

L'esercizio fisico come regolatore bottom-up

Somministrazione dell'esercizio, preservazione della massa magra e aderenza nel paziente in terapia con agonisti GLP-1

Giuliano Martini — Chinesiologo Clinico Integrato - Foro Italico, Roma - Psicologo in formazione

Cell: [3477948859](tel:3477948859)

Instagram: [giulianomartini.burnout](https://www.instagram.com/giulianomartini.burnout)

Mail: g.martini.mail@gmail.com

Settembre 2026

Quando si parla di agonisti GLP-1 si parla di metabolismo, di appetito e sempre più spesso, come mostra la lettura psichiatrica che accompagna questo scritto, di umore e regolazione emotiva. Molto raramente si parla del corpo come corpo che si muove. Eppure è proprio lì che si gioca gran parte dell'esito a lungo termine. Questi farmaci non si limitano a ridurre il peso: riconfigurano il terreno su cui atterra qualsiasi programma di esercizio fisico. Cambiano la motivazione, la percezione dei segnali corporei, il modo in cui la persona si impegna. Ignorare questo terreno significa prescrivere esercizio a un individuo che non c'è più, o meglio, che è diventato un altro.

Questo articolo vuole essere il contraltare della lettura neurobiologica e psichiatrica: guarda a ciò che accade al corpo che si muove e, soprattutto, alla differenza, clinicamente decisiva e quasi sempre trascurata, tra “prescrivere” l'esercizio e “somministrarlo” a una persona il cui assetto interno è stato alterato dal farmaco.

1. Il dato clinico da non ignorare: la massa magra

Il primo motivo per cui l'esercizio non è un accessorio ma parte della terapia è numerico. Nelle meta-analisi più recenti, la perdita di massa magra rappresenta circa un quarto del peso totale perso con gli agonisti GLP-1 (Karakasis et al., 2025), e in alcune casistiche arriva a coprire tra il 26% e il 40% del calo ponderale (Tinsley & Nadolsky, 2025). In termini assoluti il dato pesa ancora di più, perché la perdita di peso complessiva è grande: un paziente che perde una frazione consistente del proprio peso di partenza può perdere diversi chilogrammi di massa priva di grasso in assenza di una strategia di prevenzione.

Va detta con onestà una sfumatura metodologica: la massa priva di grasso non è tutta muscolo scheletrico e non è corretto assumere che ogni chilo di massa magra perso equivalga a un chilo di muscolo (Heymsfield et al., 2024). Il rischio funzionale resta però reale e documentato: riduzione di forza, di funzione fisica, potenziale impatto su fragilità e rischio di caduta nel medio-lungo termine.

La contromisura è nota e non è farmacologica. L'allenamento di forza è l'intervento non farmacologico più efficace per preservare la massa magra durante il dimagrimento, e la letteratura ne sostiene l'uso specificamente in concomitanza con la terapia incretinica (Locatelli et al., 2024). Le osservazioni cliniche più recenti mostrano che alcuni pazienti, affiancando forza e apporto proteico adeguato, non solo preservano ma addirittura aumentano la massa magra durante il trattamento (Tinsley & Nadolsky, 2025). Il messaggio per lo specialista è netto: **sotto farmaco il corpo è modellabile, ma solo se qualcuno lo allena correttamente:**

L'esercizio non è wellness, è parte della terapia.

2. Prescrizione non è somministrazione

Qui si apre la distinzione che definisce il mio contributo. Parlo di due parole che di solito si confondono e che invece descrivono due momenti diversi.

La “prescrizione” è tecnica: serie, ripetizioni, carichi, frequenza, progressione. È il terreno del medico e del preparatore, ma credo che non sia quello dove si perdono i pazienti.

La “somministrazione” è tutt'altro: **è il come fare in modo che “questa” persona** (con questo assetto motivazionale, questa percezione del corpo, questa storia) incorpori davvero il movimento e lo sostenga nel tempo. È quel punto in cui la migliore delle prescrizioni fallisce se ignora il terreno su cui arriva. Nel nostro caso il terreno, sotto agonisti GLP-1, è stato modificato dal farmaco.

3. Il terreno alterato dal farmaco

3.1 La motivazione ri-regolata

Il farmaco agisce sui circuiti della ricompensa. Il cibo, che per molti pazienti era il regolatore emotivo principale, smette di svolgere quella funzione. Ne consegue un fatto clinico che ho osservato con costanza: la spinta cambia, l'impegno cambia, il rapporto con la fatica e con la gratificazione cambia. La coaching motivazionale classica presuppone un sistema di ricompensa “ordinario”. In questo caso non lo è. Somministrare l'esercizio significa leggere questa motivazione alterata e lavorarci, vuol dire non applicare protocolli motivazionali pensati per un altro sistema nervoso.

3.2 Il vuoto del regolatore: il movimento come nuovo regolatore bottom-up

Quando il cibo cessa di regolare, resta uno spazio vuoto, lo stesso spazio che nella lettura psichiatrica e psicoterapeutica apre il lutto per la perdita del cibo come regolatore emotivo. Questo vuoto andrebbe riempito e l'esercizio fisico può diventare il nuovo regolatore. Ovviamente non intendo nel senso banale del "bruciare calorie", ma nel senso profondo di uno strumento di regolazione del sistema nervoso autonomo "dal basso": attraverso il corpo, il ritmo, la sensazione ed il respiro.

È la stessa logica bottom-up che agisce nel farmaco, questa volta però per via esperienziale anziché recettoriale. Se la molecola modula i circuiti limbici attraverso l'asse intestino-cervello, il movimento consapevole modula lo stato del sistema nervoso attraverso l'esperienza somatica. Sono due strade diverse con lo stesso bersaglio: la regolazione. Ed è proprio qui che il mio intervento si salda a quello della dott.ssa La Rosa, il farmaco rimuove il vecchio regolatore, l'esercizio fisico offre il nuovo.

3.3 La lettura del corpo interrotta

Sotto agonisti GLP-1 i segnali enterocettivi cambiano radicalmente: fame, sazietà, energia, sforzo vengono percepiti in modo diverso. Il paziente perde i propri riferimenti interni, quelli su cui, spesso con scarsa consapevolezza, regolava movimento e alimentazione. Ricostruire questa lettura del corpo è un lavoro clinico specifico e preliminare perché senza segnali affidabili nessun programma di esercizio diventa sostenibile, perché la persona non sa più riconoscere quando spingere, quando fermarsi, quando sta effettivamente recuperando. Il lavoro somatico re-insegna a leggere il corpo prima ancora di allenarlo.

4. La somministrazione pratica

Se vogliamo tradurre tutto ciò in indicazioni operative per il clinico, l'accompagnamento deve seguire una gerarchia e alcune cautele.

- Priorità alla forza

È l'intervento salva-muscolo per eccellenza. Le raccomandazioni di consenso indicano allenamento di rinforzo muscolare almeno 2-3 volte a settimana, a intensità da moderata a vigorosa, su tutti i grandi gruppi muscolari (Jakicic et al., 2024). Nei protocolli in studio si parte dalle semplici tre sessioni settimanali, progredendo da una a tre serie sui grandi gruppi, anche a corpo libero o a domicilio nelle prime fasi.

- Allenamento Aerobico

Intervento prezioso per il profilo cardiometabolico e per l'umore, inserito solo dopo aver messo in sicurezza la massa magra.

- Dose iniziale bassa e progressiva

Nelle prime settimane il paziente può presentare nausea, rischio di disidratazione ed energia altalenante legati alla titolazione del farmaco. Partire troppo intensi significa “costruire il dropout”. Preferibile iniziare con la minima dose efficace, anche 10/15 minuti, si sale gradualmente.

- Apporto proteico come co-fattore

Di competenza specialistica nutrizionale, lo nomino solo perché la forza senza substrato non si costruisce, con un apporto proteico adeguato ben distribuito nell'arco della giornata anziché concentrato in un solo pasto.

5. Strategie di aderenza per il clinico

L'aderenza all'esercizio è il punto in cui la maggior parte dei percorsi si arena. Suggestisco 3 strategie concrete che il medico può adottare da subito:

1. Sfruttare e cavalcare la finestra farmacologica.

Riducendo il craving e liberando risorse verso i sistemi esplorativo e affiliativo, il farmaco crea una finestra biologicamente favorevole all'inserimento del movimento. È il momento giusto per prescrivere l'esercizio. Meglio “presto”, nella fase di apertura, non quando l'entusiasmo iniziale sarà calato.

2. Ancorare il comportamento senza affidarsi alla motivazione.

Poiché sotto farmaco la motivazione fluttua, l'aderenza va costruita sull'abitudine e non sulla spinta del momento: azioni-ancora ("dopo che faccio X, faccio il mio blocco di movimento"), una dose minima non negoziabile, stessa ora e stesso luogo. Questo perché un'abitudine ancorata regge dove la motivazione cede.

3. Spostare la metrica dalla bilancia alla composizione corporea.

Se il paziente insegue solo il numero sulla bilancia, l'esercizio gli sembrerà inutile, capiterà infatti che il peso non scende proprio perché sta costruendo muscolo. Insegnare a misurare e valorizzare la massa magra e la funzione ribalta la narrazione: non "quanto pesi", ma "quanto stai diventando forte e sano". Credo che sia questo spostamento a tenere la persona dentro il programma.

6. La transizione identitaria

Vorrei considerare un ultimo livello, quello che dà senso a tutti gli altri. Il farmaco toglie al paziente un'identità, quella di "persona che lotta col cibo", un'identità che per molti ha

organizzato anni di vita quotidiana. Il lutto descritto nella lettura psichiatrica è anche questo: la perdita di un ruolo, non solo di un piacere. Il movimento può offrire l'identità che prende il posto lasciato vuoto: da "persona che combatte contro qualcosa" a "persona che costruisce il proprio corpo". Quello spazio prima occupato dal cibo come regolatore, si apre ad altre forme di investimento, come una nuova competenza fisica, la riscoperta della propria funzionalità, il piacere del movimento.

Accompagnare questa transizione non è un supplemento motivazionale: è la condizione perché il cambiamento indotto dal farmaco diventi struttura stabile invece di una parentesi.

7. Conclusioni e limitazioni

Come per la lettura psichiatrica, è doveroso il rigore sui limiti dell'evidenza. Molto di ciò che riguarda specificamente l'interazione tra allenamento di forza e terapia con agonisti GLP-1 è ancora oggetto di studi in corso: diversi trial randomizzati controllati sono attualmente in fase di reclutamento o avvio proprio per quantificare quanto e come l'esercizio preservi la massa muscolare durante questi trattamenti. Le osservazioni cliniche qui riportate hanno il valore e i limiti dell'esperienza sul campo e non sostituiscono la ricerca prospettica.

Ciò che è già solido però basta già ad orientare la pratica. La perdita di massa magra è un rischio reale, l'allenamento di forza è la contromisura, il farmaco altera il terreno motivazionale, enterocettivo ed identitario, su cui ogni programma di esercizio fisico deve poggiare. Da qui l'indicazione di fondo: la gestione del paziente in terapia con agonisti GLP-1 non è un gesto prescrittivo isolato, ma un accompagnamento di squadra. La prescrizione farmacologica è del medico, l'accompagnamento del corpo e del comportamento richiede le competenze specifiche del chinesiologo clinico riguardo alla somministrazione dell'esercizio fisico e la lettura della persona. Grazie al farmaco stiamo aprendo una finestra. L'esercizio fisico somministrato, non solo prescritto, decide se quella finestra diventa o no un cambiamento duraturo.

Bibliografia

Heymsfield, S. B., Brown, J., Ramirez, S., Prado, C. M., Tinsley, G. M., & Gonzalez, M. C. (2024). Are Lean Body Mass and Fat-Free Mass the Same or Different Body Components? A Critical Perspective. **Advances in Nutrition**, 15(12), 100335.

Jakicic, J. M., Apovian, C. M., Barr-Anderson, D. J., et al. (2024). Physical Activity and Excess Body Weight and Adiposity for Adults. American College of Sports Medicine Consensus Statement. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 56(11), 2076–2091.

Karakasis, P., Patoulas, D., Fragakis, N., et al. (2025). Effect of glucagon-like peptide-1 receptor agonists and co-agonists on body composition: systematic review and network meta-analysis. **Metabolism**, 164, 156113.

Locatelli, J. C., Costa, J. G., Haynes, A., et al. (2024). Incretin-based weight loss pharmacotherapy: can resistance exercise optimize changes in body composition? **Diabetes Care**, 47(10), 1718–1730.

Tinsley, G. M., & Nadolsky, S. (2025). Preservation of lean soft tissue during weight loss induced by GLP-1 and GLP-1/GIP receptor agonists: A case series. **SAGE Open Medical Case Reports**, 13.

NB: diversi trial randomizzati controllati sull'associazione tra allenamento di forza e terapia con agonisti GLP-1 sono attualmente in corso (tra cui gli studi LEAN-PREP, RESIST e FLEX), i cui risultati contribuiranno a definire l'entità e le modalità ottimali dell'intervento.