



## QUIZ 336

### **Dottoressa, ma io sono un obeso sano!**

Riccardo, 48 anni, inviato in ambulatorio nel settembre 2025 per obesità. Familiarità positiva per diabete mellito tipo 2 ed infarto del miocardio dopo i 55 anni (padre). Fuma 20 sigarette al giorno; beve alcolici nel weekend. Vita molto sedentaria. Nulla di rilevante in anamnesi patologica remota.

Porta in visione i seguenti EE: Glicemia 101 mg/dl (70-100), HbA1c 38 mmol/mol (48 mmol/mol per diagnosi di diabete), creatininemia 0,96 mg/dl (0,5-0,95), eGFR 93 ml/min (normale > 60), colesterolo totale 208 mg/dl (<200), colesterolo HDL (HDLc) 49 mg/dl (desiderabile >40), trigliceridi 141 mg/dl (<150), colesterolo LDL (LDLc) 131 mg/dl (da definire alla luce del rischio cardiovascolare), transaminasi e indici di colestasi nella norma, emocromo e funzione tiroidea nei limiti, microalbuminuria negativa.

EO: BMI 38,7 kg/m<sup>2</sup>. CV 130 cm, PA 135/85 mm Hg, FC 84 r. Obesità principalmente ma non esclusivamente centripeta, senza segni di ipercortisolismo. Lieve acanthosis nigricans ascellare e retrorucale.

Il paziente riporta di non aver mai effettuato diete ipocaloriche strutturate, ma di essere motivato al cambiamento dello stile di vita perché si affatica molto nei movimenti quotidiani.

Lo inviamo dunque a valutazione dietologica con indicazione a controllo anche medico a pochi mesi per controllare l'andamento del peso; raccomandiamo inoltre di ridurre e progressivamente interrompere l'abitudine tabagica.

Quando si discute dell'inizio della terapia ipolipemizzante il paziente ci interrompe subito dicendo "Ma io sono un obeso sano perché vuole darmi la terapia per il colesterolo?"

**Alla luce della storia clinica di Riccardo e delle note evidenze scientifiche attuali, come vi comportereste per il valore di LDLc 131 mg/dl?**

- 1) 1) *Il paziente ha un'anamnesi patologica muta per cui può mantenere quel valore di LDLc;*
- 2) *Il valore di LDLc deve essere abbassato ma possiamo rivalutarlo dopo la dieta;*
- 3) *Prescriverei una statina a moderata intensità;*
- 4) *Prescriverei una statina a bassa intensità.*

**La risposta corretta è la n°3, statina a moderata intensità.**

**Perché:**

nell'ottobre 2025 è stato pubblicato un Focused Update delle linee guida congiunte ESC/EAS 2019 sul trattamento delle dislipidemie.

In tale documento viene sottolineata l'importanza dell'utilizzo dei punteggi di calcolo del rischio cardiovascolare al fine di stimare la fascia di rischio corretta per il singolo paziente e, di conseguenza, il target al di sotto del quale mantenere i valori di colesterolo LDLc [1].

Per il paziente del nostro caso clinico lo score da applicare è lo SCORE2, un punteggio applicabile in pazienti in prevenzione primaria ( quindi senza precedenti eventi CV) con età tra i 40 ed i 69 anni, che va a stimare il rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni nella popolazione europea [2].

Tale score può essere stimato mediante il calcolatore interattivo HeartScore dell'EAPC/ESC [3] o anche con l'app mobile ufficiale "ESC CVD Risk Calculation" e considera i seguenti fattori di rischio modificabili e non modificabili:

- Sesso;
- Età;
- Fumo di sigaretta;
- Pressione arteriosa sistolica;
- Colesterolo totale e HDLc (quindi considera il colesterolo non-HDL di partenza che nel nostro paziente è superiore al desiderabile, pari a 159 mg/dL);
- Regione geografica di rischio (l'Italia viene considerata una nazione a rischio moderato).

Le altre risorse utilizzabili per la valutazione dello SCORE2 e altri algoritmi sono U-PREVENT [4] e MDCalc [5].

Il software U-PREVENT è classificato come dispositivo medico con marcatura CE secondo la direttiva MDD, in fase di adeguamento al regolamento MDR, ed è approvato ufficialmente dall'ESC.

Tra i fattori di rischio considerati nello SCORE2, vi è l'inclusione del colesterolo non-HDL (colesterolo totale – colesterolo HDL) marker indipendente dal valore di trigliceridi (spesso variabile). Questo parametro è utile in tutti, ma particolarmente in pazienti con valori di trigliceridi elevati, affetti da diabete mellito, obesità e con valori di LDLc molto bassi.

La valutazione di questi fattori permette di identificare il rischio cardiovascolare del paziente e di conseguenza il target di LDLc da raggiungere.

In aggiunta a questo le linee guida ESC del 2019 sulle dislipidemie (punto non modificato

dall'aggiornamento del 2025) propongono- al raggiungimento dell'obiettivo LDLc - il target di non-HDL (target LDLc +30 mg/dl) sottolineando che non esistono RCT sull'utilizzo di questo parametro [6]. Pertanto il loro utilizzo viene solo suggerito e sempre in aggiunta al raggiungimento del target LDLc [6].

Tornando allo SCORE2 (edizione 2025), la stratificazione del rischio per pazienti in prevenzione primaria nella fascia di età considerata è la seguente:

Rischio molto alto >20%

Rischio alto  $\geq 10\%$  e <20%

Rischio moderato  $\geq 2\%$  e 10%

Rischio basso <2%

The image displays four sequential screenshots of the SCORE2 app interface, illustrating the user input and calculation process.

- Top Left Screenshot:** Shows the 'Personal risk profile' screen. The user has selected 'Europe Moderate Risk' on a map. Below the map, four risk level buttons are visible: 'Europe Low Risk', 'Europe Moderate Risk' (highlighted in green), 'Europe High Risk', and 'Europe Very High Risk'. A 'Next' button is at the bottom.
- Top Right Screenshot:** Shows the 'Personal risk profile' screen with 'Choose gender' set to 'Male' and 'Age (years)' set to 49. The 'Current smoking' toggle is turned on. A 'Next' button is at the bottom.
- Bottom Left Screenshot:** Shows the 'Personal risk profile' screen with 'Total cholesterol (mg/dL)' set to 206.0 and 'HDL cholesterol (mg/dL)' set to 48.0. A 'Calcola' button is at the bottom.
- Bottom Right Screenshot:** Shows the 'Result' screen with a gauge indicating a 6.5% 10-year risk of C.V. event.

Alla luce dello SCORE2, Riccardo ha un 6,5% di rischio attuale di avere IMA, stroke o morte CV a 10 anni (quindi eventi fatali o non fatali) che identifica un rischio moderato. Il nostro paziente presenta altri due importanti “modificatori del rischio” che sono l’obesità e l’inattività fisica, che non possono essere ignorati anche dopo una eventuale correzione farmacologica dell’ipercolesterolemia.

La presenza di modificatori del rischio deve essere considerata nell’approccio al paziente e può modificarne il rischio identificato dal calcolatore in un’ottica di terapia personalizzata [1].

Avere un rischio moderato comporta il target di LDLc <100mg/dl: per raggiungere questo obiettivo, da un valore di partenza di 130mg/dl, è necessario utilizzare una statina a moderata intensità che permette la riduzione del 30% circa del valore rispetto al basale.

La tabella a seguire indica la differenza di intensità tra le varie statine.

RIDUZIONE DEL COLESTEROLO LDL		
Intensità	Statina	Posologia (riduzione % LDL)
Alta	Atorvastatina	20 mg (43%)
		40 mg (49%)
		80 mg (55%)
	Rosuvastatina	10 mg (43%)
		20 mg (48%)
40 mg (53%)		
Media	Simvastatina	80 mg (42%)
	Atorvastatina	10 mg (37%)
	Flovastatina	80 mg (33%)
	Rosuvastatina	5 mg (38%)
	Simvastatina	20 mg (32%)
Bassa	Flovastatina	20 mg (21%)
		40 mg (27%)
	Pravastatina	10 mg (20%)
		20 mg (24%)
	Simvastatina	40 mg (29%)
		10 mg (27%)

Se Riccardo non fosse stato fumatore e avesse avuto la pressione arteriosa ben controllata, nonostante gli altri fattori di rischio, il rischio CV secondo SCORE2 sarebbe stato <2% (basso rischio)

Questo dato deve essere riferito al paziente per incoraggiarlo a modificare lo stile di vita, indipendentemente dall’introduzione della terapia medica ipolipemizzante

U-PREVENT ingloba una funzione particolarmente utile che permette di simulare la riduzione del rischio cardiovascolare associato a uno specifico intervento (es. l’interruzione del fumo, o l’aderenza alla dieta mediterranea, o l’uso di una statina, o il miglior controllo della pressione arteriosa, o l’uso di un antiaggregante), ad oggi però questa funzione non è disponibile per la simulazione da parte dell’utente registrato come italiano, mentre lo è per utenti di altri paesi europei.

The image shows a digital form titled "Future treatment" with a help icon. It contains several settings:

- Smoking:
- Mediterranean diet:
- Statin: A dropdown menu with "No statin" selected.
- Systolic blood pressure: A dropdown menu with "No treatment target" selected.
- Antithrombotic treatment:
- A "Reset" button is located at the bottom right of the form.

Below the form, there are three buttons: "End session" (with a help icon), "Print", and "Copy".

La risposta n° 4 può essere discussa nell’ottica di un paziente che, però, deve contestualmente effettuare un’importante modifica dello stile di vita; tuttavia, le linee guida enfatizzano il concetto non solo del “The lower the better” ma anche dello “Strike early and Strong” nell’ambito della prevenzione, al fine di ridurre la mortalità cardiovascolare ( risposta 4 non corretta).

La risposta n° 1 è errata, perché l’ipotesi dell’obesità “sana” è stata ampiamente superata dalla più recente definizione dell’obesità, una malattia complessa, progressiva e recidivante, riconosciuta anche dal Senato della Repubblica in data 1° ottobre 2025 [7]. Anche in assenza di alterazioni metaboliche o complicanze d’organo, l’obesità compromette lo stato di salute, la qualità e l’aspettativa di vita.

In merito alla risposta n° 2, alla luce del rischio cardiovascolare del signor Riccardo, abbiamo ritenuto opportuno non attendere l’effetto della sola dieta perché diversi studi mostrano solo benefici modesti sui valori di LDL (- 3-8% circa rispetto ai valori basali), non adeguati al target necessario per il nostro paziente [8-10] ( risposta 2 non corretta).

### Bibliografia di riferimento

1. Mach F et al. ; ESC/EAS Scientific Document Group. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Atherosclerosis*. 2025 Oct;409:120479.
2. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021 Jul 1;42(25):2439-2454.
3. <https://www.heartscore.org>
4. <https://www.u-prevent.com/>
5. <https://www.mdcalc.com/calc/10499/systematic-coronary-risk-evaluation-score2>
6. Mach F et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid

modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020 Jan 1;41(1):111-188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455. Erratum in: Eur Heart J. 2020 Nov 21;41(44):4255. doi: 10.1093/eurheartj/ehz826. PMID: 31504418.

7. <https://sio-obesita.org/approvazione-legge-pella-sullobesita/>

8. Kelley GA et al. Efficacy of aerobic exercise and a prudent diet for improving selected lipids and lipoproteins in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Med. 2011 Jun 15;9:74.

9. Dudum R et al. Dose-dependent effects of lifestyle interventions on blood lipid levels: Results from the PREMIER trial. Patient Educ Couns. 2019 Oct;102(10):1882-1891.

10. Heinicke V, Halle M. Lebensstilintervention in der Primärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen [Lifestyle intervention in the primary prevention of cardiovascular diseases]. Herz. 2020 Feb;45(1):30-38. German.

## **AUTORI**

Vincenza Di Stasi, MD PhD  
IRCCS Saverio De Bellis  
Castellana Grotte (BA)  
[vincenza.distasi@ircsdebellis.it](mailto:vincenza.distasi@ircsdebellis.it)

Irene Samperi, MD  
SSD di Diabetologia e Malattie Metaboliche, ASL di Novara  
[irene.samperi89@gmail.com](mailto:irene.samperi89@gmail.com)

---

SIE Società Italiana di Endocrinologia ©Tutti i diritti riservati

Tutti i contenuti sono soggetti alle leggi sulla proprietà intellettuale e protetti da copyright e da diritti d'autore. È vietata, senza il previo consenso scritto di SIE la riproduzione o la trasmissione, anche parziale, del materiale