

Panoramica sull' epidemiologia e sull' impatto dell' obesità: risultati internazionali dello studio IMPACT-O

Federica De Luca ^{1*} (presentatore non autore), Esther Artime,² Erik Spaepen,³ Atif Adam,⁴ Xiaoyu Lin,⁴ Mengyuan Shang,⁴ Sarah Seager,³ Julie Mount,⁵ Arash Tahbaz⁵

¹Università degli studi di Trieste, Italia, ²Eli Lilly and Company, Alcobendas, Spagna, ³HaaPACS GmbH, Schriesheim, Germania, ⁴RWS, IQVIA, Durham, NC, Stati Uniti, ⁵Eli Lilly and Company, Basingstoke, Regno Unito
* federica.deluca@studenti.units.it



Scansionare o fare clic sul codice QR o utilizzare l'URL che segue per un elenco di tutti i contenuti Lilly presentati al congresso. I nomi di altre società e prodotti sono marchi commerciali dei rispettivi proprietari.

Lo studio è stato sponsorizzato da Eli Lilly and Company

Riprodotta con permesso di International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research - 26th Annual European Congress (ISPOR-EU 2023)

Introduzione

Pochi studi ad ampia casistica documentano i tassi e l'impatto del sovrappeso/obesità in paesi selezionati in Europa e in Asia/Pacifico.

Metodi

Lo studio Epidemiology Landscape and Patient Care Pathways of Obesity (IMPACT-O) era uno studio di corte internazionale retrospettivo che ha utilizzato database dei registri medici elettronici e delle prescrizioni standardizzate dell'Observed Medical Outcomes Partnership Common Data Model da Australia, Cina, Francia, Germania, Italia, Spagna, Regno Unito e Giappone. Sono stati stimati il livello di registrazione e il numero di adulti con sovrappeso/obesità (in base ai codici diagnostici e all'indice di massa corporea [BMI]) tra il 2018 e il 2022. I limiti e le categorie di BMI (in base alla World Health Organisation/Japan Society for the Study of Obesity), e la presenza di comorbidità sono state descritte per gli adulti con la registrazione di almeno un BMI ≥ 25.0 kg/m² – sovrappeso (Australia, Europa)/obesità (Giappone) – e ≥ 12 mesi di osservazione prima della data indice (registrazione di BMI più elevato) nella coorte prevalente. Questa analisi (data di cut-off Aprile 2023) non ha incluso i dati di Cina e Spagna.

Risultati

Il BMI è stato registrato nel 4.8-38.9% dei pazienti attivi in tutti i database. Il numero di adulti identificati in sovrappeso o obesi (Giappone) in base al BMI o ai codici diagnostici era: Australia 41,533; Francia 880,815; Germania 1,194,272; Italia 248,256; Regno Unito 1,110,830; Giappone 656,336. Di questi, i codici diagnostici erano presenti nel 2.9-49.7% dei casi. La coorte prevalente comprendeva 2,515,860 soggetti (Australia 25,625; Francia 430,089; Germania 429,422; Italia 170,119; Regno Unito 893,246; Giappone 567,359). La percentuale di soggetti per categoria di BMI (non-Giappone/Giappone) era 74.8-81.4%/55.9% (≥ 27.0 kg/m²); 44.1-54.8%/22.1% (≥ 30.0 kg/m²); 15.8-24.4%/4.7% (≥ 35.0 kg/m²); 5.0-10.1%/1.0% (≥ 40.0 kg/m²). Almeno una comorbidità legata al peso è stata riportata nel 59.6-85.0% dei pazienti (≥ 25.0 kg/m²), e il 35.9-65.8% aveva una comorbidità multipla (≥ 2); la percentuale di pazienti con comorbidità in genere aumentava con l'aumento della categoria di BMI. Le principali comorbidità per valori ≥ 25.0 kg/m² erano l'ipertensione, (28.9-62.3%), la dislipidemia (20.4-40.2%) e la depressione (4.1-27.5%).

Conclusioni

Una scarsa percentuale di soggetti con sovrappeso/obesità riceve una diagnosi formale nei database sanitari. In genere, il carico delle comorbidità aumenta all'aumentare del BMI.

RISULTATI PRINCIPALI

Tabella 1: BMI, tassi di registrazione della diagnosi, e confronti tra coorti, 2018–2022

	EMR Australia	LPD Francia	DA Germania	LPD Italia	UK IMRD THIN	LPD Spagna	Riportati in Giappone ^c
Soggetti attivi nei database	1,203,674	10,206,481	21,746,354	1,791,140	4,454,982	1,570,445	10,609,060
Tasso di registrazione del BMI: soggetti attivi nel database con ≥ 1 registrazione del BMI	57,622 (4.8)	2,241,019 (22.0)	1,197,894 (5.5)	389,979 (21.8)	1,734,788 (38.9)	391,947 (25.0)	2,082,594 (19.6)
Adulti^a identificati con sovrappeso/obesità in base al BMI ≥ 25 kg/m² e/o codici diagnostici	41,533	880,815	1,194,272	248,256	1,110,830	185,658	656,336
Con codice diagnostico di sovrappeso/obesità, n (%)	10,373 (25.0)	25,251 (2.9)	593,637 (49.7)	58,430 (23.5)	46,769 (4.2)	67,725 (36.5)	38,327 (5.8)
Adulti^b identificati con sovrappeso/obesità in base al BMI ≥ 25 kg/m², n	33,900	873,808	730,887	222,399	1,108,481	171,981	626,808
Prevalent cohort, n	25,625	430,089	429,422	170,119	893,246	163,824	567,359

^a Età alla data indice (data della prima BMI ≥ 25 kg/m² e/o codici diagnostici dal 2018 al 2022) / ^b Età alla data indice (data BMI ≥ 25 kg/m² più elevato e/o codici diagnostici dal 2018 al 2022) / ^c In base alla definizione di obesità della Japan Society for the Study of Obesity BMI, indice di massa corporea; DA, analizzatore di malattia; EMR, registro medico elettronico; IMRD, Dati di ricerca medica di IQVIA; LPD, database del paziente longitudinale; THIN, The Health Improvement Network.

Tabella 2: Limiti del BMI

	EMR Australia (n=25,625)	LPD Francia (n=430,089)	DA Germania (n=429,422)	LPD Italia (n=170,119)	UK IMRD THIN (n=893,246)	LPD Spagna (n=163,824)	Riportati in Giappone ^a (n=567,359)
Coorte in base ai limiti di BMI, n (%)							
≥ 25.0 kg/m ²	25,625 (100)	430,089 (100)	429,422 (100)	170,119 (100)	893,246 (100)	163,824 (100)	567,359 (100)
≥ 27.0 kg/m ²	20,672 (80.7)	324,931 (75.6)	335,510 (78.1)	127,163 (74.8)	726,619 (81.4)	135,972 (83.0)	317,021 (55.9)
≥ 30.0 kg/m ²	13,913 (54.3)	196,670 (45.7)	211,457 (49.2)	74,948 (44.1)	489,744 (54.8)	92,381 (56.4)	125,608 (22.1)
≥ 35.0 kg/m ²	6,241 (24.4)	72,574 (16.9)	83,446 (19.4)	26,921 (15.8)	217,998 (24.4)	39,065 (23.9)	26,451 (4.7)
≥ 40.0 kg/m ²	2,538 (9.9)	24,376 (5.7)	30,873 (7.2)	8,519 (5.0)	89,782 (10.1)	15,277 (9.3)	5,853 (1.0)

^a In base alla definizione di obesità della Japan Society for the Study of Obesity. BMI, indice di massa corporea; DA, analizzatore di malattia; EMR, registro medico elettronico; IMRD, Dati di ricerca medica di IQVIA; LPD, database del paziente longitudinale; THIN, The Health Improvement Network.

Figura 1: Percentuale di soggetti con ≥ 1 comorbidità correlata al peso per limiti di BMI

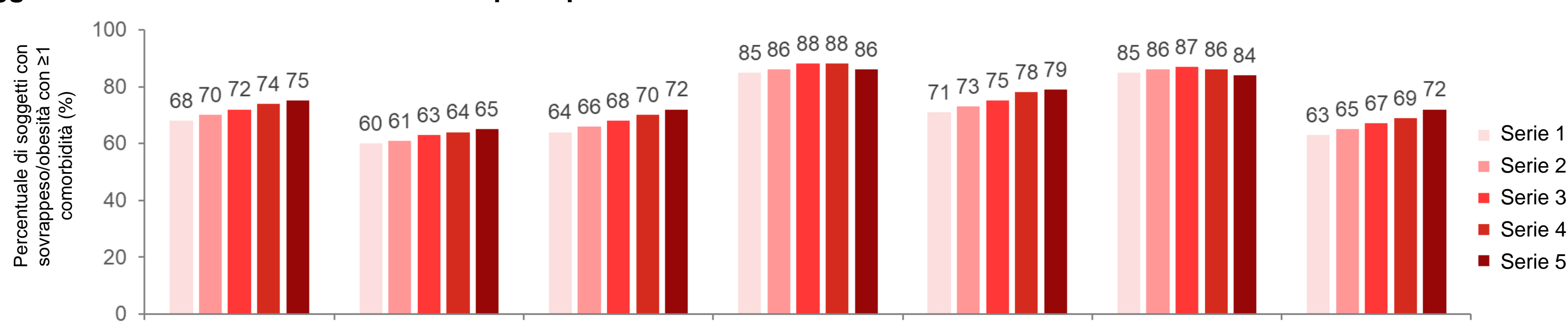
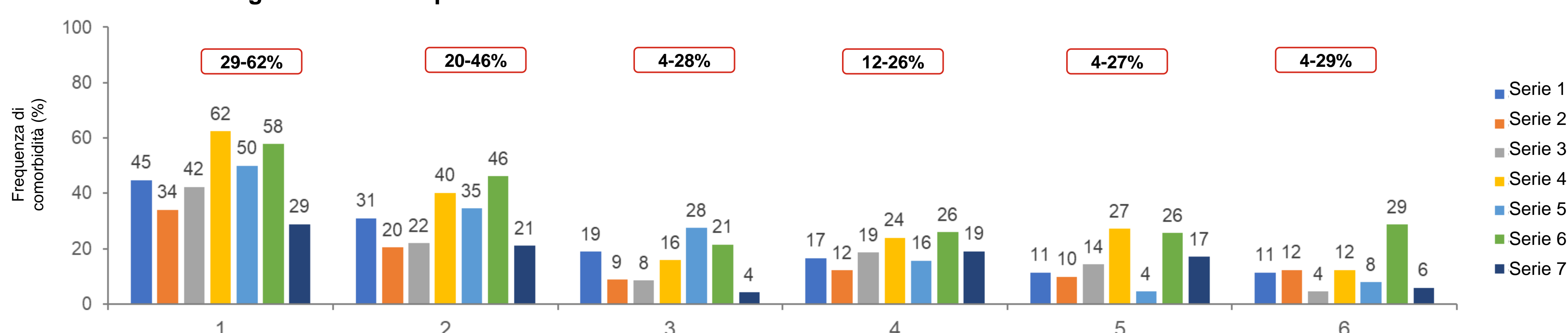


Figura 2: Frequenza di comorbidità registrate nei vari paesi^{a,b}



^a Comorbidità identificate in base a diagnosi e trattamento; ^b Le comorbidità mostrate sono quelle che si sono verificate nel $\geq 25\%$ della popolazione inclusa in almeno un paese. BMI, indice di massa corporea; DA, analizzatore di malattia; EMR, registro medico elettronico; IMRD, Dati di ricerca medica di IQVIA; LPD, database del paziente longitudinale; THIN, The Health Improvement Network.

Riferimenti bibliografici: 1. WHO European Regional Obesity report 2022. 9789289057738-eng.pdf (who.int). (Accessed September 2023).

Ringraziamenti: Gli autori desiderano ringraziare Jane Snowball e Sheridan Hennessy PhD (Rx Communications, Mold, UK) per il loro contributo alla scrittura e editoriale. Dichiarazione di trasparenza: Artime E, Mount J e Tahbaz A sono dipendenti e azionisti di Eli Lilly and Company. Spaepen E è un consulente esterno di Eli Lilly and Company. Adam A, Lin X, Shang M, Seager S non hanno conflitti di interesse da dichiarare.