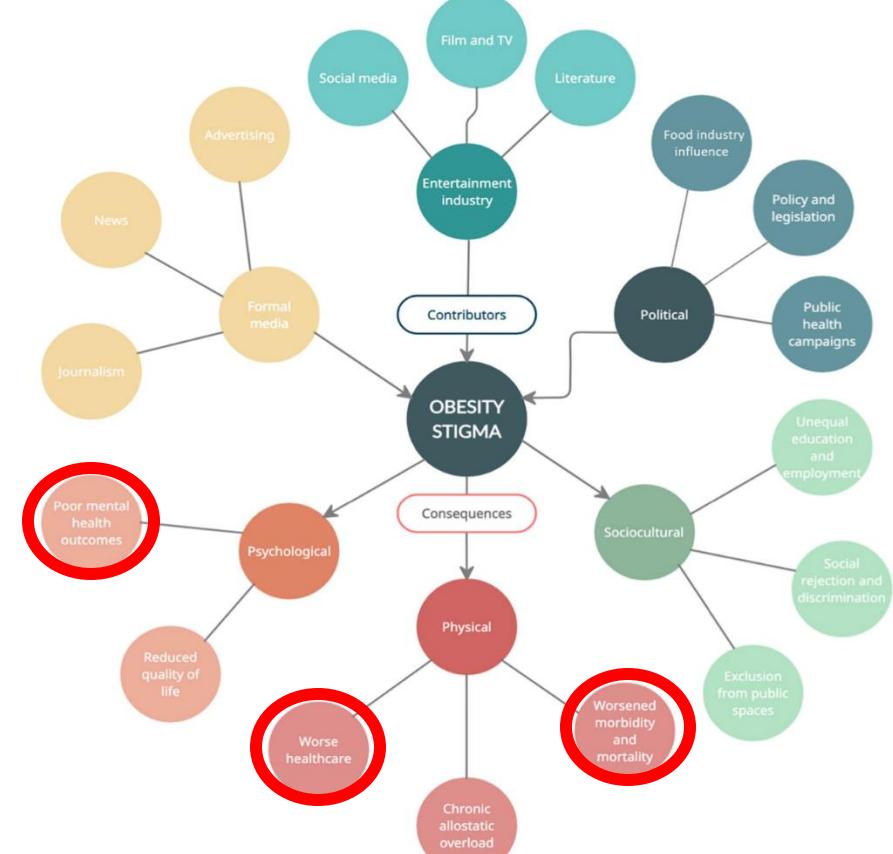
Circulation. 2018;137:1543–1545.

The American Heart Association (AHA) defines ideal cardiovascular health in its 2020 Impact Goals for cardiovascular health promotion and disease prevention to include a body mass index (BMI) $<25 \text{ kg/m}^2$, which they recognize

Penny Gordon-Larsen,
PhD
Steven B. Heymsfield, MD



Contributors and consequences of obesity stigma



Current Obesity Reports (2023) 12:10–23

Lo stigma dell'obesità colpisce una persona obesa in tutti gli aspetti della vita



Cfr.: Puhl RM, Heuer CA (2009) The stigma of obesity: A review and update. *Obesity* 17: 941–964



OPEN

Joint international consensus statement for ending stigma of obesity

Francesco Rubino^{1,2,42}, Rebecca M. Puhl^{3,47}, David E. Cummings^{4,5,47}, Robert H. Eckel^{6,7}, Donna H. Ryan⁸, Jeffrey I. Mechanick^{9,10}, Joe Nadglowski¹¹, Ximena Ramos Salas^{12,13}, Phillip R. Schauer⁸, Douglas Twenefour¹⁴, Caroline M. Apovian^{15,16}, Louis J. Aronne¹⁷, Rachel L. Batterham^{18,19,20}, Hans-Rudolph Berthoud²¹, Camilo Boza²², Luca Busetto²³, Dror Dicker^{24,25}, Mary De Groot²⁶, Daniel Eisenberg²⁷, Stuart W. Flint^{28,29}, Terry T. Huang^{30,31}, Lee M. Kaplan³², John P. Kirwan³³, Judith Korner³⁴, Ted K. Kyle³⁵, Blandine Laferrière³⁶, Carel W. le Roux³⁷, LaShawn McIver³⁸, Geltrude Mingrone^{13,39,40}, Patricia Nece³¹, Tirissa J. Reid⁴¹, Ann M. Rogers⁴², Michael Rosenbaum⁴³, Randy J. Seeley⁴⁴, Antonio J. Torres⁴⁵ and John B. Dixon⁴⁶



Box 3 | Executive summary

(Grade of consensus (GoC): U is unanimous; A is >90% consensus)

Weight stigma is reinforced by misconceived ideas about body-weight regulation and lack of awareness of current scientific evidence. Weight stigma is unacceptable in modern societies, as it undermines human rights, social rights, and the health of afflicted individuals (GoC: A).

Research indicates that weight stigma can cause significant harm to affected individuals. Individuals who experience it suffer from both physical and psychological consequences, and are less likely to seek and receive adequate care (GoC: U).

Despite scientific evidence to the contrary, the prevailing view in society is that obesity is a choice that can be reversed by voluntary decisions to eat less and exercise more. These assumptions mislead public health policies, confuse messages in popular media, undermine access to evidence-based treatments, and compromise advances in research (GoC: A).

For the reasons above, weight stigma represents a major obstacle in efforts to effectively prevent and treat obesity and type 2 diabetes. Tackling stigma is not only a matter of human rights and social justice, but also a way to advance prevention and treatment of these diseases (GoC: A).

Academic institutions, professional organizations, media, public health authorities, and government should encourage education about weight stigma and facilitate a new public narrative of obesity, coherent with modern scientific knowledge (GoC: U).

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025

Nature Medicine | VOL 26 | April 2020 | 485–497 |
www.nature.com/naturemedicine

Box 4 | Definitions

Weight stigma refers to social devaluation and denigration of individuals because of their excess body weight, and can lead to negative attitudes, stereotypes, prejudice, and discrimination.

Weight-based stereotypes include generalizations that individuals with overweight or obesity are lazy, gluttonous, lacking in willpower and self-discipline, incompetent, unmotivated to improve their health, non-compliant with medical treatment, and are personally to blame for their higher body weight.

Weight discrimination refers to overt forms of weight-based prejudice and unfair treatment (biased behaviors) toward individuals with overweight or obesity.

Weight bias internalization occurs when individuals engage in self-blame and self-directed weight stigma because of their weight. Internalization includes agreement with stereotypes and application of these stereotypes to oneself and self-devaluation⁶.

Explicit weight bias refers to overt, consciously held negative attitudes that can be measured by self-report.

Implicit weight bias consists of automatic, negative attributions and stereotypes existing outside of conscious awareness.

OBESITÀ E STIGMA

L'obesità è una malattia cronica e l'aumento di peso corporeo nelle persone con obesità non è conseguenza di scelte sbagliate ma dell'alterazione di meccanismi complessi che regolano l'appetito, la sazietà e il consumo di energia.

CHE COSA È LO STIGMA DEL PESO?

Le persone con obesità sono spesso ingiustamente considerate pigre, deboli ed incapaci di autocontrollo e disciplina, responsabili di comportamenti sbagliati che causano l'aumento di peso.



Per questo affrontano quotidianamente pregiudizi, stereotipi e discriminazioni inaccettabili (STIGMA)



Lo stigma si manifesta in tantissime circostanze e situazioni, tra cui il posto di lavoro, ambienti di socializzazione, e a volte perfino in ambito sanitario.

LO STIGMA DEL PESO HA GRAVI E PROFONDE CONSEGUENZE:



PSICOLOGICHE

stress, ansia, depressione e bassa autostima. Lo stress può aggravare direttamente la malattia, peggiorando il controllo del comportamento alimentare con ulteriore aumento di peso e complicanze.



LAVORATIVE

le persone con obesità sono discriminate nell'accesso a posti di lavoro, a promozioni di carriera e spesso ricevono salari più bassi.



SOCIALI

le persone con obesità sono spesso vittime di bullismo, isolamento sociale e solitudine, con aumento della sedentarietà ed un ulteriore aumento del peso.



CLINICHE

le persone vittime di stigma non cercano aiuto e cure per paura di essere colpevolizzate e giudicate, ritardando la diagnosi di obesità con peggioramento del rischio clinico e spesso sviluppo di complicanze nutritionali, metaboliche e cardiologiche.

COME COMBATTERE LO STIGMA DEL PESO?



LINGUAGGIO

usiamo un linguaggio rispettoso, evitando di identificare la persona con la malattia

- ✓ "la persona con obesità"
- ✗ "l'obeso/a"
- ✗ "la persona obesa"



EDUCAZIONE

Aumentiamo la consapevolezza, tra le persone affette e anche tra i professionisti sanitari, che l'obesità è una malattia complessa, non un fallimento personale



ACCETTAZIONE

Incoraggiamo l'accettazione della malattia come tale, senza auto-colpevolizzazione, promuovendo il benessere psico-fisico.



SUPPORTO

lavoriamo per regole di uguaglianza, ad esempio nell'accesso alle cure e sul posto di lavoro.

**Prevenzione
secondaria**

Consapevolezza

Corretta informazione

Diagnosi precoce

Piano Nazionale della Cronicità: Aggiornamento 2024

PRIMO LIVELLO

MMG o PLS

Assistenza territoriale

assicurare a bambini/adolescenti (e rispettive famiglie) e adulti con **sovrapeso od obesità non grave e non complicata**, l'inserimento di un adeguato **percorso di presa in carico personalizzato**, con monitoraggio frequente. –

inviare i **casi gravi** o con complicanze alle strutture di assistenza specialistica (**centri di secondo o terzo livello**) componenti la Rete multidisciplinare integrata.

Farmacie

partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione
.....

DIAGNOSI PRECOCE

Utilizzo di indici appropriati

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025

1. CALCOLARE L'INDICE DI MASSA CORPOREA (IMC o BMI)

$$\text{BMI} = \frac{\text{PESO (kg)}}{\text{ALTEZZA (m}^2)}$$



Dati del Sistema di Sorveglianza Passi 2023-24

Attenzione degli operatori sanitari in Italia	
Persone con Obesità consigliate dal medico/operatore sanitario di perdere peso	67,1 %
Persone con Sovrappeso consigliate dal medico/operatore sanitario di perdere peso	34,8 %
Persone con Obesità consigliate dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	50,8 %
Persone con Sovrappeso consigliate dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	33,6 %

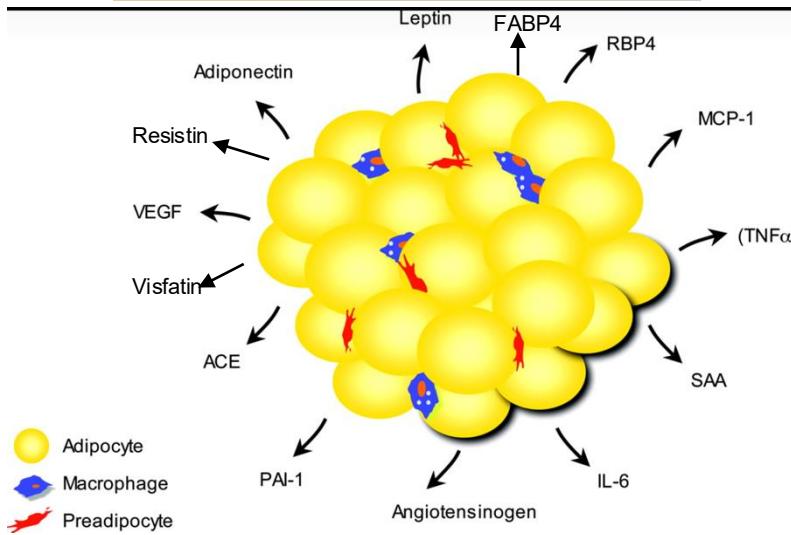
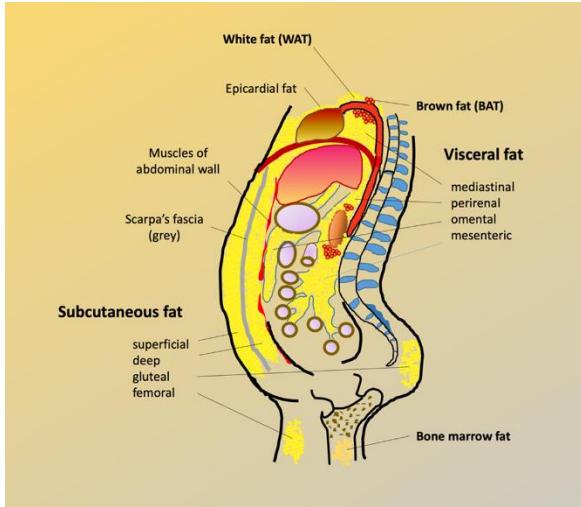
L'atteggiamento degli operatori sanitari

Poco meno della metà delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso (41,4%) da parte di un operatore sanitario o di praticare attività fisica (42,09%).

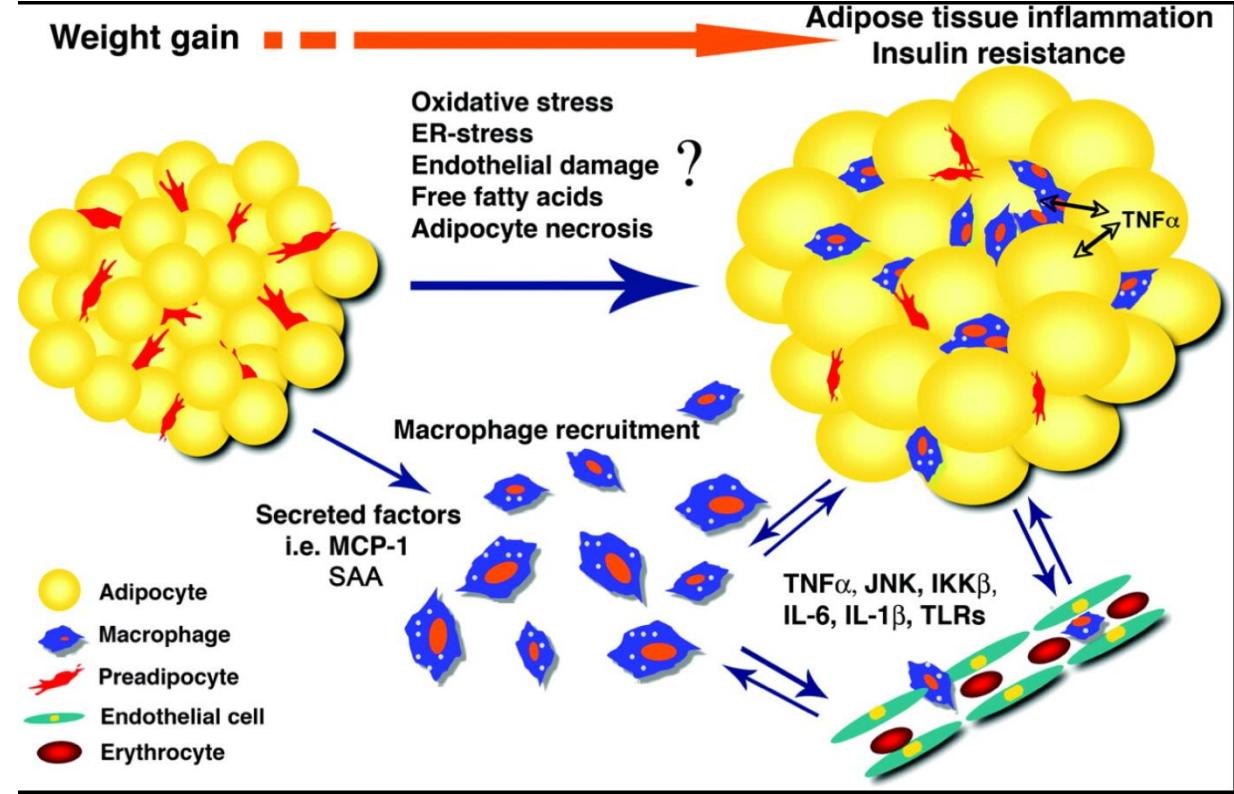
L'attenzione degli operatori sanitari è essenzialmente rivolta alle persone con obesità

PROGRAMMI PREVENTIVI. Attenzione va posta anche alle persone in sovrappeso; in questa fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso.

Gli operatori sanitari e non sanitari rivestono un ruolo importante nelle iniziative di comunicazione finalizzate all'attivazione di processi di consapevolezza nella popolazione.



Adiposopatia



Camastra S, et al. *Rev Endocr Metab Disord* (2022)

Modificata da Gustafson B, et al. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* (2007)

DIAGNOSI PRECOCE

Utilizzo di indici appropriati

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025

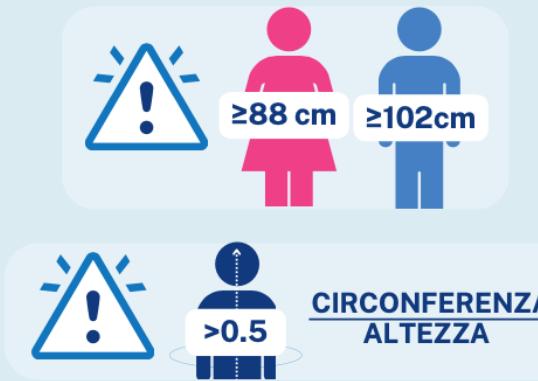
1. CALCOLARE L'INDICE DI MASSA CORPOREA (IMC o BMI)

$$\text{BMI} = \frac{\text{PESO (kg)}}{\text{ALTEZZA (m}^2)}$$



2. MISURARE LA CIRCONFERENZA DELL'ADDOME

Se il BMI è tra 25 e 35, è fondamentale capire dove si trova il grasso in eccesso. Il grasso infatti è pericoloso soprattutto nell'addome. Per questo è necessario misurare la circonferenza addominale, da sola o calcolando il suo rapporto con l'altezza (m).



DIAGNOSI PRECOCE

Utilizzo di indici
appropriati

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025

DOPO LA DIAGNOSI DI OBESITÀ

**L'obesità è una malattia e può avere conseguenze gravi.
Complicanze gravi possono essere presenti già al momento della diagnosi**

IN CASO DI OBESITÀ rivolgersi al medico o ad uno/a specialista per conoscere:



**EVENTUALE PRESENZA
DI COMPLICANZE**



**RISCHI
PER LA SALUTE**



**QUALE TERAPIA
INIZIARE e come**



EOSS: EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM - *Staging Tool*



STAGE 0

- **NO** sign of obesity-related risk factors
- **NO** physical symptoms
- **NO** psychological symptoms
- **NO** functional limitations

Case Example:

Physically active female with a BMI of 32 kg/m², no risk factors, no physical symptoms, no self-esteem issues, and no functional limitations.

Class I, Stage 0 Obesity

EOSS Score

WHO Obesity Classification

STAGE 1

- Patient has obesity-related **SUBCLINICAL** risk factors (borderline hypertension, impaired fasting glucose, elevated liver enzymes, etc) - *OR* -
- **MILD** physical symptoms - patient currently not requiring medical treatment for comorbidities (dyspnea on moderate exertion, occasional aches/pains, fatigue, etc) - *OR* -
- **MILD** obesity-related psychological symptoms and/or mild impairment of well-being (quality of life not impacted)

Case Example:

38 year old female with a BMI of 59.2 kg/m², borderline hypertension, mild lower back pain, and knee pain. Patient does not require any medical intervention.

Class III, Stage 1 Obesity

WHO CLASSIFICATION OF WEIGHT STATUS (BMI kg/m ²)	
Obese Class I	30 - 34.9
Obese Class II	35 - 39.9
Obese Class III	≥40

Stage 0 / Stage 1 Obesity

Patient **does not meet clinical criteria**

for admission at this time.

Please refer to primary care for further preventative treatment options.



STAGE 2

- Patient has **ESTABLISHED** obesity-related comorbidities requiring medical intervention (HTN, Type 2 Diabetes, sleep apnea, PCOS, osteoarthritis, reflux disease) - *OR* -
- **MODERATE** obesity-related psychological symptoms (depression, eating disorders, anxiety disorder) - *OR* -
- **MODERATE** functional limitations in daily activities (quality of life is beginning to be impacted)

Case Example:

32 year old male with a BMI of 36 kg/m² who has primary hypertension and obstructive sleep apnea.

Class II, Stage 2 Obesity

STAGE 3

- Patient has **significant** obesity-related end-organ damage (myocardial infarction, heart failure, diabetic complications, incapacitating osteoarthritis) - *OR* -
- **SIGNIFICANT** obesity-related psychological symptoms (major depression, suicide ideation) - *OR* -
- **SIGNIFICANT** functional limitations (eg: unable to work or complete routine activities, reduced mobility)
- **SIGNIFICANT** impairment of well-being (quality of life is significantly impacted)

Case Example:

49 year old female with a BMI of 67 kg/m² diagnosed with sleep apnea, CV disease, GERD, and suffered from stroke. Patient's mobility is significantly limited due to osteoarthritis and gout.

Class III, Stage 3 Obesity

STAGE 4

- **SEVERE** (potential end stage) from obesity-related comorbidities - *OR* -
- **SEVERELY** disabling psychological symptoms - *OR* -
- **SEVERE** functional limitations

Case Example:

45 year old female with a BMI of 54 kg/m² who is in a wheelchair because of disabling arthritis, severe hyperpnea, and anxiety disorder.

Class III, Stage 4 Obesity



Linea Guida della Società Italiana dell'Obesità (SIO)
La diagnosi e la terapia dell'obesità

Linea Guida della Società Italiana dell'Obesità (SIO)

La diagnosi e la terapia dell'obesità nella popolazione adulta



#ForumRisk20

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20 Years
2005-2025

*Nelle persone con **BMI** $\geq 25 \text{ kg/m}^2$,*

si raccomanda di utilizzare interventi educativi strutturati rispetto a consigli educazionali non strutturati, per il trattamento del sovrappeso e obesità.

si raccomanda di utilizzare interventi educativi ad impronta cognitivo-comportamentale rispetto ad altri interventi educativi, per il trattamento del sovrappeso e dell'obesità.

*Nelle persone con **BMI** compreso tra 27 e 29,9 kg/m^2 e con complicanze correlate all'obesità, si suggerisce di aggiungere una terapia farmacologica a quella medico-nutrizionale, rispetto alla sola terapia medico-nutrizionale, per il trattamento del sovrappeso.*



www.forumriskmanagement.it

*Nelle persone con **BMI compreso tra 27 e 29,9 kg/m²** e con **complicanze correlate all'obesità**, si suggerisce di aggiungere una terapia farmacologica a quella medico-nutrizionale, rispetto alla sola terapia medico-nutrizionale, per il trattamento del sovrappeso. **Raccomandazione condizionata a favore dell'intervento, con qualità delle prove bassa***

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025

*Nelle persone **con BMI compreso tra 30 e 34,9 kg/m² (obesità di classe I)**, si raccomanda di aggiungere una terapia farmacologica a quella medico-nutrizionale, preferendola a terapie chirurgiche (effettuabili solo in presenza di almeno una comorbidità non controllata) o endoscopiche (in base alle caratteristiche ed esigenze individuali), per il trattamento dell'obesità. **Raccomandazione forte a favore dell'intervento, con qualità delle prove moderata***

Linea Guida della Società Italiana dell'Obesità (SIO)
La diagnosi e la terapia dell'obesità

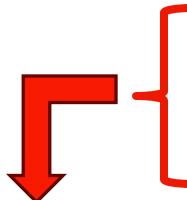
Linea Guida della Società Italiana dell'Obesità (SIO)

La diagnosi e la terapia dell'obesità nella popolazione adulta



Farmaci per il controllo del peso corporeo

Farmaco	In commercio per obesità
Orlistat	1999
Liraglutide 3.0 mg	2015
Bupropion/naltrexone	2018
Semaglutide 2.4 mg	Lug 2024 (app Nov 2022)
Tirzepatide	Ott 2024



Effetti sulla riduzione del rischio
cardiovascolare

MASH

Effetti nefroprotettivi

Trattamento cronico

LIMITE: Costi elevati

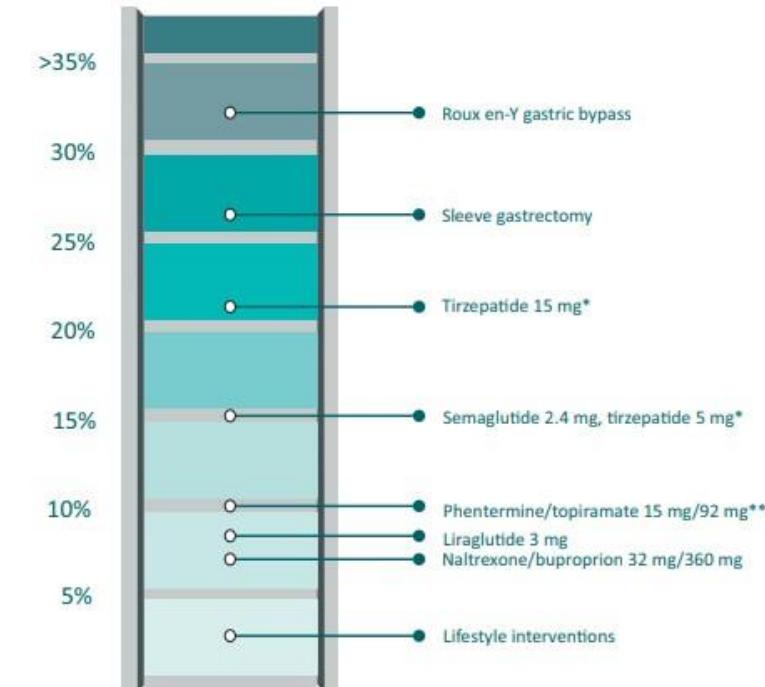


Fig 1. The mean weight loss achieved at approximately 1 year follow-up with moderate-intensity lifestyle interventions (500 kcal/day deficit diet and advice to exercise for 150 min/week), currently available pharmacotherapies (and tirzepatide) and bariatric surgery in people without diabetes. *Not approved yet for obesity management; **approved in the USA, but not in Europe.

Clinical Medicine 2023 Vol 23, No 4: 337–46

CONCLUSIONI

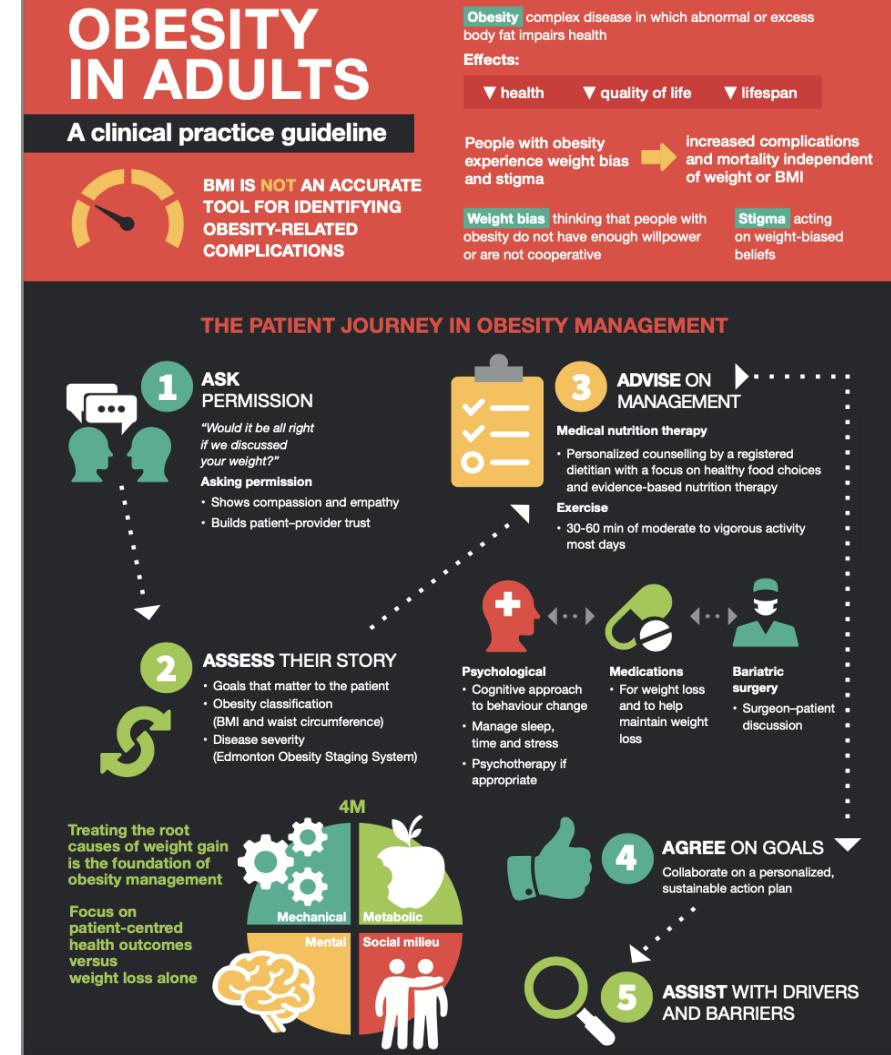
- ✓ L'obesità è una malattia cronica recidivante e non un semplice fattore di rischio
- ✓ L'andamento epidemico, la sua eziopatogenesi multifattoriale, il coinvolgimento della sfera psichica e comportamentale, le numerose complicanze multiorgano e l'aumentata mortalità impongono un **approccio integrato** che preveda
 - Interventi a livello politico-sociale-commerciale
 - Campagne di **educazione** a livello di popolazione e nelle scuole volte ad incentivare una **corretta alimentazione e stile di vita**, ridurre lo **stigma** nei confronti dei pazienti affetti da obesità e migliorare la **consapevolezza** di malattia
 - **Percorsi di formazione** di personale sanitario e non
 - Rete di assistenza che preveda la collaborazione tra la medicina del territorio e centri di II e III livello con il coinvolgimento di figure specialistiche per la gestione delle complicanze

CONCLUSIONI

- ✓ E' necessaria una **gestione clinica multidisciplinare** attuata attraverso un programma di **integrazione delle varie competenze professionali** in tutte le fasi della gestione del paziente: Prevenzione-terapia- gestione delle complicate- riabilitazione
- ✓ Il trattamento dovrà essere inteso come **trattamento cronico** con **prolungato follow-up** e dovrà essere **personalizzato** sulla base della storia clinica, dello stadio di malattia, della stima di compliance.
- ✓ Il **paziente** dovrà essere **parte attiva e consapevole** nella scelta terapeutica

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025





European Association for the Study of Obesity

MODELLO DI DIAGNOSI, STADIAZIONE E GESTIONE DELL'OBESITÀ

RICONSIDERARE L'OBESITÀ COME UNA MALATTIA CRONICA

L'Associazione Europea per lo Studio dell'Obesità (EASO) ha introdotto un modello per allineare la diagnosi e il trattamento dell'obesità con gli standard delle malattie croniche

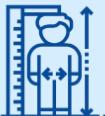
PERCHE' UN NUOVO MODELLO?

L'Obesità è una malattia cronica, recidivante con etiopatogenesi multifattoriale. Le procedure diagnostiche basate sul BMI non sono in grado di definire integralmente la sua complessità.



"La diagnosi di Obesità deve andare oltre il semplice BMI"

THE ADIPOSITY-BASED CHRONIC DISEASE (ABCD) MODEL



Componente Antropometrica:
La distribuzione del tessuto adiposo (rapporto vita-statura; WHtR) è un indicatore più efficace di rischio di malattia cardiometabolica



Componente Clinica:
Valutare l'impatto sullo stato di salute di un tessuto adiposo disfunzionale o in eccesso



Inclusione di soggetti con BMI ridotto:
Soggetti con BMI compreso tra 25 e 30 kg/m² e aumento del grasso addominale sono a rischio di malattia cardiometabolica

STADIAZIONE PER INTERVENTI INDIVIDUALIZZATI PER LA PREVENZIONE DELLE COMORBOSITÀ ASSOCIATE ALL'OBESITÀ

Valutazione dello Stato di Salute:
Valutazione fisica, funzionale e psicologica

Criteri di stadiazione:
La severità del quadro clinico dovrà guidare la prescrizione di trattamenti individualizzati

OLTRE LA PERDITA DI PESO: OBIETTIVI DI GESTIONE OLISTICA

Obiettivi del Trattamento:
Benefici di lunga durata in termini di salute, benessere psicologico, funzione fisica e miglioramento della qualità di vita

Approcci terapeutici:
Interventi comportamentali e nutrizionali, farmacoterapia, chirurgia bariatrica basati sulle esigenze cliniche

Uso dei Farmaci:
Al momento previsti per soggetti con BMI ≥ 25 kg/m² e complicanze, non unicamente per soggetti con elevato BMI

VERSO UN CAMBIAMENTO DEL PARADIGMA NELLA GESTIONE DELL'OBESITÀ

Il modello prevede un approccio di gestione dell'obesità strutturato, di lunga durata, personalizzato che vada oltre la perdita di peso di breve durata e che

- Allinei la cura dell'obesità a quella delle altre malattie croniche
- Incoraggi cambiamenti nei protocolli di studi clinici che vadano oltre i valori soglia del BMI
- Il BMI non basta. La distribuzione del tessuto adiposo – rapporto vita-statura (WHtR) – è un indicatore più efficace del rischio cardiometabolico

MESSAGGI CHIAVE



- L'Obesità è una malattia complessa, recidivante e cronica
- La Diagnosi deve andare oltre il BMI: è necessario considerare la distribuzione del tessuto adiposo e lo stato di salute nel suo complesso
- La Stadiazione e la valutazione individuale devono guidare l'approccio terapeutico



Prodotto dalla European Association for the Study of Obesity enquiries@easo.org | www.easo.org
Riferimento bibliografico: *Nature Medicine* <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03095-3>



SCUOLA DI OBESITÀ SIO – 2025

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025

L'obesità è una malattia

L'obesità non è una scelta: è una malattia dell'organo adiposo risultante da un insieme di cause complesse



DIAGNOSI DI OBESITÀ

L'obesità è una MALATTIA CRONICA, PROGRESSIVA e RECIDIVANTE
rivolgersi al personale medico per diagnosticarla e curarla



I MERCOLEDÌ DELLA SIO

Grazie per l'attenzione

TASSONOMIA DELL'OBESITÀ EASO
FORNIRE UN LINGUAGGIO COMUNE PER L'OBESITÀ

“
L'obesità è una malattia cronica, recidivante, che affligge il paziente per l'intero arco di vita e che necessita di essere approcciata allo stesso modo di altre malattie croniche. È per cui imperativo usare un linguaggio per l'obesità comune, preciso e scientificamente accurato che possa essere impiegato in tutti i contesti di interesse. L'utilizzo di un linguaggio comune per l'obesità contribuirà allo sviluppo di sistemi sanitari resilienti e ad alta prestazione, risultando in una migliore cura del paziente.
”



SIO INCONTRA • WEBINAR



**LINEE GUIDA
STANDARD DI CURA
STATEMENTS**



25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025



25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20
Years
2005-2025

Coordinano

Sen. Beatrice Lorenzin

Componente V Commissione (Bilancio, Tesoro e Programmazione)

XIX Legislatura Senato della Repubblica

Graziano Di Cianni

Coordinatore Gruppo di Lavoro PDTA Obesità Regione Toscana

Presentazione Legge

On. Roberto Pella*

Relatore "Legge sull'Obesità" alla Camera dei Deputati

Sen. Giovanni Satta*

Relatore "Legge sull'Obesità" al Senato della Repubblica

Il parere dei clinici

Annamaria Colao

Vicepresidente Consiglio Superiore di Sanità

Andrea Lenzi

Presidente CNR, Professore Emerito di Endocrinologia Sapienza Università di Roma

Stefania Camasta

Direttivo SIO

Giuseppina Russo

Vice Presidente AMD

Maria Cristina Gagliardi

Istituto Superiore di Sanità

I costi dell'obesità

Federico Spandonaro

Presidente Comitato Scientifico di C.R.E.A. Sanità

Linee di indirizzo per la prevenzione ed il contrasto del sovrappeso e dell'obesità

Antonino De Lorenzo

Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Il paziente con obesità e sindrome metabolica: quali obiettivi terapeutici?

Cristina Ciuoli

Direttore UOSd Endocrinologia Ospedale San Donato Arezzo Azienda USL Toscana sud est

La prevenzione delle complicanze dell'obesità

Alessia Scatena

Direttore UOC Diabetologia Azienda USL Toscana sud est

Il punto di vista dei pazienti

Iris Zani

Presidente Federazione Italiana Associazione Pazienti Obesi

Alessio Nardini

Direttore Generale dei Corretti Stili di Vita e dei Rapporti con l'Ecosistema Ministero della Salute

Le regioni a confronto: condivisione dei modelli organizzativi e buone pratiche per la presa in carico

Emanuele Monti

Presidente IX Commissione Permanente Sostenibilità Sociale, Casa e Famiglia, Membro del Cda di AIFA

Mirto Foletto

Direttore Chirurgia Bariatrica AOU di Padova

Silvio Magliano

Commissione Sanità Regione Piemonte

Antonio Mazzeo

Presidente Consiglio Regionale della Toscana

Gianna Zamaro

Direttore Centrale della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità

Gian Carlo Mazzarelli

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Alessia Savo

Presidente Commissione per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna

Presidente Commissione Sanità Consiglio Regionale del Lazio

L'obesità nel piano nazionale della cronicità e nei LEA

Obesità come fattore sociale ed equità nell'accesso alle cure

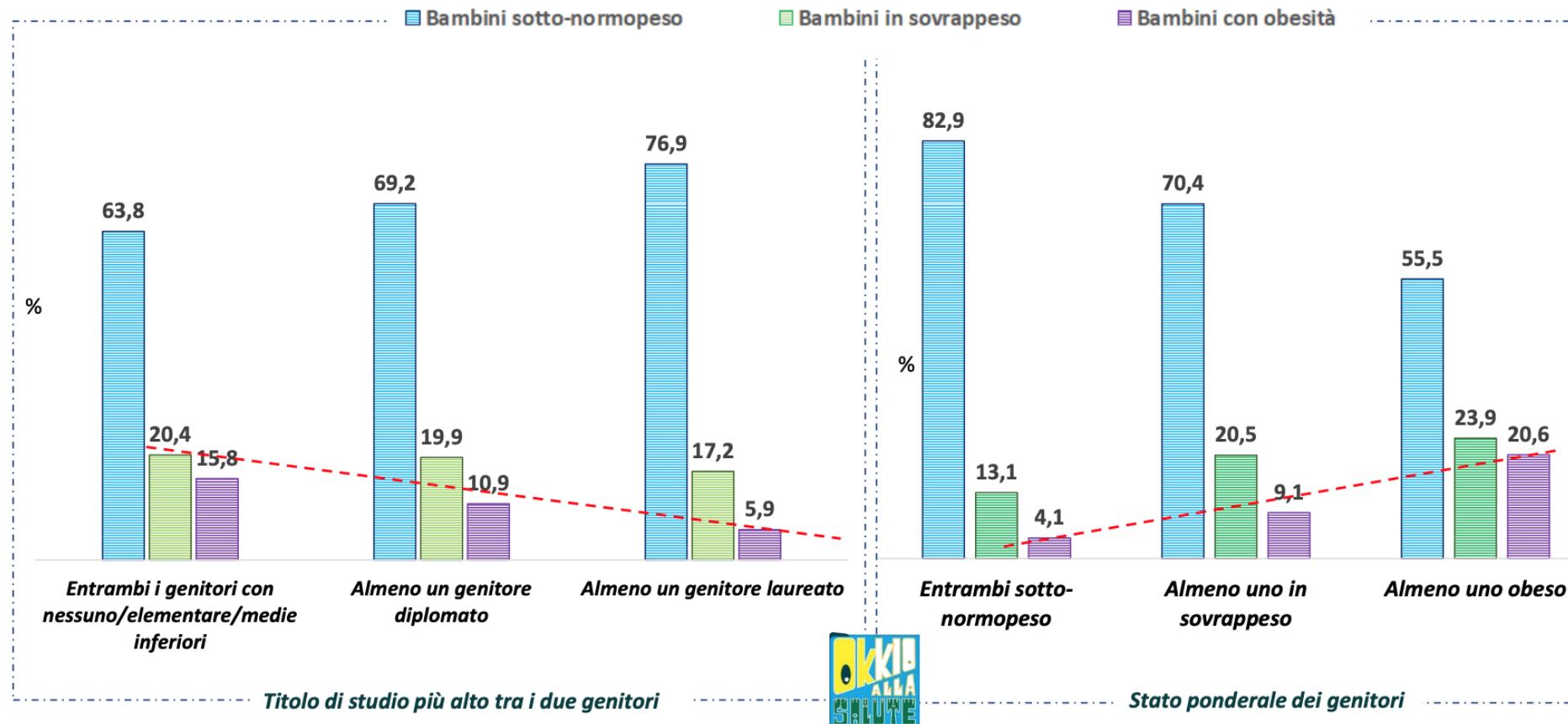
Sen. Ignazio Zullo

Componente 10° Commissione Permanente Affari Sociali, Sanità, Lavoro Pubblico e Privato, Previdenza Sociale, Senato della Repubblica

On. Andrea Quartini

Componente XII Commissione (Affari Sociali), Camera dei Deputati

**Lo stato ponderale delle bambine e dei bambini e le caratteristiche dei genitori
dati 2023 di OKkio alla SALUTE**



Carta dell'algoritmo di cura che utilizza il sistema di stadiazione EOSS (Edmonton Obesity Staging System, vedi testo e ref. 1) Ad ognuna delle intersezioni un codice-colore identifica l'opzione terapeutica preferenziale. Ovviamente, le opzioni terapeutiche vanno intese come additive, in particolare gli interventi sullo stile di vita devono essere sempre attuati.

Algoritmo di cura dei pazienti con sovrappeso o obesità

EOSS	BMI < 30	BMI 30-35	BMI 35-40	BMI >40	Età
STADIO 0					> 60
					< 60
STADIO 1	●			●	> 60
	●				< 60
STADIO 2	●		● ●		> 60
		●			< 60
STADIO 3		●	● ●	● ●	> 60
			●	●	< 60
STADIO 4			● ●	●	> 60
					< 60

interventi sullo stile di vita

riabilitazione (motoria, nutrizionale, psichiatrica, cardiopulmonare)

interventi sullo stile di vita e terapia farmacologica (in pazienti con diabete T2, è indicato l'uso preferenziale di farmaci con effetto sul peso come gli analoghi del GLP1RA)

farmaci: in casi selezionati e se sovrappeso con BMI >27

chirurgia bariatrica + interventi sullo stile di vita e, se indicata, terapia farmacologica

chirurgia: in casi selezionati con profilo rischio/beneficio favorevole

riabilitazione: in casi selezionati

Stadio 0 Nessun fattore di rischio associato all'obesità (es. pressione arteriosa, profilo lipidico, glicemia a digiuno ecc., nella norma), nessun sintomo, nessuna manifestazione psicopatologica, nessuna limitazione funzionale e/o alterazione dello stato di benessere;

Stadio 1 Presenza di fattori di rischio cardiovascolari correlati all'obesità (es. ipertensione arteriosa borderline, alterata glicemia a digiuno, enzimi epatici alterati), lievi sintomi (es. dispnea per sforzi di moderata intensità, occasionali dolori dell'apparato muscoloscheletrico, astenia, ecc.), lievi alterazioni psicopatologiche, lievi limitazioni funzionali e/o lieve alterazione dello stato di benessere;

Stadio 2 Presenza di patologie conclamate legate all'obesità (es. ipertensione arteriosa, diabete tipo 2, sindrome delle apnee notturne, osteoartriti, malattia da reflusso gastroesofageo, sindrome dell'ovaio policistico, sindromi ansioso-depressive, ecc.) moderate limitazioni nello svolgimento delle normali attività giornaliere, e/o dello stato di benessere;

Stadio 3 Danno d'organo conclamato (infarto del miocardio, scompenso cardiaco, complicanze del diabete, osteoartriti disabilitanti, turbe psicopatologiche gravi, limitazioni funzionali e/o alterazioni dello stato di benessere significative);

Stadio 4 Gravi disabilità (potenzialmente terminali) conseguenti alle patologie correlate all'obesità, turbe psicopatologiche gravi e disabilitanti, gravi limitazioni funzionali e/o dello stato di benessere.