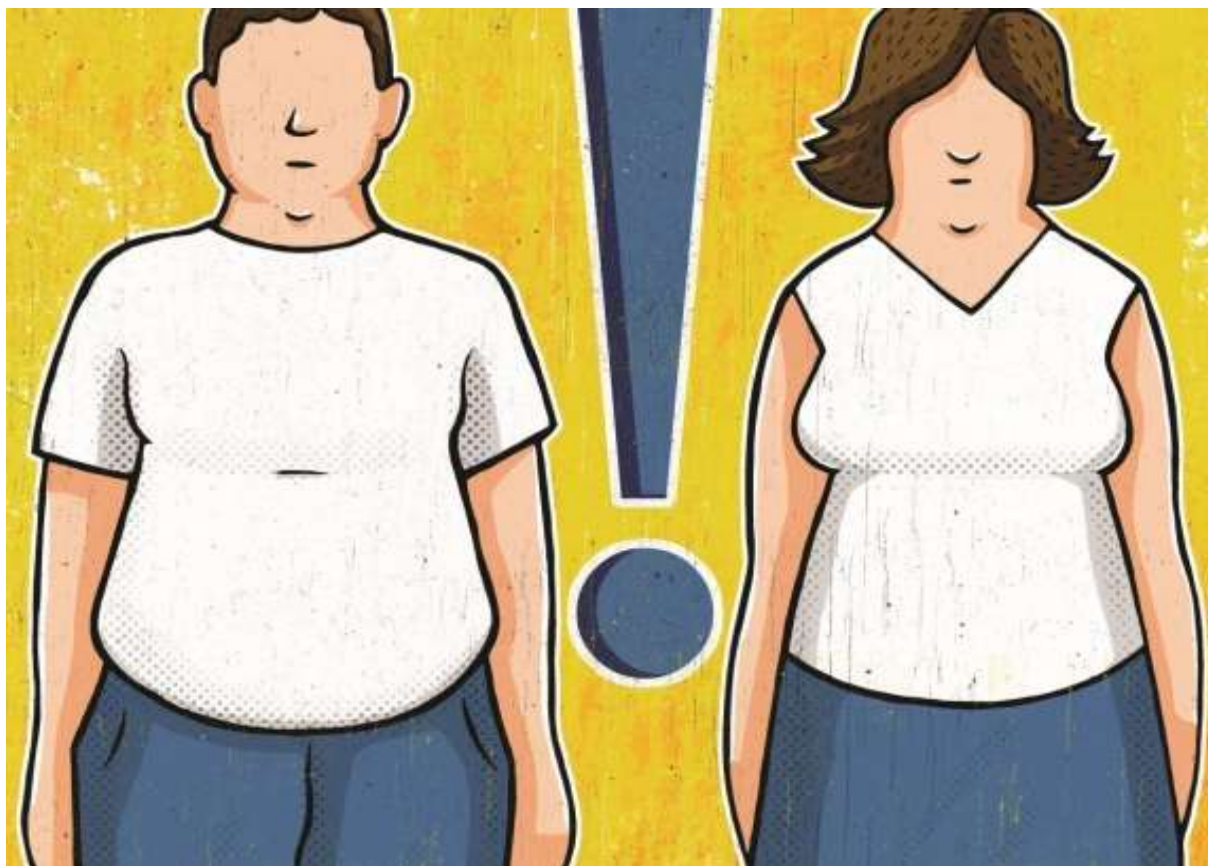


Tutto sui farmaci anti-obesità: a chi servono davvero? Quanto peso fanno perdere?

E quali sono gli effetti collaterali? di Cristina Ravanelli

Nati per il diabete di tipo 2, ora vengono utilizzati anche nelle terapie per l'obesità. Ma sono diventati una «moda» e questo ha contribuito a creare non poca confusione. Le domande più frequenti e le risposte per fare chiarezza (Fonte: <https://www.corriere.it/> 30 novembre 2025)



A ogni calo di peso, che sia quello di un amico, di un collega o di una star di Hollywood, ormai nasce il sospetto: sarà ricorso a uno di quei farmaci anti-obesità di cui tutti parlano negli ultimi tempi, subito ribattezzati i «farmaci dei miracoli» per il loro potente effetto dimagrante? L'argomento è sulla bocca di tutti e rimbalza prepotentemente anche sui social, ma proprio per questo s'impone il bisogno di fare chiarezza. Indicati per il trattamento del [diabete](#) di tipo 2, **semaglutide** e **tirzepatide**, i farmaci a base di **agonisti del recettore del Glp-1**, hanno ottenuto anche l'indicazione per la terapia dell'[obesità](#), aggiungendosi come nuove opzioni a farmaci già disponibili da anni come **liraglutide**, **orlistat** o l'**associazione tra naltrexone e bupropione**. Nonostante ciò, cresce il numero di persone che li utilizzano, pur non rientrando in questi criteri, per ottenere una rapida perdita di peso.

I dati lo confermano: secondo l'[ultimo Rapporto Osmed](#), realizzato dall'**Agenzia italiana del farmaco (Aifa)**, è stato registrato nel 2024 un **aumento di oltre il 78 per cento** nella vendita di questa tipologia di trattamenti con «ricetta bianca».

Come tutti i farmaci, anche questi possono però provocare effetti collaterali, talvolta anche seri, e quindi non vanno presi senza una reale indicazione.

Abbiamo chiesto a **Silvana Gaetani**, coordinatrice senior dell'Early Career Pharmacologists Group

della [Società Italiana di Farmacologia Sif](#) e professore Ordinario di Farmacologia all'Università Sapienza di Roma, di rispondere alle domande più frequenti su questo tema.

Quali farmaci possono aiutare a perdere peso?

«Ce ne sono diversi e non agiscono tutti allo stesso modo: alcuni lavorano nell'intestino, altri sul cervello, altri ancora sui circuiti ormonali che regolano fame e metabolismo. L'orlistat è il più "meccanico": blocca nell'intestino gli [enzimi](#) che digeriscono i grassi e ne riduce quindi l'assorbimento, con un'efficacia che dipende da quanto grasso c'è nel piatto: se la dieta è troppo ricca di [lipidi](#), l'eccesso non assorbito può causare disturbi intestinali come feci oleose, urgenza a evacuare o crampi addominali. Quando invece viene usato insieme a una dieta equilibrata, può favorire una perdita di peso lenta ma costante e ridurre anche i picchi di grassi nel sangue dopo i pasti. Una logica diversa guida l'associazione naltrexone/bupropione: qui il bersaglio è il cervello, in particolare i circuiti che regolano appetito, ricompensa e comportamento alimentare. Il risultato è un effetto sinergico: meno appetito, meno spinta impulsiva verso il cibo gratificante e maggiore controllo sul comportamento alimentare. La svolta, però, è arrivata con i farmaci che agiscono sul sistema delle **incretine**, ormoni prodotti dal nostro intestino dopo i pasti, che aiutano l'organismo a gestire il nutrimento in arrivo».

Come funzionano i nuovi medicinali che agiscono sulle incretine a questo scopo?

«Questi farmaci, che chiamiamo **incretino-mimetici** mimano l'azione di due ormoni: il **GLP-1** ovvero il *Glucagon-Like Peptide-1* - in italiano, peptide-1 simile al [glucagone](#), e il **GIP**, ovvero il *Gastric Inhibitory Polypeptide*, polipeptide inibitore gastrico, noto anche come *Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide* (polipeptide insulinotropico glucosio-dipendente). La scoperta del loro potenziale nasce proprio dal loro impiego iniziale nel **diabete di tipo 2**, dove hanno dimostrato di migliorare il **controllo glicemico stimolando l'[insulina](#)** (l'ormone prodotto dal pancreas che regola i livelli di zucchero nel sangue, permettendo alle cellule di utilizzarlo come fonte di energia, *ndr*) solo quando serve, riducendo il glucagone (ormone che agisce in opposizione all'insulina, alzando i livelli di glucosio nel sangue, *ndr*) e modulando fame e sazietà. Da lì è diventato evidente che questi stessi meccanismi potevano essere sfruttati anche per la gestione del peso, aprendo la strada a una nuova generazione di terapie capaci di agire in modo più integrato su metabolismo e comportamento alimentare».

Quali sono questi farmaci? E dove agiscono nell'organismo?

«Il primo a essere utilizzato è stato il **liraglutide**, un agonista del recettore GLP-1 che agisce rallentando lo svuotamento gastrico e modulando i centri cerebrali della sazietà. La sua azione è efficace, ma richiede una somministrazione quotidiana. Da qui il passo verso una generazione successiva: la **semaglutide**, molecola ottimizzata per restare in circolo molto più a lungo e quindi somministrabile una sola volta alla settimana. Il salto tecnologico più recente è rappresentato

dalla **tirzepatide**, che non attiva solo il recettore del GLP-1 ma anche quello del GIP, un'altra incretina con un ruolo cruciale nella regolazione del metabolismo dei grassi e della sensibilità insulinica. Questi farmaci funzionano in modo simile agli **ormoni endogeni** (quelli che produciamo noi, *ndr*), ma restano attivi più a lungo grazie a modifiche chimiche che ne rallentano la degradazione: è questo che permette la somministrazione mono-settimanale di semaglutide e tirzepatide. L'attivazione di questi recettori, che sono presenti in diversi tessuti del nostro organismo, produce una serie di effetti concomitanti. A livello del **pancreas** aumenta la produzione di insulina e riduce quella di glucagone, favorendo la diminuzione della **glicemia**. Nel tratto gastrointestinale rallenta lo svuotamento dello stomaco, prolungando la sensazione di pienezza dopo un pasto. Nei muscoli e nel tessuto adiposo facilita l'ingresso del glucosio nelle cellule e la sua trasformazione in glicogeno, contribuendo al controllo dei livelli di zucchero nel sangue. Nel tessuto adiposo stimola il **metabolismo** dei grassi immagazzinati, sostenendo la riduzione della massa grassa. Infine, a livello cerebrale modula le aree che regolano fame, sazietà e ricompensa, riducendo l'appetito e rendendo meno "attraenti" i cibi molto calorici».

Come vanno presi i farmaci per la gestione del peso? E per quanto tempo? Partiamo da orlistat e naltrexone/bupropione.

«L'**orlistat** per via orale sotto forma di capsule o compresse è da assumere tre volte al giorno, in corrispondenza dei pasti. La regola è semplice: il farmaco va preso durante il pasto, oppure entro un'ora dalla fine, ma solo se quel pasto contiene una quota di grassi. Se viene saltato o è privo di lipidi, la dose può essere omessa. La terapia deve sempre essere associata a una dieta moderatamente ipocalorica, con un contenuto di grassi che non superi il 30% delle calorie totali, distribuite nei tre pasti. La durata del trattamento non è illimitata. Dopo 12 settimane di terapia va verificata la risposta: se il paziente non ha perso almeno il 5% del peso, il trattamento deve essere interrotto. Anche nei soggetti che rispondono bene, l'orlistat è generalmente utilizzato per periodi limitati: non ci sono dati solidi che ne supportino l'uso oltre i due anni. Il **farmaco a base di naltrexone/bupropione** è disponibile in compresse a rilascio prolungato, da assumere per bocca — preferibilmente durante i pasti — e senza spezzarle o masticarle, perché la formulazione è pensata per rilasciare lentamente i principi attivi. La terapia non parte subito con la dose piena: per ridurre gli effetti indesiderati e permettere all'organismo di adattarsi, **il dosaggio viene aumentato gradualmente nell'arco di quattro settimane**, fino a raggiungere la dose massima raccomandata giornaliera (corrispondente a 32 mg di naltrexone cloridrato e 360 mg di bupropione cloridrato). Per quanto riguarda la durata, anche in questo caso è necessario monitorare l'efficacia. Come per altri farmaci antiobesità, **la risposta viene valutata intorno alle 12 settimane**: se entro questo periodo non si osserva una riduzione del peso corporeo di almeno il 5%, la terapia va sospesa, perché è improbabile che porti benefici significativi a lungo termine. Chi risponde al trattamento può proseguirlo, sempre nell'ambito di un programma strutturato che includa dieta,

attività fisica e monitoraggio clinico, tenendo conto che il farmaco agisce soprattutto sul comportamento alimentare e richiede un buon livello di aderenza per mantenere i risultati».

I principali farmaci incretino-mimetici

I PRINCIPALI FARMACI INCRETINO-MIMETICI

SEMAGLUTIDE soluzione iniettabile in penna preriempita
0,25 mg; 0,5 mg; 1 mg; 2 mg

Adulti affetti da diabete mellito tipo 2 non adeguatamente controllato, in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico

- come monoterapia quando l'uso di metformina è considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni
- in aggiunta ad altri medicinali per il trattamento del diabete

■ Nota Alfa 100
■ Classe di rimborsabilità A/PH/T

TIRZEPATIDE soluzione iniettabile in penna preriempita
2,5 mg; 5 mg; 7,5 mg; 10 mg; 12,5 mg; e 15 mg

Diabete mellito di tipo 2: adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 non adeguatamente controllato, in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico

- come monoterapia quando l'uso di metformina è considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni
- in aggiunta ad altri medicinali per il trattamento del diabete

■ Nota Alfa 100
■ Classe di rimborsabilità A/RR/PH/T

Gestione peso corporeo:
negli adulti, in aggiunta a una dieta povera di calorie e a un aumento dell'attività fisica per la gestione del peso corporeo, inclusi la riduzione del peso e il mantenimento del peso, in pazienti adulti con un indice di massa corporea (IMC) iniziale di $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesità), o $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ a $< 30 \text{ kg/m}^2$ (sovrappeso) in presenza di almeno una co-morbidità correlata al peso (ad esempio ipertensione, dislipidemia, apnea ostruttiva nel sonno, malattia cardiovascolare, prediabete o diabete mellito di tipo 2)

■ Classe di rimborsabilità C

SEMAGLUTIDE compresse
3 mg; 7 mg; 14 mg

Adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 non adeguatamente controllato, in aggiunta alla dieta e all'esercizio fisico

- come monoterapia quando l'uso di metformina è considerato inappropriato a causa di intolleranza o controindicazioni
- in associazione ad altri medicinali per il trattamento del diabete

■ Nota Alfa 100
■ Classe di rimborsabilità A/PH/T

SEMAGLUTIDE soluzione iniettabile in penna preriempita
0,25 mg; 0,5 mg; 1 mg; 1,7 mg; 2,4 mg

Negli adulti, in aggiunta a una dieta ipocalorica e a un aumento dell'attività fisica per la gestione del peso, compresi la perdita di peso e il mantenimento del peso, in adulti con un indice di massa corporea (IMC) iniziale pari a

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesità), o
- da $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ a $< 30 \text{ kg/m}^2$ (sovrappeso) in presenza di almeno una comorbidità correlata al peso, ad es. dislipidemia (pre-diabete o diabete mellito di tipo 2), ipertensione, dislipidemia, apnea ostruttiva del sonno o malattia cardiovascolare.

Negli adolescenti (≥ 12 anni) è indicata in aggiunta a una dieta ipocalorica e a un aumento dell'attività fisica per la gestione del peso, con:

- obesità e peso corporeo superiore a 60 kg

■ Classe di rimborsabilità C/RR

Nota 100: è una normativa che regola le prescrizioni di alcuni farmaci antidolorifici per il diabete di tipo 2, ampliando le possibilità di prescrizione anche ai Medici di Medicina Generale (MMG).

A/PH/T: indica che il farmaco appartiene alla fascia A, quella dei farmaci essenziali e per malattie croniche, la cui rimborsabilità è a carico dello Stato. PH/T sta per l'effettivo della Distribuzione Diretta, un sistema che regola il modo in cui vengono forniti questi specifici farmaci. La distribuzione avviene direttamente dall'ospedale al paziente, invece che tramite la normale farmacia territoriale.

C/RR: indica farmaci non rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a carico del cittadino, che richiede una ricetta medica speciale.

A/RR/PH/T: il farmaco è rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), richiede una ricetta medica ripetibile (RR) e rientra nel sistema di distribuzione speciale, territorio (PH/T).

C: a totale carico del cittadino.

Veniamo ora agli incretino-mimetici, come liraglutide, semaglutide e tirzepatide.

«Nella terapia a base di incretino-mimetici, usati per la gestione del peso, la somministrazione avviene tramite iniezione sottocutanea giornaliera (liraglutide) o una volta alla settimana, sempre lo stesso giorno (semaglutide e tirzepatide) nell'addome, coscia o braccio. Si usano penne preriempite, dispositivi medici progettati per facilitare l'uso anche a chi non ha esperienza con le iniezioni. Si inizia con una dose bassa, che viene gradualmente aumentata nel tempo per abituare l'organismo e ridurre gli effetti indesiderati gastrointestinali. Per la terapia mirata alla riduzione del peso nell'adulto, la somministrazione di liraglutide inizia con una dose di 0,6 mg al giorno che viene aumentata gradualmente settimana dopo settimana fino ad arrivare alla dose di mantenimento di 3 milligrammi al giorno. La durata della terapia segue la stessa logica degli altri farmaci anti-obesità: **dopo circa tre mesi a dose piena, si valuta se il trattamento sta funzionando.** Se la persona non ha perso almeno una piccola quota del peso iniziale, di solito intorno al 5%, proseguire non ha senso, perché è improbabile che il farmaco offra benefici a lungo termine. Quando invece la risposta c'è, la terapia può essere portata avanti nel tempo, sempre all'interno di un percorso strutturato che comprenda alimentazione equilibrata, movimento e controlli periodici con il medico. La terapia antiobesità a base di semaglutide inizia con 0,25 mg alla settimana, poi viene aumentata in modo progressivo nell'arco di circa 16 settimane, passando per step intermedi, fino ad arrivare alla dose di mantenimento di 2,4 mg una volta alla settimana. Se durante questo percorso compaiono nausea, vomito o altri sintomi gastrointestinali importanti, è possibile che il medico decida di rimandare il passaggio alla dose successiva o, temporaneamente, di tornare alla dose precedente finché i sintomi non

migliorano. Non si superano mai i 2,4 mg settimanali, che rappresentano la dose massima raccomandata. Per la tirzepatide, invece, si inizia con 2,5 mg alla settimana. Dopo almeno 4 settimane, la dose viene aumentata a 5 mg, che rappresenta il primo livello di mantenimento possibile. Se necessario, e sempre con intervalli minimi di 4 settimane, la dose può essere ulteriormente aumentata con step di 2,5 mg, passando a 7,5 mg, 10 mg, 12,5 mg, fino alla dose massima raccomandata di 15 mg una volta alla settimana, una delle dosi di mantenimento più utilizzate negli studi clinici. Le dosi di mantenimento consigliate sono quindi 5 mg, 10 mg o 15 mg alla settimana, scelte dal medico in base alla risposta individuale e alla tollerabilità».

Chi può ricevere una prescrizione per questi farmaci?

«Semaglutide e tirzepatide non sono farmaci dimagranti per tutti, ma terapie indicate per specifiche condizioni.

Per la gestione del peso, possono essere prescritti agli adulti con: obesità (BMI 30 kg/m²) (BMI sta per *Body Mass Index*, cioè Indice di Massa Corporea, ndr), oppure sovrappeso (BMI 27 kg/m²) con almeno una comorbidità ([ipertensione](#), [dislipidemia](#), [apnea](#) ostruttiva del sonno, malattia cardiovascolare o alterazioni della glicemia).

Nel diabete di tipo 2 possono essere prescritti quando la metformina non è sufficiente o non è tollerata, oppure nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, come chi ha già avuto [infarto](#) o [ictus](#). Possono inoltre essere combinati con altri farmaci antidiabetici, con eventuali aggiustamenti di dose per ridurre il rischio di [ipoglicemia](#). Per la gestione del peso in età evolutiva, semaglutide può essere utilizzato anche negli adolescenti dai 12 anni in su con obesità definita secondo i percentili di crescita, e con peso superiore a 60 kg».

Che cosa succede se li prende chi non soffre di diabete o non è obeso?

«Non è soltanto inutile sul piano medico, ma rischioso. Questi farmaci sono stati sviluppati per agire su meccanismi metabolici specifici: modulano la secrezione di insulina e glucagone, rallentano lo svuotamento gastrico e agiscono sui circuiti cerebrali della sazietà. In una persona sana, magari solo leggermente in sovrappeso, che ha già un metabolismo glicemico ben regolato, questa stimolazione farmacologica può produrre ipoglicemia, cioè un calo eccessivo della glicemia, con sintomi come tremori, sudorazione, confusione, palpitazioni e, nei casi più gravi, perdita di coscienza. Questo effetto non è necessariamente “metabolico”, ma potrebbe essere la conseguenza di nausea, senso di pienezza e riduzione dell'appetito che questi farmaci possono comportare e che porterebbe queste persone a mangiare poco o a fare lunghi digiuni. Questo impatto sul comportamento alimentare può far scendere la glicemia al di sotto dei livelli normali. Anche sul fronte del peso l'effetto non è “magico”: in assenza di obesità o sovrappeso significativo, la perdita ponderale può essere minima e accompagnata da una quota non trascurabile di perdita di massa magra (muscolo), perché il corpo non ha riserve adipose sufficienti. Questo può

comportare debolezza, riduzione del metabolismo basale e un potenziale peggioramento della salute generale».

Quanto peso consentono di perdere e in quanto tempo?

«L'entità della perdita di peso **non è uguale per tutti**, ma gli studi clinici mostrano effetti molto significativi. Con la semaglutide alla dose di 2,4 mg a settimana – la formulazione approvata per l'obesità – le persone trattate hanno perso in media circa il 15% del peso corporeo nell'arco di un anno e mezzo, con una quota non trascurabile di pazienti che ha raggiunto riduzioni attorno al 20%. La tirzepatide, alle dosi più elevate utilizzate negli studi, ha mostrato risultati ancora più marcati: in circa 16 mesi molti pazienti hanno ottenuto una riduzione del peso compresa tra il 20 e il 23%, con una parte che ha superato il 25%».

Il dimagrimento è immediato?

«No, nelle prime settimane si osservano cali modesti, perché le dosi vengono aumentate gradualmente per migliorare la tollerabilità. Il ritmo tende poi ad accelerare nei primi tre-sei mesi, fino a stabilizzarsi dopo circa un anno di terapia. È importante sottolineare che **la perdita di peso dipende anche dallo stile di vita**: dieta ipocalorica e attività fisica rimangono parte integrante del percorso. Inoltre, gli studi mostrano che interrompere la terapia porta spesso a un recupero progressivo del peso, a conferma che si tratta di trattamenti da considerare nell'ottica della gestione cronica del peso e delle comorbidità metaboliche associate».

Quali sono gli effetti collaterali?

«La **nausea è il sintomo più frequente**, ma di solito tende a ridursi grazie ai progressivi aumenti di dose. Inoltre, nelle prime settimane di trattamento possono comparire vomito, diarrea, stipsi o dolore addominale (la tirzepatide risulta spesso più tollerabile sul piano gastrointestinale rispetto ai classici agonisti del GLP-1). Poi possono comparire mal di testa o affaticamento. Eventi più rari – come [pancreatite](#) o [calcoli alla colecisti](#) – tendono a manifestarsi soprattutto in chi perde peso molto rapidamente. Per questo è importante che chi assume questi farmaci segnali tempestivamente al medico eventuali sintomi persistenti o inusuali, così da valutare eventuali aggiustamenti terapeutici».

Il cantante inglese Robbie Williams ha raccontato di aver avuto problemi di vista.

«In realtà, non si tratta di farmaci tossici per gli occhi, ma solo di effetti indesiderati rari che possono comparire soprattutto in persone che hanno già **una fragilità oculare preesistente**, come una [retinopatia diabetica](#). Alcuni studi hanno osservato un aumento di complicanze oculari nei pazienti trattati con semaglutide, e una recente analisi su milioni di segnalazioni di farmacovigilanza ha rilevato un possibile incremento di eventi come la [neuropatia ottica](#) ischemica anteriore, una sorta di piccola [ischemia](#) del nervo ottico che provoca una perdita

della vista improvvisa ma indolore. I segnali sono più forti per semaglutide e più limitati per tirzepatide. Due le ipotesi principali: in chi ha già una [retina](#) danneggiata, un calo troppo rapido della glicemia o del peso può temporaneamente alterare il microcircolo; in chi ha vasi particolarmente fragili, cambiamenti nella perfusione potrebbero favorire una neuropatia del nervo ottico. Non ci sono però prove che questi farmaci danneggino direttamente l'occhio, ma agiscono su un sistema vascolare e metabolico delicato».

È vero che se si smette di prenderli la glicemia risale?

«È importante distinguere bene le situazioni, perché questi farmaci si comportano in modo diverso a seconda di chi li usa e con quali terapie. Nelle persone senza diabete, quindi quando vengono prescritti per l'obesità, non fanno scendere la glicemia sotto i valori normali: agiscono solo se la glicemia è un po' alta o se c'è [insulino-resistenza](#). La situazione cambia nei pazienti con diabete che assumono anche altri farmaci antidiabetici. Se usano insulina o sulfaniluree, che già di per sé abbassano la glicemia, allora è possibile osservare cali più marcati, perché l'effetto dei farmaci si somma. In questi casi è la terapia combinata, non il GLP-1 agonista in sé, a generare un rischio più alto di ipoglicemia, e infatti è qui che si concentrano quasi tutti gli episodi riportati nei fogli tecnici approvati da Ema e Fda. C'è poi un terzo scenario, che spesso crea confusione: l'ipoglicemia dovuta all'alimentazione troppo scarsa. Questi farmaci riducono molto l'appetito e nelle prime settimane possono dare nausea o senso di pienezza; di conseguenza alcune persone mangiano pochissimo o saltano pasti per ore: la glicemia scende non per un effetto farmacologico diretto, ma semplicemente perché l'organismo resta a digiuno troppo a lungo. Fatte queste premesse, quando si interrompe la terapia, la glicemia non “rimbalza” oltre la norma: semplicemente tende a tornare ai valori di partenza, perché l'effetto regolatorio sul metabolismo dura solo mentre si assume il farmaco».

Fanno bene al colesterolo?

«In generale sì: i nuovi farmaci per l'obesità migliorano il profilo lipidico. Questo avviene sia grazie alla perdita di peso — che di per sé riduce [colesterolo](#) e [trigliceridi](#) —, sia per effetti diretti sul metabolismo dei grassi e sulla funzione del [fegato](#). Gli agonisti del recettore GLP-1, come la semaglutide, hanno mostrato in numerosi studi clinici una riduzione del colesterolo totale, dell'LDL e dei trigliceridi, con un lieve aumento dell'HDL. Questi cambiamenti si accompagnano anche a benefici cardiovascolari importanti: in uno dei più grandi studi condotti, il rischio combinato di infarto, ictus e morte cardiovascolare è risultato ridotto di circa il 20%, un dato che riflette l'effetto combinato su peso, lipidi, pressione e infiammazione. La tirzepatide, che attiva sia il recettore GLP-1 sia quello del GIP, mostra un impatto ancora più marcato sul metabolismo lipidico: nei principali studi si osservano cali importanti di LDL e colesterolo non-HDL e soprattutto una riduzione molto significativa dei trigliceridi, mentre l'HDL tende ad aumentare».

Possono far perdere i capelli?

«La caduta dei capelli osservata in alcune persone che dimagriscono rapidamente non è un effetto tossico del farmaco, ma un fenomeno ben noto in medicina: il *telogen effluvium*. Ogni capello non cresce continuamente, ma attraversa cicli scanditi da tre fasi: *anagen*, in cui cresce; *catagen*, una fase intermedia; *telogen*, la fase di riposo, al termine della quale il capello cade. Normalmente solo una piccola parte dei capelli si trova in fase *telogen*. Quando però l'organismo vive uno stress improvviso e importante, come un calo di peso molto rapido, molti follicoli vengono "spinti" nella fase di riposo. È un meccanismo di risparmio energetico ben documentato: il corpo, impegnato ad adattarsi a un cambiamento metabolico significativo, riduce temporaneamente il dispendio destinato a funzioni non essenziali, e la crescita dei capelli rientra tra queste. Il risultato non è immediato. I capelli entrati in fase *telogen* dopo uno stress metabolico iniziano a cadere dopo 2-3 mesi, che è il tempo fisiologico necessario perché il follicolo completi il suo ciclo. È per questo che molte persone segnalano la perdita di capelli solo settimane dopo aver iniziato a dimagrire in modo importante. La buona notizia è che, a differenza dell'[alopecia](#) permanente, il *telogen effluvium* è reversibile. Quando il peso si stabilizza e l'organismo si riadatta, i follicoli tornano progressivamente nella fase di crescita e la chioma si ripristina nel giro di qualche mese».

Aumentano il rischio di cancro?

«Al momento non ci sono prove che aumentino in generale il rischio di tumore. Anzi, la perdita di peso che producono sembra ridurre il rischio di diversi tumori legati all'obesità, perché migliora infiammazione, insulino-resistenza e altri fattori che favoriscono lo sviluppo di neoplasie nelle persone con eccesso di peso. Ci sono però due ambiti che richiedono un po' più di attenzione: [tiroide](#) e pancreas. Per la tiroide, alcuni studi sugli animali avevano fatto ipotizzare un possibile rischio, ma nelle sperimentazioni cliniche sull'uomo non è emerso un aumento di tumori tiroidei. L'unica vera cautela riguarda chi ha una predisposizione genetica rara al carcinoma midollare della tiroide, per cui questi farmaci non sono consigliati. Sul pancreas si è discusso molto, perché il GLP-1 stimola questa ghiandola. Le ricerche più recenti non mostrano un aumento significativo dei tumori pancreatici. La pancreatite acuta può verificarsi, ma rimane un evento raro: per questo, un dolore addominale improvviso e persistente va sempre riferito al medico. In sintesi: niente allarmismi. Non ci sono segnali di un rischio oncologico generalizzato e, anzi, il miglioramento del peso corporeo potrebbe avere un effetto protettivo. Rimangono solo alcune situazioni particolari, che richiedono prudenza e monitoraggio».

Potrebbero essere utilizzati anche per altre patologie?

«La ricerca sta mostrando che potrebbero avere utilità, anche oltre diabete e obesità. Alcune applicazioni sono già supportate da dati solidi, altre ancora in fase sperimentale ma molto promettenti. La semaglutide ha dimostrato di ridurre il rischio di infarto, ictus e morte cardiovascolare anche in persone senza diabete ma con obesità o sovrappeso associati a malattia

cardiovascolare. È un risultato importante, perché suggerisce che intervenire sul peso e sul metabolismo può incidere direttamente sulla salute del cuore. Sempre semaglutide ha mostrato benefici nei pazienti con **scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata**, una forma di insufficienza cardiaca che si associa a eccesso di peso. In queste persone si sono osservati miglioramenti della capacità di esercizio, della qualità di vita e dei sintomi. La tirzepatide ha dato risultati molto incoraggianti nell'**apnea ostruttiva del sonno** nelle persone con obesità, migliorando la qualità del respiro notturno e diversi indicatori di rischio cardiometabolico. Un altro campo promettente è la **malattia epatica metabolica** (nota in passato come [steatoepatite non alcolica](#)): sia semaglutide sia tirzepatide riescono a ridurre il grasso nel fegato e, in molti pazienti, favoriscono la regressione dell'infiammazione epatica, anche in assenza di diabete. Infine, stanno emergendo interessanti risultati preliminari nell'ambito delle dipendenze, in particolare per il disturbo da uso di alcol: la semaglutide sembra ridurre il *craving* (desiderio intenso) e il consumo, ma in questo caso siamo ancora all'inizio e servono conferme».