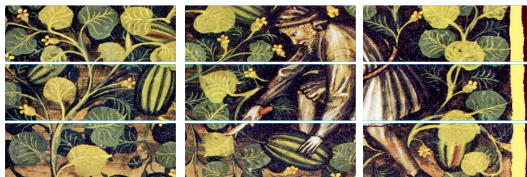


ALIMENTAZIONE RAGIONATA

E COMPONENTI NUTRITIVI



Fegato “grasso”: cosa fare?

Le linee guida europee raccomandano una dieta di tipo mediterraneo con un elevato consumo di frutta, verdura, cereali integrali, pesce e olio d'oliva.



Foto di H. Toyama

* **Iacopo Bertini**

Ne soffre un italiano su quattro. La diagnosi, però, spesso arriva tardi, favorendo lo sviluppo di forme più gravi come la cirrosi e il tumore al fegato. Fondamentale individuare i pazienti a maggior rischio.

Il fegato è l'organo che svolge più di 500 funzioni vitali, disintossica le sostanze nocive, aiuta la digestione, immagazzina sostanze nutritive e regola il metabolismo. Sa anche rigenerarsi e compensare i danni che subisce. Ma quando va in sofferenza ne risente tutto il corpo. Purtroppo, se subisce danni raramente avvertiamo dei sintomi: tutto ciò almeno nelle prime fasi, con la conseguenza che la sofferenza viene spesso ignorata. È fondamentale imparare a prestare attenzione ai segnali, anche lievi, che possono indicare un rischio per la salute del fegato. In particolare, non va sottovalutato il cosiddetto “fegato grasso” o, in termini più corretti, “steatosi epatica”: è la malattia che colpisce il fegato più diffusa al mondo, considerato un disturbo “benigno” o comunque reversibile senza gravi conseguenze.

Epidemiologia

Una persona su quattro, nella popolazione generale, soffre di questa patologia, con percentuali molto maggiori (anche fino al 60-70%) in

chi soffre di obesità o diabete (1, 2).

Purtroppo è una condizione che può evolvere in forme clinicamente peggiori, come la steatoepatite, che è meno comune ma può essere il primo passo verso complicanze più preoccupanti per la salute come la cirrosi o il cancro del fegato: in Italia, ogni anno, per queste due patologie muoiono sedicimila persone e circa 1700 hanno bisogno di un trapianto. In generale, più tardi arriva la diagnosi, più cresce il rischio di progressione verso problemi gravi con aumento sia delle sofferenze per le persone sia dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale (3).

Sintomi e diagnosi

In genere la steatosi non dà sintomi evidenti; in alcuni casi il paziente può avvertire stanchezza persistente o senso di affaticamento e malessere o anche fastidio nel quadrante superiore destro, dove si trova il fegato. Circa la metà dei pazienti, inoltre, presenta un ingrossamento del fegato avvertibile con la palpazione dal medico.

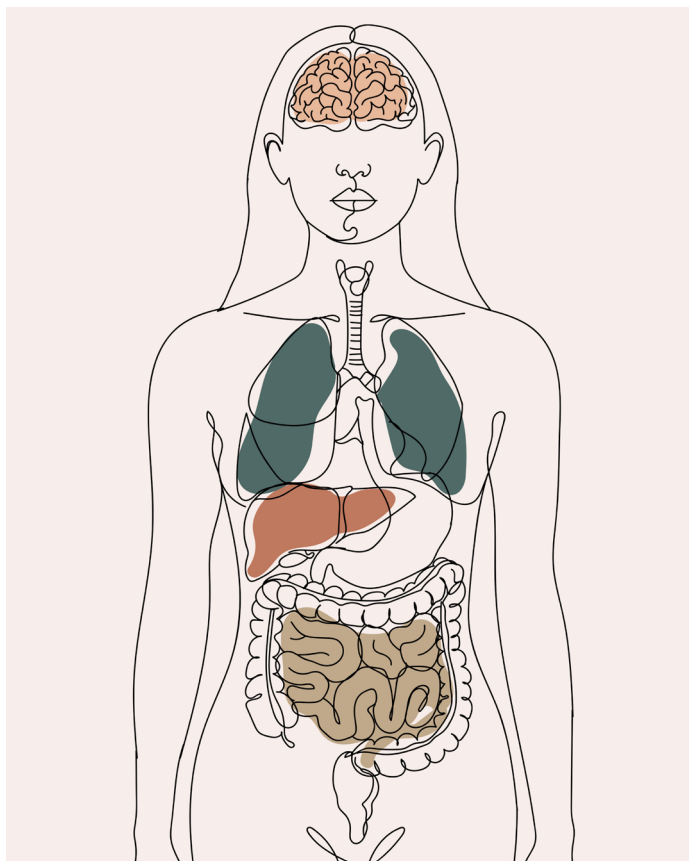


Illustrazione di Bianca VanDijk



Foto di happyveganfit

Le ultime linee guida della Società Europea per lo Studio del Fegato, pubblicate nel 2024, raccomandano una perdita di peso del 3-5% nei pazienti normopeso con steatosi epatica di origine metabolica.

Il fumo di sigaretta può aggravare le condizioni cardiovascolari del paziente, che concorrono alla progressione in senso negativo della condizione epatica.

La diagnosi di steatosi, quindi, avviene spesso quando la patologia è già in atto e questo può favorire lo sviluppo (15-30% dei casi) di una situazione clinico-metabolica più grave e progressiva, la steatoepatite, che può evolvere in fibrosi: il tessuto del fegato, detto in parole semplici, si “indurisce”, è come cioè se si formassero cicatrici sull'organo. Questo processo degenerativo è il principale fattore di rischio per un successivo peggioramento della condizione epatica che può portare alla cirrosi, in cui la funzionalità epatica è compromessa, e anche verso il tumore epatico (4).

Spesso la steatosi viene rilevata in modo casuale, in seguito all'esecuzione di un'ecografia addominale eseguita per altri motivi. Altre volte una spia indicativa può essere l'aumento delle transaminasi agli esami del sangue, anche se è importante sottolineare che fino a due terzi dei pazienti presentano livelli normali di questi valori.

Le cause, non solo alcol

La maggior parte delle persone associa le malattie epatiche al consumo eccessivo di alcol, che è effettivamente un fattore di rischio molto importante ma non è l'unico. Il fegato, infatti, può ammalarsi anche a causa di infezioni virali, come le epatiti B e

C, di patologie autoimmuni, seppur più rare, o per effetto della tossicità di alcuni farmaci. Tuttavia, la causa oggi più diffusa che compromette la salute epatica è uno stile di vita scorretto che include un'alimentazione squilibrata, la sedentarietà e il fumo (3, 5). La peculiarità di questa patologia è la presenza di un accumulo di grassi (trigliceridi) in più del 5% degli epatociti, che si evidenzia con l'esame istologico, in assenza di cause secondarie di steatosi quali epatite virale, uso di farmaci steatogeni, malattie da accumulo o lipodistrofia e in assenza di un consumo elevato di alcol.

Un nuovo termine, MASLD

In questi ultimi anni è stata introdotta, e adottata di recente dalle principali società scientifiche internazionali, una nuova terminologia per indicare le malattie del fegato grasso di origine non alcolica: MASLD, acronimo di Metabolic dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease, ossia malattia steatosica associata a disfunzioni metaboliche. Questa definizione sostituisce il precedente termine NAFLD (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease) per sottolineare maggiormente il ruolo dei fattori di rischio cardiometabolico nello sviluppo della patologia. La NAFLD è stata descritta per la prima volta nella letteratura medica negli anni '80 del secolo scorso: Ludwig e

L'alimentazione mediterranea privilegia il consumo di alimenti freschi e poco processati.



Foto di A. Ali, D. Creti

coll. ne hanno segnalato le manifestazioni istologiche delle forme più severe nel 1980, definendo la condizione “steatoepatite non alcolica” e notato che la maggior parte dei soggetti era affetta da obesità e diabete (6).

La MASLD/NAFLD è una condizione che ha attirato crescente attenzione nel XX e XXI secolo, parallelamente al cambiamento degli stili di vita e all'aumento delle malattie metaboliche (7).

Diagnosi di MASLD

Per la diagnosi di MASLD è necessaria la presenza di una condizione di steatosi epatica, rilevabile tramite ecografia o altri esami, associata ad almeno uno dei principali criteri di disfunzione metabolica. Tra questi rientrano diversi elementi che definiscono la sindrome metabolica: sovrappeso o obesità viscerale, diabete di tipo 2 o ridotta tolleranza al glucosio, ipertensione arteriosa, trigliceridi alti e colesterolo HDL basso.

Lo sviluppo della MASLD è dovuta quindi a più fattori. In presenza di un aumento degli acidi grassi liberi circolanti, nonché di colesterolo libero e altri metaboliti lipidici, infatti, si perde l'equilibrio tra utilizzo a fini energetici, stoccaggio e smaltimento e si verifica l'accumulo epatico tipico del “fegato grasso”. Al contempo, però, sopravvengono tutta una serie di fattori, di tipo metabolico e non solo, che determinano un aumento della disponibilità degli acidi grassi in circolo, tra cui l'insulino-resistenza e un'alimentazione ipercalorica ricca in carboidrati raffinati e grassi, nonché un quadro di sedentarietà e predisposizione genetica. L'insulino-resistenza determina a livello epatico lipogenesi de novo mentre a livello del tessuto adiposo provoca una riduzione del blocco della lipolisi indotto normalmente dall'insulina. Come conseguenza, avremo una maggiore produzione epatica e una maggiore liberazione da parte degli adipociti di acidi grassi che, una volta arrivati al fegato, vi si accumuleranno (8, 9).

Altri fattori in gioco sono lo stress ossidativo mitocondriale, che determina l'attivazione delle vie infiammatorie a livello degli epatociti,

e l'alterata permeabilità intestinale, che permette il passaggio in circolo di metaboliti batterici (lipopolisaccaridi), in grado di attivare i processi infiammatori. Inoltre, le disfunzioni causate dall'insulino-resistenza, a livello del tessuto adiposo, portano a un aumento della produzione di adipochine e citochine infiammatorie (IL-6, TNF- α , ecc.) che contribuiscono all'instaurarsi di uno stato permanente di infiammazione di basso grado (low grade inflammation). Lo stato infiammatorio è un elemento fondamentale per l'instaurarsi di steatoepatite e per lo sviluppo di epatocarcinoma (3, 10).

Data la sua stretta interrelazione con la sindrome metabolica, la MASLD rappresenta una condizione clinica che non riguarda solamente il fegato, ma una vera e propria malattia sistemica, la cui presenza, in particolare nelle sue forme più gravi, aumenta marcatamente il rischio di sviluppare un ampio spettro di complicazioni cliniche, dagli eventi cardiovascolari ad insufficienza renale, tumori extra-epatici ed infezioni gravi (11).

È importante sottolineare che nelle donne in età fertile gli estrogeni proteggono contro lo sviluppo della MASLD, ma questa protezione viene persa alla menopausa con una rapida progressione della malattia in una parte delle donne che ne sono colpite (12).

Dieta e metabolismo

La MASLD si sviluppa quando il fegato si trova a dover gestire troppi grassi rispetto a quelli che riesce a smaltire. Questo succede innanzitutto perché, soprattutto in condizioni di sovrappeso e/o ridotta risposta all'insulina, arrivano troppi acidi grassi liberi al fegato, provenienti sia dal cibo sia dal tessuto adiposo, che tendono così ad accumularsi. Ma non è un problema “solamente” di grassi. Anche quando si consumano quantità eccessive di zuccheri, in particolare glucosio e fruttosio (presenti in particolare in bevande zuccherate e cibi ultra-processati), il fegato li trasforma in grassi. Anche il sistema di smaltimento dei trigliceridi sotto forma di lipoproteine nel sangue funziona in misura meno efficace, favorendo così l'aumento dei depositi di grasso nel fegato.

Cosa fare

Gli obiettivi di peso

Le ultime linee guida della Società Europea per lo Studio del Fegato, pubblicate nel 2024, raccomandano (13):

- una perdita di peso del 3-5% (es. circa 2-3,5 kg per una persona di 70 kg) nei pazienti che hanno una condizione di normopeso con steatosi epatica di origine metabolica;
- superiore al 5% nei soggetti in sovrappeso;
- fino al 7-10% nei casi più avanzati, in presenza di steatoepatite o fibrosi.

L'alimentazione da seguire

È necessario privilegiare il consumo di alimenti freschi e poco processati. Il consumo quotidiano di verdura e frutta (5 porzioni al giorno, 3+2) è fondamentale per fornire all'organismo vitamine, fibre e minerali. Il cosiddetto "cibo spazzatura", come patatine fritte, hot dog, alcuni snack confezionati e bevande zuccherate, non è l'unico da limitare. Anche una dieta all'apparenza "normale", ma ricca di prodotti da forno industriali, zuccheri semplici, carboidrati raffinati, può contribuire allo sviluppo della steatosi epatica. Lo stesso vale per l'eccesso di salumi, insaccati e formaggi stagionati. Le linee guida europee raccomandano una dieta di tipo mediterraneo con un elevato consumo di frutta, verdura, cereali integrali, pesce e olio d'oliva e di limitare l'assunzione di alimenti ultra-trasformati, grassi saturi, zuccheri raffinati e alcolici (14, 15). Una nota per gli amanti del caffè: ormai l'effetto benefico delle sostanze contenute in questa bevanda è ampiamente dimostrata in letteratura (16), anche e soprattutto per la salute del fegato; per chi fosse interessato ne parlammo in un numero passato (17). Chiaramente, per quanto detto, senza aggiungere zucchero, se non in minima quantità.

Attività fisica

Veniamo al movimento, quanto farne? Le raccomandazioni internazionali suggeriscono almeno (sottolineiamo almeno) 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, come camminata veloce o bicicletta, oppure 75 minuti a settimana di attività intensa (18).

Fumo

Chiaramente, come abbiamo detto in precedenza, lo stress ossidativo e lo stato infiammatorio che si crea nell'organismo sono fattori che determinano la progressione della patologia in senso peggiorativo. Va da sé che la sospensione, o perlomeno una forte riduzione del consumo di tabacco, sia una misura da adottare. Per giunta, il fumo di sigaretta, oltre a essere associato a un aumento significativo del rischio di sviluppare tumore del fegato, può aggravare le condizioni cardiovascolari del paziente, che concorrono alla progressione in senso negativo della condizione epatica (19).

Conclusioni

La comprensione fisiopatologica della steatosi epatica è significativamente migliorata nel corso degli anni, con l'identificazione dei principali fattori di rischio e meccanismi di malattia, e l'approvazione delle prime terapie specifiche, ma rimane una sfida clinica complessa. Con la continua crescita della sua prevalenza nella popolazione, una maggiore attenzione alla ricerca e all'educazione potrebbe ridurre l'onere globale della malattia, che deve essere considerata una condizione sistemica gravata da complicazioni sia epatiche che extra-epatiche, migliorando la qualità della vita dei pazienti.

Fare un'attività fisica costante e scegliere cibi freschi e non processati, ricchi di fibre e micronutrienti naturali, può fare la differenza nel

La "steatosi epatica" è la malattia che colpisce il fegato più diffusa al mondo, considerato un disturbo "benigno" o comunque reversibile senza gravi conseguenze.



Illustrazione di Hopenstar21

rallentare l'avanzamento di una malattia silenziosa ma potenzialmente grave come la MASLD.

Bibliografia

- 1) Younossy ZM, Golabi P, Paik JM, et al. The global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and nonalcoholic steatohepatitis (NASH): a systematic review. *Hepatology* 2023; 77(4): 1335-47.
- 2) Younossy ZM, Golabi P, De Avila L, et al. The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Hepatol* 2019; 71(4): 793-801.
- 3) Steatosi epatica non alcolica 2021. Linee guida per la pratica clinica dell'Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF), della Società Italiana di Diabetologia (SID) e della Società Italiana dell'Obesità (SIO). <https://www.iss.it/-/snlg-steatosi-epatica-non-alcolica>.
- 4) Dulai PS, Singh S, Patel J, et al. Increased risk of mortality by fibrosis stage in nonalcoholic fatty liver disease: Systematic review and meta-analysis. *Hepatology* 2017; 65(5): 1557-65.
- 5) Sheikh MY, Younus MF, Shergill A, Hasan MN. Diet and Lifestyle Interventions in Metabolic Dysfunction-Associated Fatty Liver Disease: A Comprehensive Review. *Int J Mol Sci.* 2025 Oct 2;26(19):9625.
- 6) Ludwig J, Viggiano TR, McGill DB, Oh BJ. Nonalcoholic steatohepatitis: Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease. *Mayo Clin Proc* 1980; 55(7): 434-8.
- 7) Lazarus JV, Mark HE, Anstee QM, et al. Advancing the global public health agenda for NAFLD: a consensus statement. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2022; 19(1): 60-78.
- 8) Mancina RM, Valenti L, Romeo S. Human genetics of steatotic liver disease: insights into insulin resistance and lipid metabolism. *Nat Metab.* 2025 Nov;7(11):2199-2211.
- 9) Younossi ZM, Zelber-Sagi S, Lazarus JV, et al. Global Consensus Recommendations for Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease and Steatohepatitis. *Gastroenterology.* 2025 Oct;169(5):1017-1032.e2.
- 10) Sandireddy R, Sakthivel S, Gupta P, et al. Systemic impacts of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) and metabolic dysfunction-associated steatohepatitis (MASH) on heart, muscle, and kidney related diseases. *Front Cell Dev Biol.* 2024 Jul 16;12:1433857.
- 11) Targher G, Byrne CD, Tilg H. MASLD: a systemic metabolic disorder with cardiovascular and malignant complications. *Gut* 2024; 73(4): 691-702.
- 12) Cherubini A, Della Torre S, Pelusi S, Valenti L. Sexual dimorphism of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. *Trends Mol Med* 2024; 30(12): 1126-36.
- 13) Lionis C, Papadakis S, Anastasaki M, et al. Practice Recommendations for the Management of MASLD in Primary Care: Consensus Results. *Diseases.* 2024 Aug 10;12(8):180.
- 14) Dungubat E, Fujikura K, Kuroda M, et al. Food Nutrients and Bioactive Compounds for Managing Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease: A Comprehensive Review. *Nutrients.* 2025 Jul 3;17(13):2211.
- 15) Singal AK, Wong RJ, Dasarathy S, et al. ACG Clinical Guideline: Malnutrition and Nutritional Recommendations in Liver Disease. *Am J Gastroenterol.* 2025 May 1;120(5):950-972.
- 16) Vargas-Pozada EE, Ramos-Tovar E, Márquez-Quiroga LV, et al. Coffee for the liver: a mechanistic approach. *Biochem Pharmacol.* 2025 Dec;242(Pt 2):117338.
- 17) Bertini I e D'Isanto MR. Caffè, caffeina e salute. *Natural1*, marzo 2019.
- 18) Gupta V, Krishnamoorthy A. Skeletal muscle alterations in metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease: A critical review of diagnostic, mechanistic, and therapeutic intersections. *World J Gastroenterol.* 2025 Aug 21;31(31):110481.
- 19) El-Azab G, Elkhoully E, Abouyoussef R, Nagdy H. Smoking and liver diseases: an updated review of pathogenesis, progression, and therapeutic implications. *Clin Exp Med.* 2025 Dec 3;26(1):51.

* PhD – Vicepresidente AINut



MORISNELL DREN

Morisnell Dren è un integratore alimentare a base di **Moringa** e succo di **Ananas**, con **Tarassaco**, **Betulla**, **Asparago**, **Ortica** e **Fumaria** utili per le funzioni depurative dell'organismo e con **Spirea** e **Verga d'Oro** utili per il drenaggio dei liquidi corporei.



www.benesseremoringa.com

**DISPONIBILE
presso le FARMACIE
oppure ON LINE su:
www.benesseremoringa.com**

