

LA NUTRIZIONE E GLI ASPETTI PSICO SOCIALI CORRELATI

D.ssa Paola Genovese

Medico Chirurgo specialista in Scienza dell'Alimentazione

Responsabile programma Percorso Grave Obesità

ICLAS – Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità – GVM

**L'OBESITA' NON E' UNA COLPA
NE' UNA CONDANNA**

MA UNA MALATTIA CHE SI PUO' CURARE

Il **CIDO** (Comitato Italiano per i diritti delle persone affette da obesità e disturbi alimentari)
ha ottenuto l'avvio dell'iter burocratico presso
i Dipartimenti di Prevenzione e di Programmazione Sanitaria
del Ministero della Salute per

**L'INSERIMENTO DELL' OBESITA' GRAVE
nell'*ELENCO MALATTIE CRONICHE E INVALIDANTI*
Ai sensi dell'art.5, comma 1, lettera a
D.Lgs. 29 Aprile 1998 n° 124**

2010 CIDO SOTTOSCRIVE LA CONSENSUS CONFERENCE SIO-SISDCA

2013 CIDO INCONTRA IL MINISTRO DELLA SALUTE On. Beatrice Lorenzin

2013 CIDO ADERISCE AL COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONI
MALATI CRONICI DI CITTADINANZATTIVA

2014/15 CIDO ADERISCE E PARTECIPA AL CONSIGLIO EUROPEO DEI PAZIENTI EASO

2015 CIDO PARTECIPA PER L'ITALIA A EASO MILAN DECLARATION EXPO

I PARADOSSI SU CIBO E NUTRIZIONE

DECESSI OGNI ANNO PER ECCESSO
DI CIBO **29 MILIONI**

DECESSI OGNI ANNO PER ASSENZA
DI CIBO **36 MILIONI**



BAMBINI: 155 milioni obesi/sovrappeso
148 milioni sottopeso

Per la prima in 50 anni, le nuove generazioni avranno una minore aspettativa di vita



LE DIMENSIONI DEL FENOMENO OBESITA'

NEL 2015: 1.8 MILIARDI DI SOVRAPPESO

700 MILIONI DI OBESI

CAUSE

Ampia offerta di alimenti a prezzi contenuti che hanno un elevato apporto energetico e un basso livello nutrizionale

Condizioni di lavoro: crescente terziarizzazione che causa lunghe giornate lavorative e alta sedentarietà

Alta urbanizzazione e lunghi e frequenti spostamenti in auto

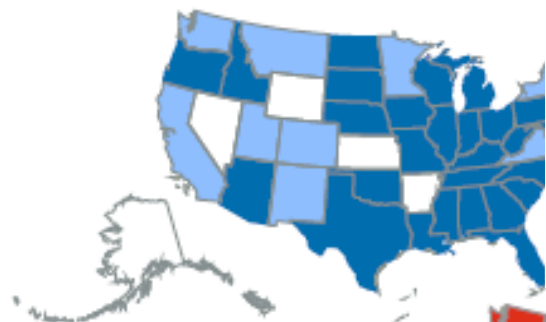
Fonti: WHO, 2012; OCSE, *Health at a glance* 2011; *The economic burden of obesity worldwide: a systematic review of the direct costs of obesity*. Withrow D, AlterDA. 2011; Scuola Superiore Sant'Anna, 2009; *Cost obesity in France*.

Emery, Dinet, Lafuma, Sermet, Khoshnood, Fagnani. 2007; *Tackling obesities: future choices, project report*. Foresight, 2010; *Direct medical cost of overweight and obesity in the USA: a quantitative systemic review*. Tsai, Williamson, Glick. 2010

USA: l'inferno della crescita

Figura 1.5. Trend
adulta negli Stati

1990



68% SOVRAPPESO
34% OBESI (61milioni di adulti)
(4.7% BMI >40)

□ Nessun dato □ <10% □ 10-14% □ 15-19% □ 20-24% □ 25-29% □ ≥ a 30%

Fonte: Behavioral Risk Factor Surveillance System, Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2010.

Variazione percentuale della prevalenza dell'obesità negli ultimi venticinque anni in Europa

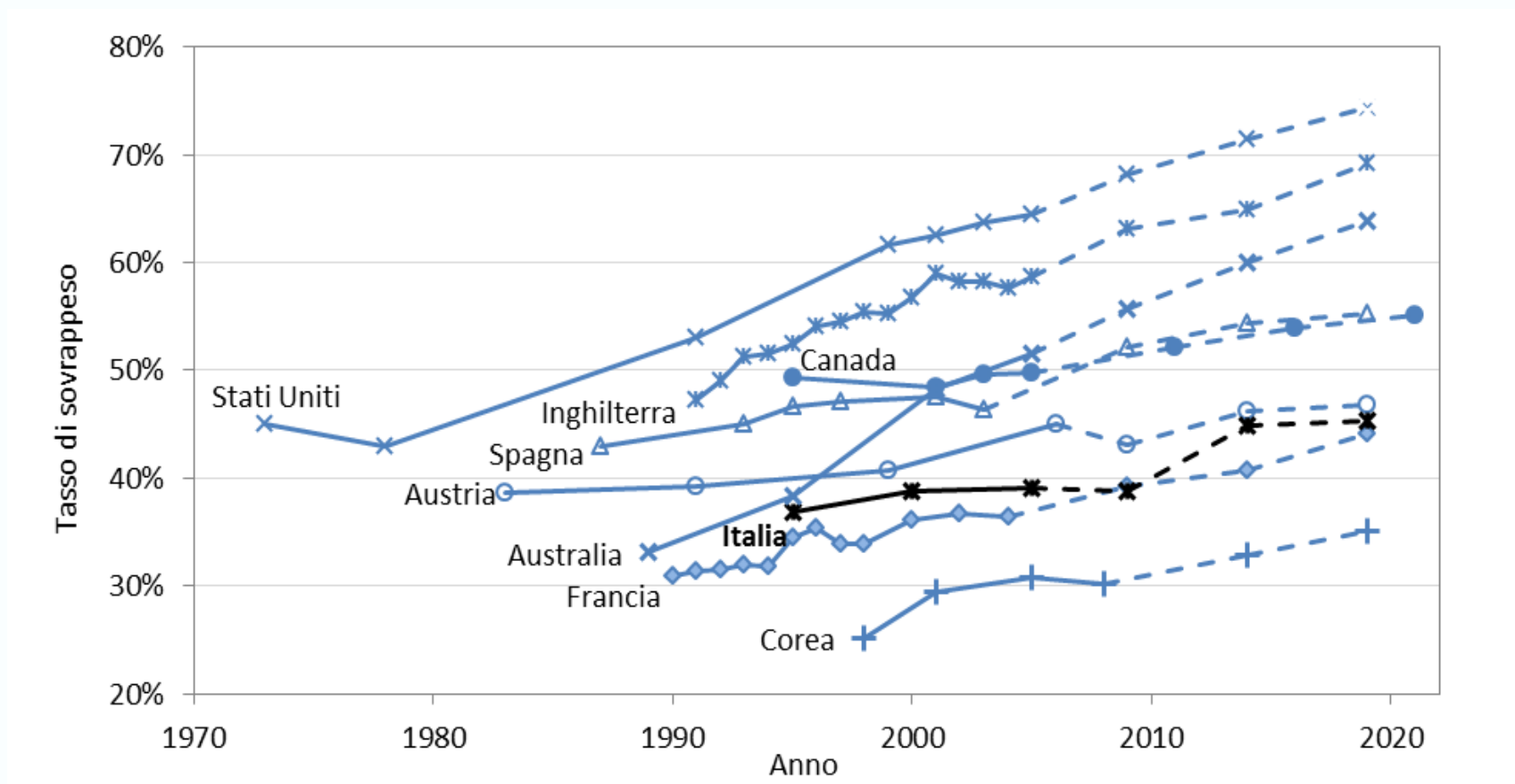
**Adulti obesi: dal 6,6% nel 1978 al 13,4% del 2010
(circa 66 milioni di persone)**

Il BMI medio europeo è di circa 26,5 kg/m², tra i più alti al mondo, ma si riscontrano notevoli differenze tra i Paesi. La prevalenza dell'obesità nell'ultimo decennio, infatti, è aumentata tra il 10 e il 40%, con tassi più alti nell'Europa orientale rispetto a quella occidentale

Paesi europei maggiormente colpiti sono: Inghilterra (24,5%), Ungheria (19,5%), Grecia (18,1%), Spagna (17,5%), Germania (14,7%) e Francia (11,2%)

Negli ultimi venticinque anni i tassi di crescita più alti (superiori al 25%) si sono riscontrati in Spagna, Italia, Polonia e Repubblica Ceca.

Tassi di sovrappeso trend e proiezioni



dati OECD/OCSE Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico

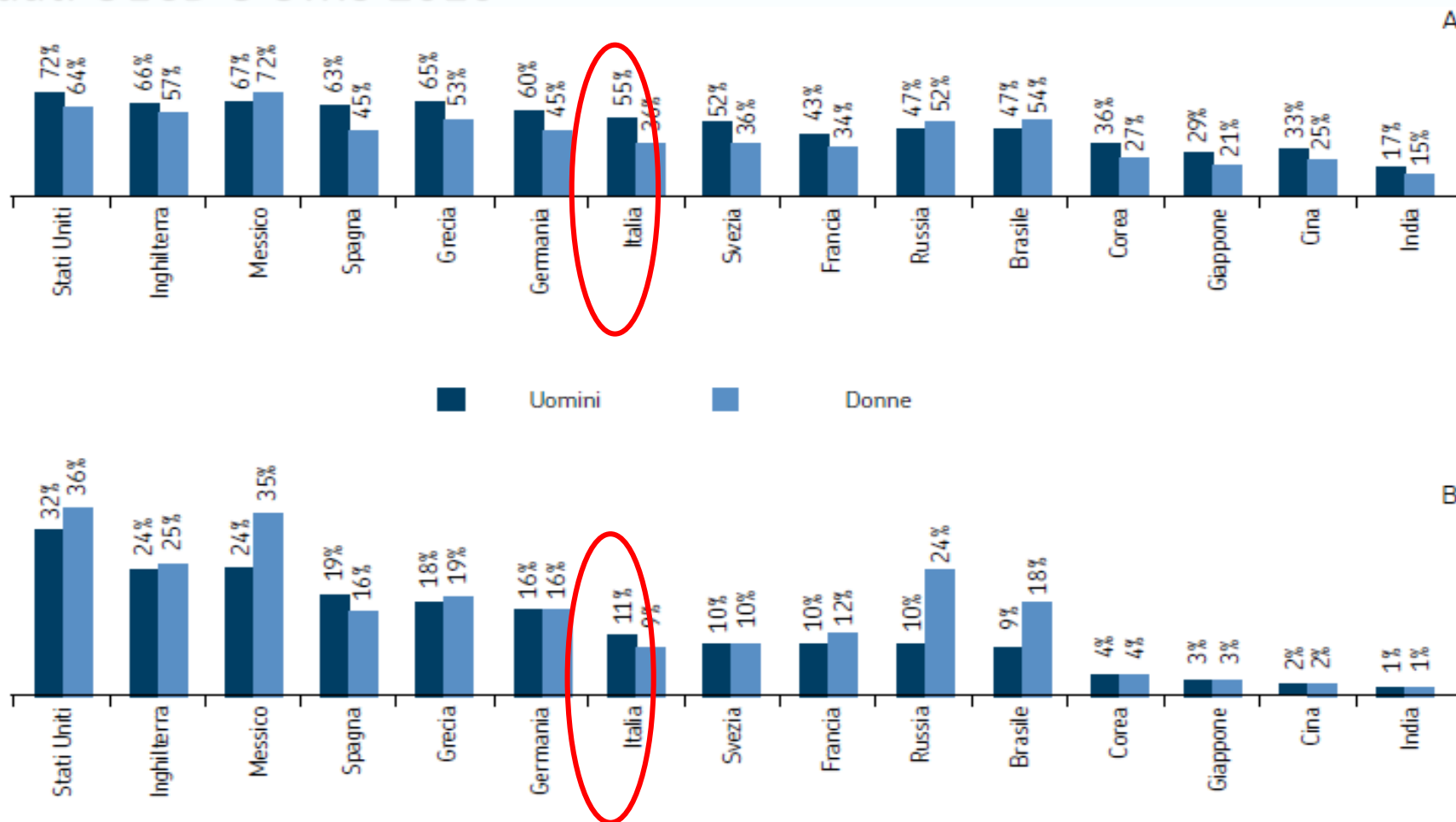
L'obesità è meno diffusa in Italia che in molti altri paesi OCSE tra gli adulti, ma è ai massimi livelli nei bambini.

1 adulto su 10 è obeso in Italia, contro una media OCSE di 1 su 6, anche se più della metà degli uomini e più di un terzo delle donne sono sovrappeso. Proiezioni OCSE indicano che la quota di persone sovrappeso salirà di oltre 5 punti percentuali entro i prossimi 10 anni.

In Italia, un bambino su 3 è sovrappeso, uno dei tassi più elevati dell'area OCSE.

SOVRAPPESO OBESITA'

dati OECD e OMS 2010



* Il dato del sovrappeso comprende tutti gli individui con un BMI >25 kg/m², mentre quello dell'obesità comprende solo gli individui con BMI >30 kg/m².

OBESITA' INFANTILE IN ITALIA

FRANCIA: 14% (38.4%)

GERMANIA: 19.9% (52.4%)

ITALIA: 31.6% (45.2%)

USA: 35.5% (68%)

Media Paesi OCSE: 22.1% (51.4%)

Australia, Austria, Belgio, Canada, Cile, Corea del Sud, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Rep. Ceca, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria

L'obesità infantile, in particolare nei Paesi occidentali, è un problema in crescita e di notevole rilevanza sanitaria e sociale.

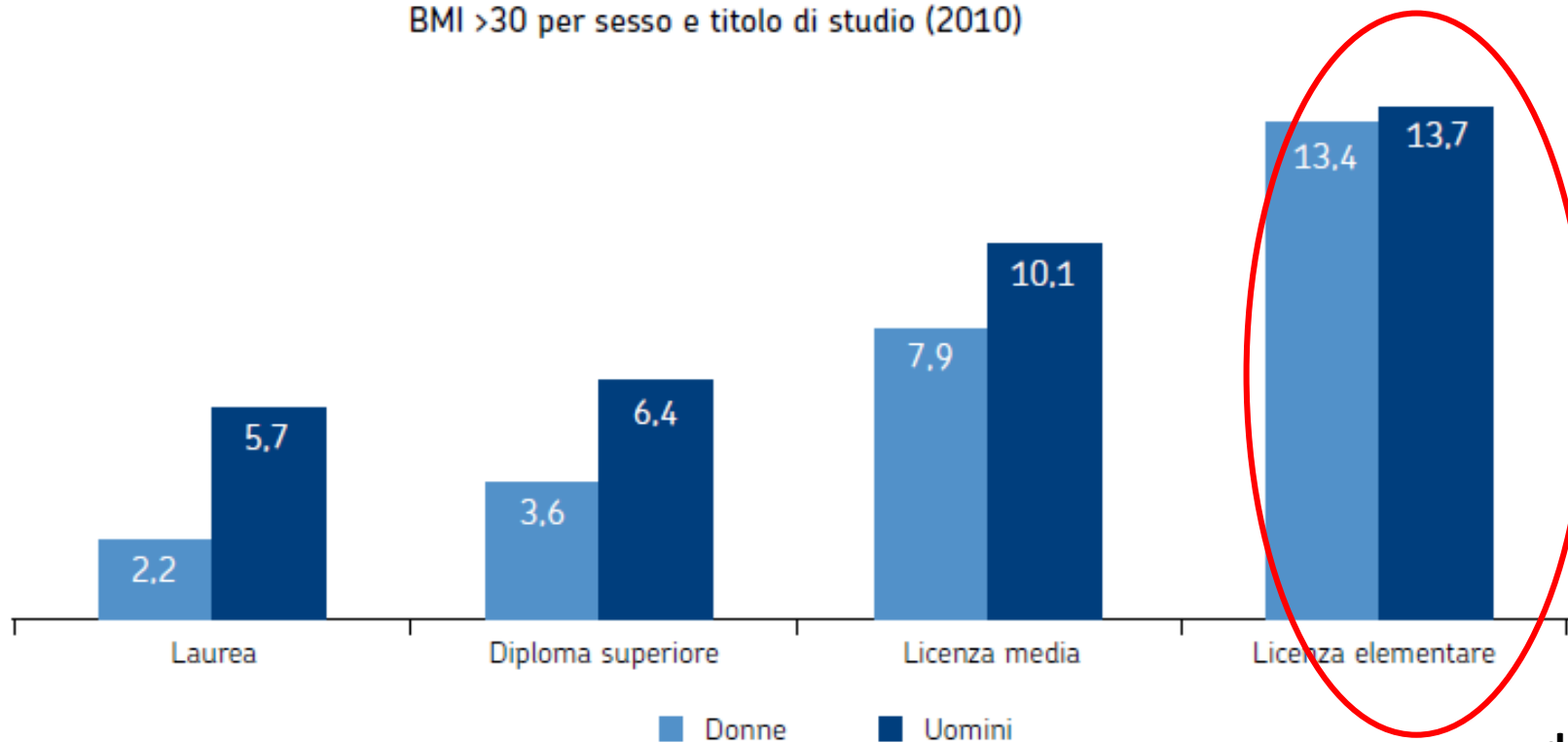
La persistenza del fenomeno durante tutta la vita dell'individuo influisce sull'aumento della probabilità, da adulti, di contrarre malattie croniche come diabete, ipertensione, patologie cardiovascolari e tumori.



OBSITA' E ISTRUZIONE IN ITALIA

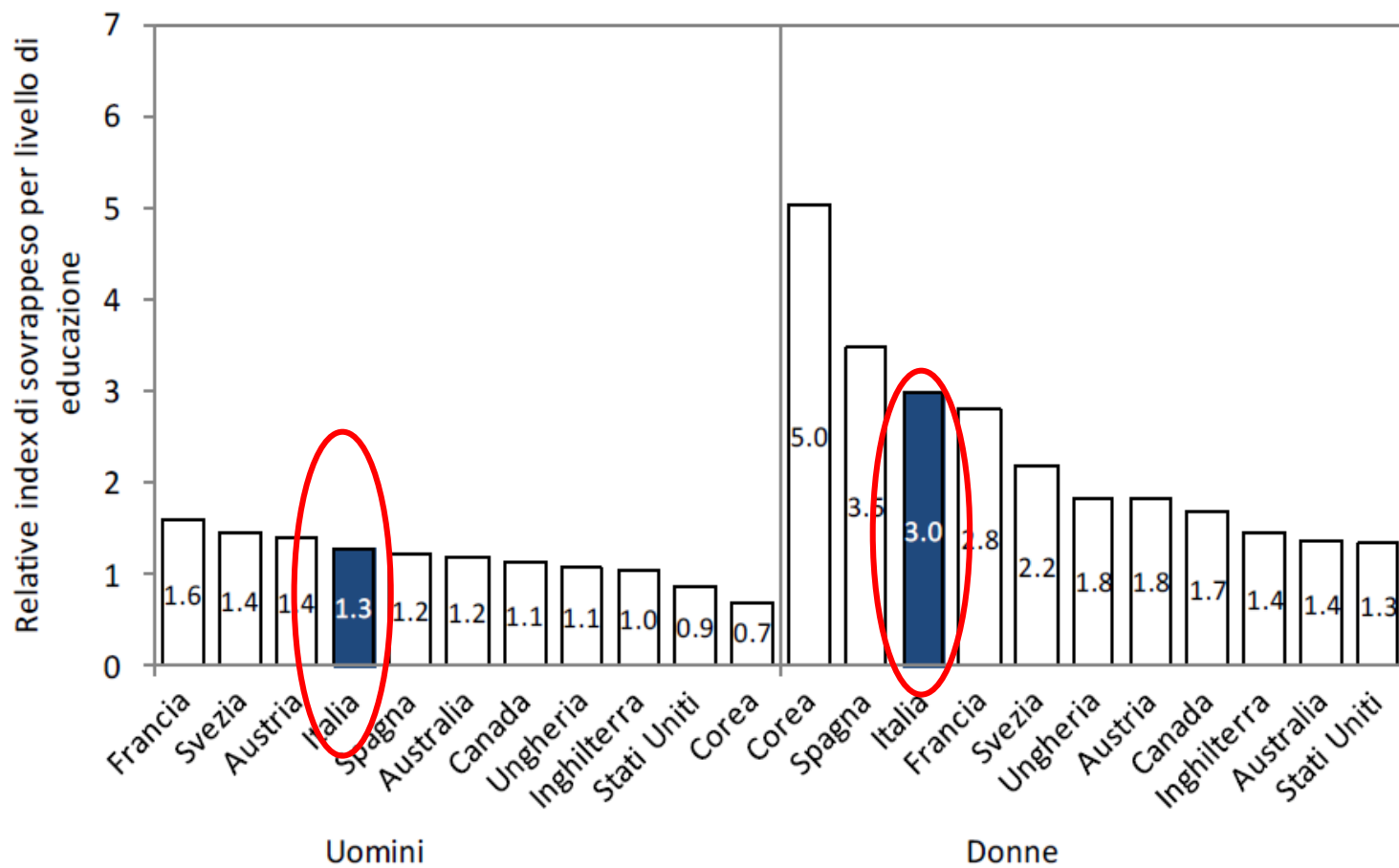
adulti di età compresa tra i 25 e i 44 anni, la prevalenza dell'obesità si riduce gradualmente con l'aumentare del livello di istruzione (definito dal titolo di studio in possesso) sia per le donne che per gli uomini

Figura 2.6. Persone di età compresa tra i 25 e i 44 anni (su 100 persone) con BMI >30 per sesso e titolo di studio (2010)



dati ISTAT 2010

Relative Index di sovrappeso per livello di educazione



Relative Index di sovrappeso per livello di educazione

Donne con basso livello di educazione hanno una probabilità di essere sovrappeso tre volte più elevata rispetto a donne con maggiore educazione. Tra gli uomini le disuguaglianze sono più attenuate, ma comunque più forti che in molti altri paesi OCSE

Programmi di prevenzione: effetti sulla salute della popolazione (effetto medio annuale)

- Possono evitare fino a 50.000 morti per malattie croniche ogni anno
- Le morti evitate potrebbero salire a 75.000 combinando diversi programmi in un'articolata **strategia di prevenzione**
- Un programma strutturato di educazione e informazione dei pazienti a rischio **da parte dei medici di famiglia** porterebbe ad un guadagno aggiunto in termini di anni di vita in buona salute

La prevenzione è un buon investimento?

In **Italia**, quasi tutti gli interventi esaminati dall'OCSE hanno un **rapporto costo-efficacia favorevole nel lungo termine** - rispetto allo standard internazionale corrispondente a circa 35000 Euro per anno di vita guadagnato in buona salute -.

Tuttavia, molti programmi richiedono tempi lunghi per produrre effetti tangibili sulla salute e questo si traduce in un rapporto costo-efficacia **meno favorevole nel breve termine**.

Rapporto Osservasalute 2011

- **35,6%** della popolazione adulta è in **sovrappeso**, mentre una persona su dieci è **obesa (10,3%)**
- **38,3%** della popolazione sedentario e non pratica alcuno **sport**
- **25%** degli uomini ed il **7,3%** delle donne **abuso di alcool**
- non rinuncia alle **sigarette** una persona su quattro
- *Aumento consumo di antidepressivi*

Obesità: situazione a livello italiano in relazione allo stato di benessere economico

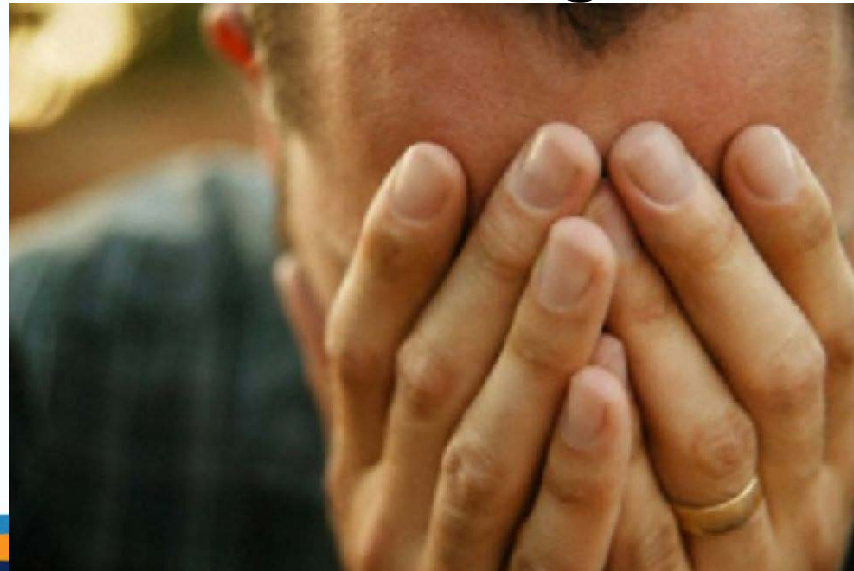
Una famiglia su quattro è a rischio povertà

POVERI IN AUMENTO DEL 7%

il pericolo povertà arriverà a toccare ben 1 famiglia su 4

Osservatorio per la Salute

Rapporto Osservasalute



McDonald's My Menu advertisement. It features a burger and a drink for €4,90. Below this, there are six small images of different menu items, each labeled 'OGNUNO A SOLO €1,00'. The text at the bottom reads 'DA OGGI COMPONI IL TUO MENU COME VUOI. SEMPLICE SCEGLIERE' and 'C'È PIÙ GUSTO A RISPARMIARE, DA McDONALD'S'.

Burger King Big King advertisement. It features a large burger with two patties, cheese, and various toppings, priced at €1,99. The text 'BIG KING' is written in large yellow letters with a crown above it. A red tag says 'NUOVO' (New). Below the price, it says 'OFFERTA PER TEMPO LIMITATO' (Limited Time Offer). The slogan 'GRIGIATO ALLA FIAMMA' is visible at the bottom right. Small text at the bottom reads 'TM Burger King Corporation. © 2015 Burger King Europe GmbH. Tutti i diritti riservati.'

ALLARME OBESITA'

...la catena di fast food sembra essere più concentrata e facilmente accessibile nelle zone povere...

Cummins SCJ, McKay L, MacIntyre S.

McDonald's Restaurants and Neighborhood Deprivation in Scotland and England.

Am J Prev Med 2009;29 (4): 308-10.

DIETA MEDITERRANEA PATRIMONIO CULTURALE DELL'UMANITA'

QUINTA SESSIONE COMITATO INTERGOVERNATIVO DELL'UNESCO Novembre 2010

(Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura)

"il modello alimentare tipico di molte regioni del Mediterraneo nei primi anni '60, come Creta, altre aree della Grecia e d'Italia Meridionale"

(Spagna, sud Francia, nord Africa, medio Oriente)

...il "modello alimentare mediterraneo" non è più quello seguito nei nostri giorni.

Tali abitudini alimentari sono state abbandonate in favore di modelli importati da Paesi economicamente più progrediti, ma nutrizionalmente meno idonei.

IL MERCATO DELLE DIETE

JAMES BOND



AGENTE 007



SALUTE • BELLEZZA • ALIMENTAZIONE • PSICOLOGIA E SESSO • BENESSERE • MAMME E BAMBINI
più Sani più Belli
 di Rosanna Lambertucci Magazine
 PREZZO SPECIALE 1,00 EURO
 VIVERE MEGLIO MAL DI TESTA? CURALO CON I METODI NATURALI
 L'OROSCOPO DELLA SALUTE
 DAI PIÙ LUCE AL TUO VISO
 UN SENO AL TOP
 VINCERE LA PAURA
 PRESTO IN FORMA DOPO LE FESTE!
 SARÒ MAMMA: NATURALE O CESAREO?

COME FUNZIONA

Cibi vietati	Giornata tipo	Alcuni gusti di preparati (Pat)
<ul style="list-style-type: none"> Pasta, pane, riso, pizza e dolci (e tutto quello che contiene farina e zucchero) patate, legumi e tutta la verdura rossa, arancione e gialla (usare solo verdure verdi e bianche, melanzane e funghi) latte e derivati vino, alcolici in generale e superalcolici 	<ul style="list-style-type: none"> COLAZIONE una Pietanza Tisanoreica (Pat) una/due tazze di caffè o tè con dolcificante PRANZO una Pat verdura cotta o cruda a volontà (usare solo verdure verdi e bianche, melanzane e funghi) una scatoletta di tonno, oppure un uovo SPUNTINO DEL POMERIGGIO una Pat+ a piacere una/due tazze di caffè o tè con dolcificante CENA una Pat verdura cotta o cruda a volontà un piatto a scelta tra: carne 100 gr; pesce 200 gr; affettato 60 gr; 1 uovo 	<ul style="list-style-type: none"> Pat al cappuccino Pat al cacao Pat al gusto pesca e mango Pat al gusto di zuppa di verdure

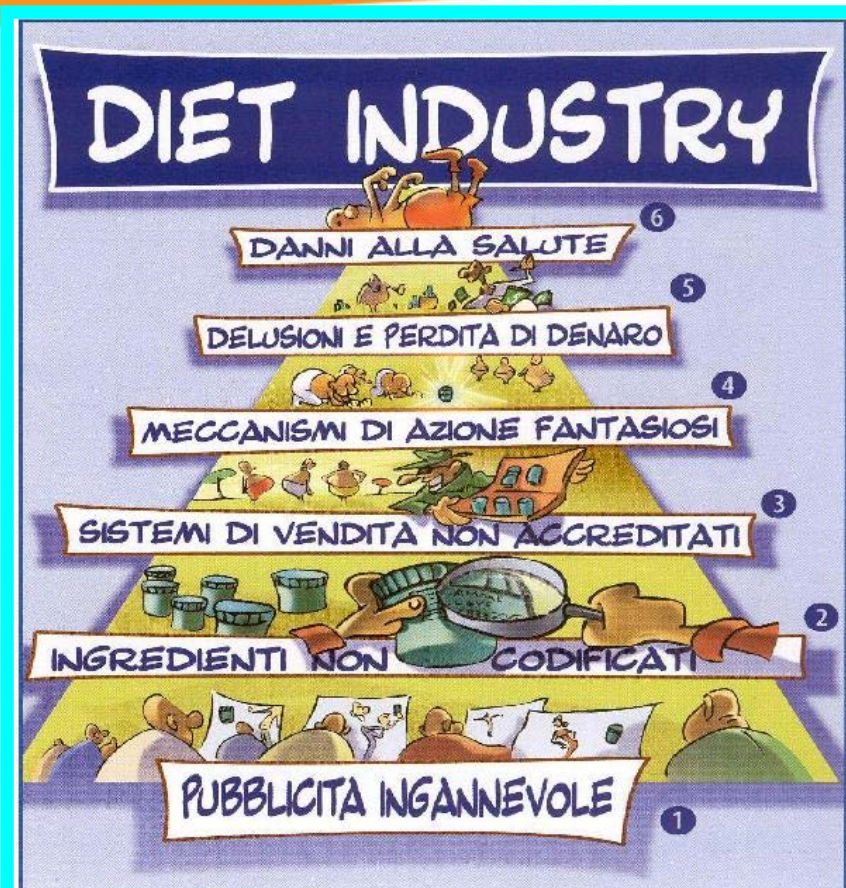
Dr Pierre Dukan
The Dukan Diet

Esposizione per risolvere i problemi alimentari del mondo organizzata e finanziata da coloro i quali hanno creato quei problemi

Expo 2015 con sponsor
Coca Cola e McDonald's...
è come fare un
congresso dentistico
sponsorizzato dallo
zucchero filato.

•Maurizio Crozza-





AMPIA GAMMA DI DIETE (riviste, palestre, centri estetici, internet.)

PRODOTTI DIMAGRANTI (alimentari, erboristici, farmaceutici)

DIFFICOLTA' NEL CAPIRE COMPETENZE DELLE VARIE

FIGURE PROFESSIONALI (dietologo, dietista, nutrizionista, erborista, alimentarista, naturopata, personal trainer, etc.)

Obesity
Day IO • net
Italian obesity network

EDIZIONE 2015



ADI ONLUS
Associazione Italiana
di Dietetica e Nutrizione Clinica



OBESITÀ
CAMMINIAMO INSIEME

Project Management e Segreteria Organizzativa

VIVA VOCE
Congressi & Comunicazione
GROUP

Provider Ecm ID 3599

Via Angelo da Orvieto, 36 | 05018 Orvieto (TR)

Tel. 0763 391751 | Fax 0763 344880

www.viva-voce.it | info@viva-voce.it

In partnership con



CONSIGLIO
NAZIONALE
ORDINE
PSICOLOGI



FEDERAZIONE ITALIANA
DI ATLETICA LEGGERA

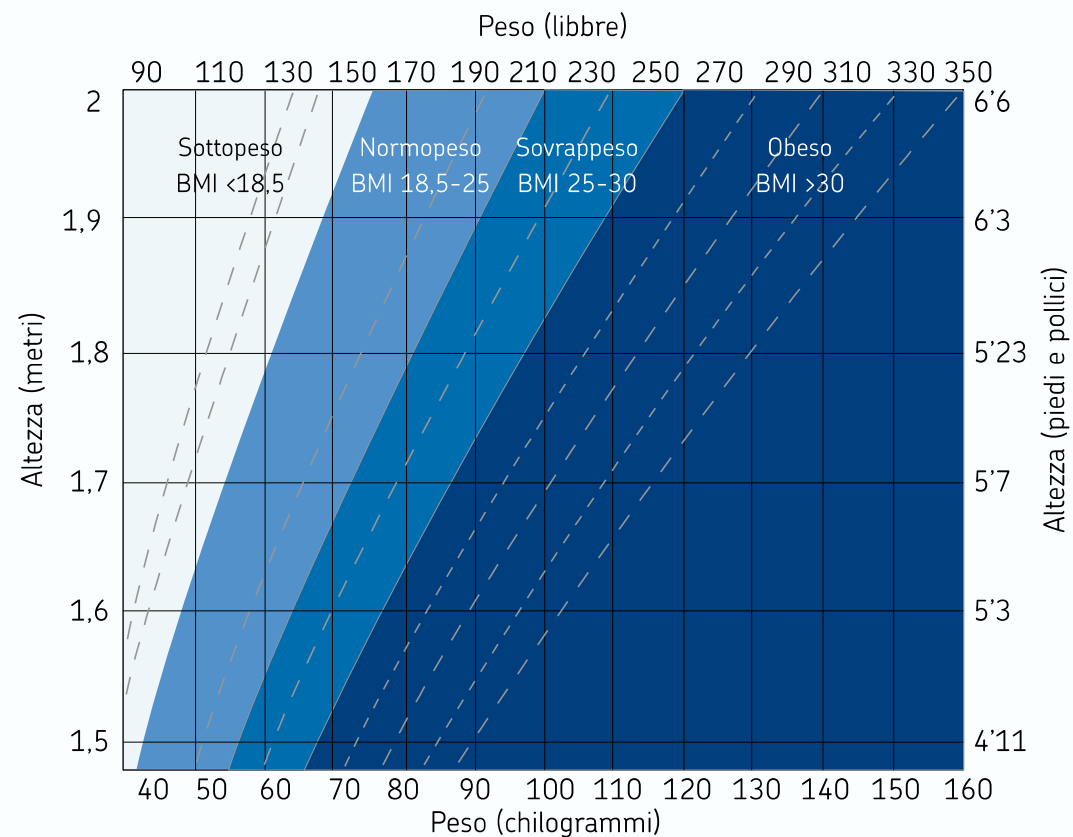
Obesità: definizioni

- L'obesità è una patologia multifattoriale determinata dall'accumulo di tessuto adiposo nel corpo
- Quando il bilancio energetico è positivo, cioè si introduce più energia di quanta se ne consuma, la risposta è un aumento del tessuto adiposo

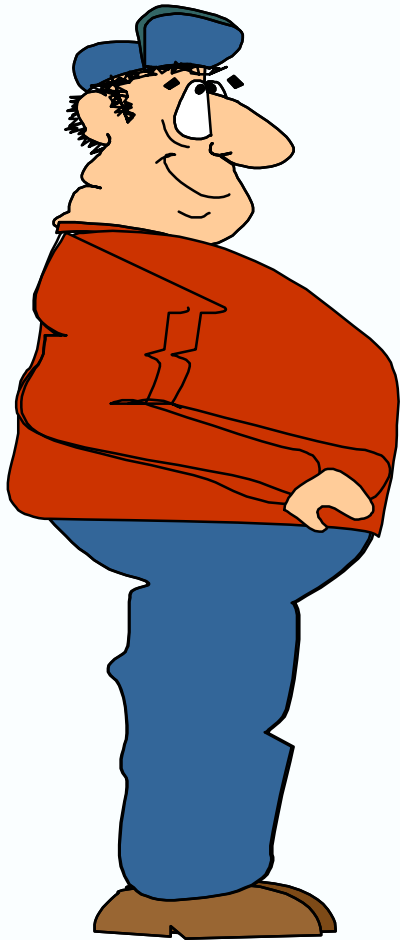
Obesità: definizioni

Lo strumento più semplice per definire l'eccesso ponderale è il **Body Mass Index (BMI)**

$$\text{peso (kg)/altezza (m)}^2$$



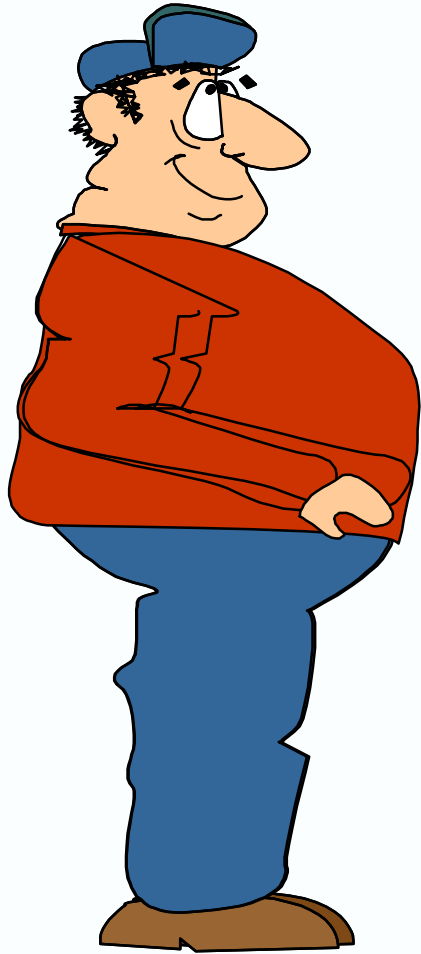
Fonte: National Institute of Health (NIH).



$$\text{BMI} = \frac{\text{Weight (kg)}}{\text{Height (m}^2\text{)}}$$

Classification	BMI (kg/m ²)	Risk of coorbidities
Normal range	18.5–24.9	Average
Overweight	≥ 25	
Pre-obese	25–29.9	Increased
Obese class I	30.0–34.9	Moderate
Obese class II	35.0–39.9	Severe
Obese class III	≥40.0	Very severe

World Health Organization,
1998

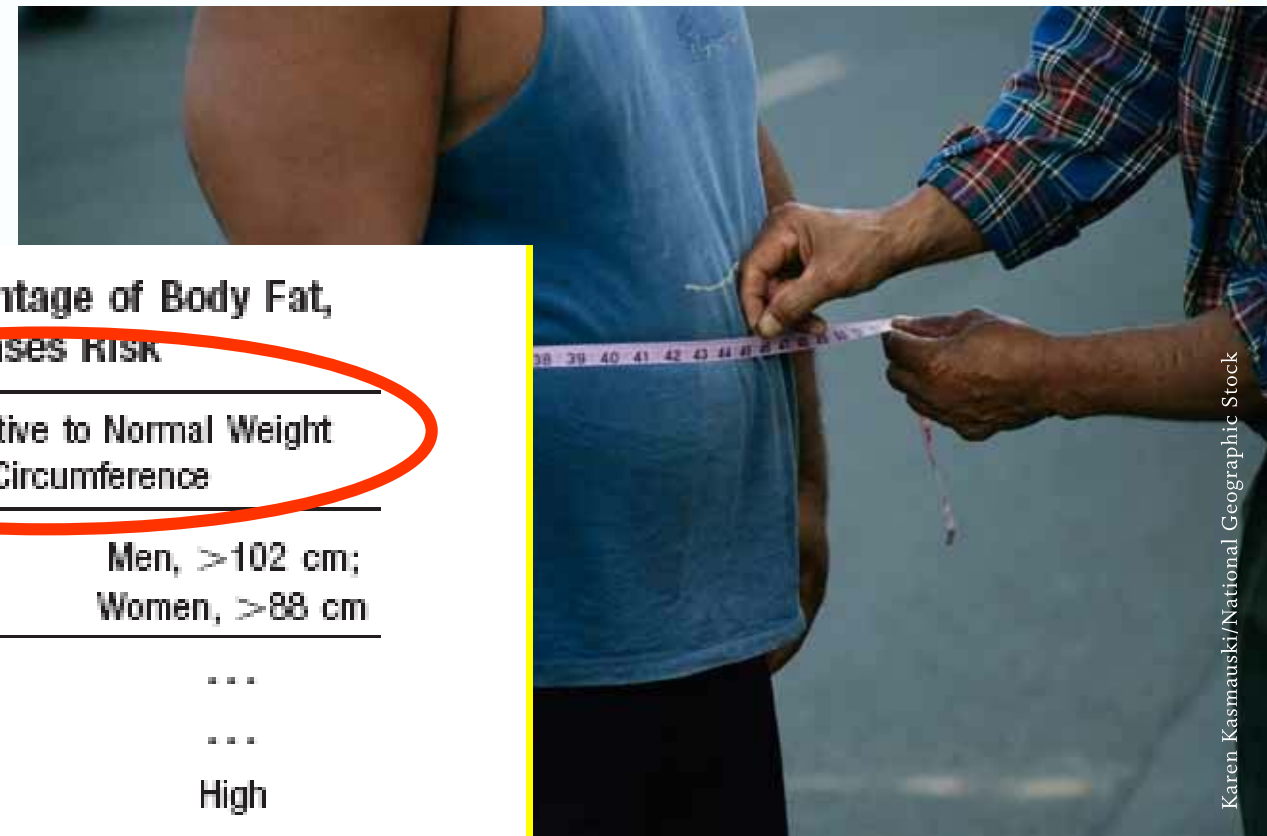


$$\text{BMI} = \frac{\text{Weight (kg)}}{\text{Height (m}^2\text{)}}$$

Peso: kg 108

Altezza: m 1.71 (1.71 x 1.71)

BMI: 36.9 (obesità di II grado)



Karen Kasmauski/National Geographic Stock

TABLE 1. Classification of Overweight and Obesity by Percentage of Body Fat, Body Mass Index, Waist Circumference, and Associated Diseases Risk

	Body Mass Index, kg/m ²	Disease Risk* Relative to Normal Weight and Waist Circumference	
		Men, ≤102 cm; Women, ≤88 cm	Men, >102 cm; Women, >88 cm
Underweight	<18.5
Normal	18.5–24.9
Overweight	25.0–29.9	Increased	High
Obesity, class			
I	30.0–34.9	High	Very high
II	35.0–39.9	Very high	Very high
III (extreme obesity)	≥40	Extremely high	Extremely high

Disease risk for type 2 diabetes, hypertension, and cardiovascular disease.

From the Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report: National Institutes of Health.⁷



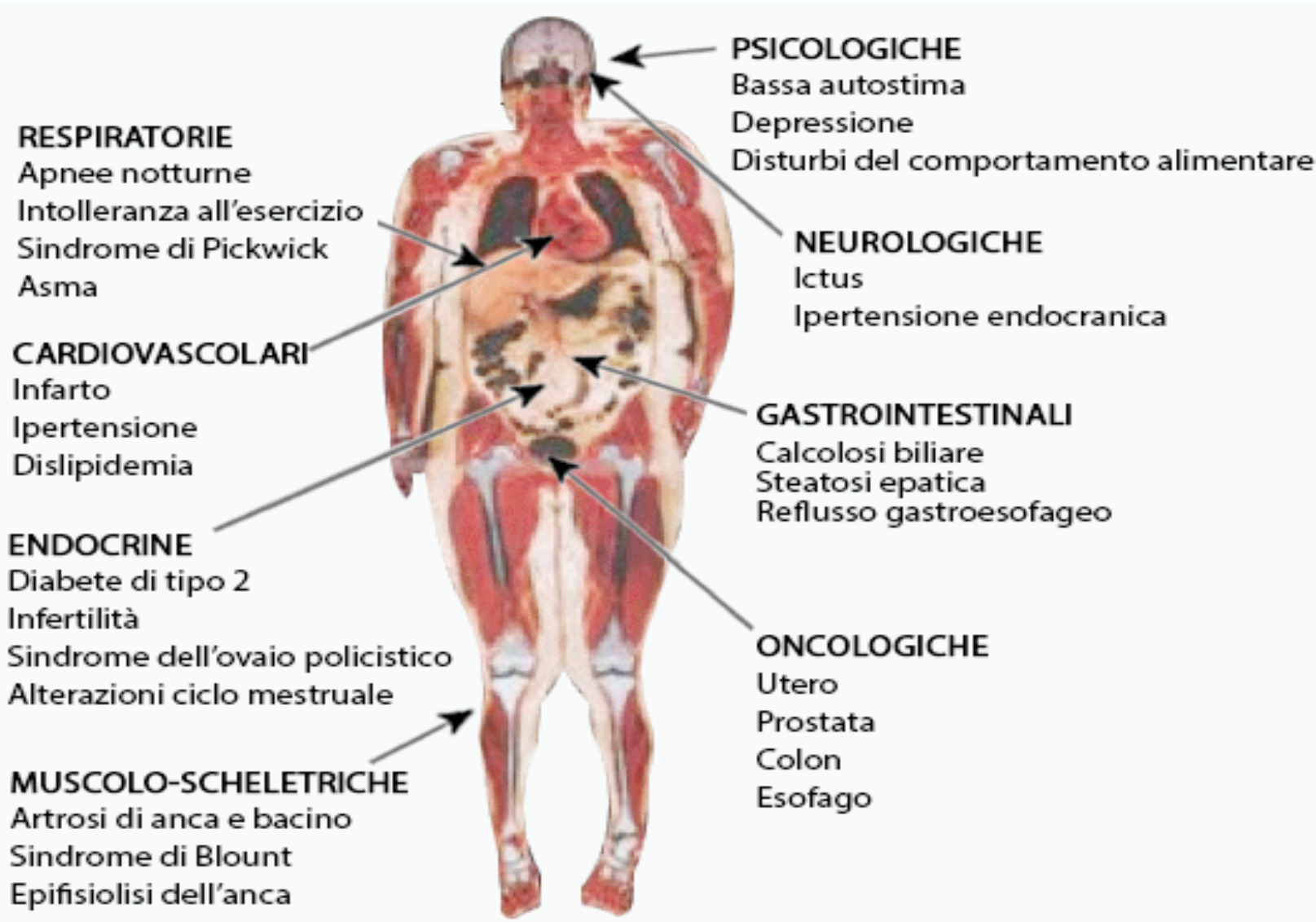
CONCETTO DI GRAVE OBESITA'

**NON PARLIAMO DI GRANDE OBESITA' MA GRAVE OBESITA'
QUANDO?**

BMI >40 kg/m² con o senza complicanze

BMI >35 Kg/m² con complicanze

PATOLOGIE OBESITA' CORRELATE



RISCHI LEGATI ALL'OBESITA'

- Nell'Unione Europea più di 70.000 casi di cancro possono essere attribuiti a sovrappeso e obesità.
- E' irrealistico pensare di poter eliminare completamente tale problema dall'Europa, dove circa il 50% della popolazione adulta è sovrappeso o obesa.
- Tuttavia, un numero considerevole di casi di tumore potrebbe essere prevenuto attraverso una riduzione della prevalenza del sovrappeso e dell'obesità.

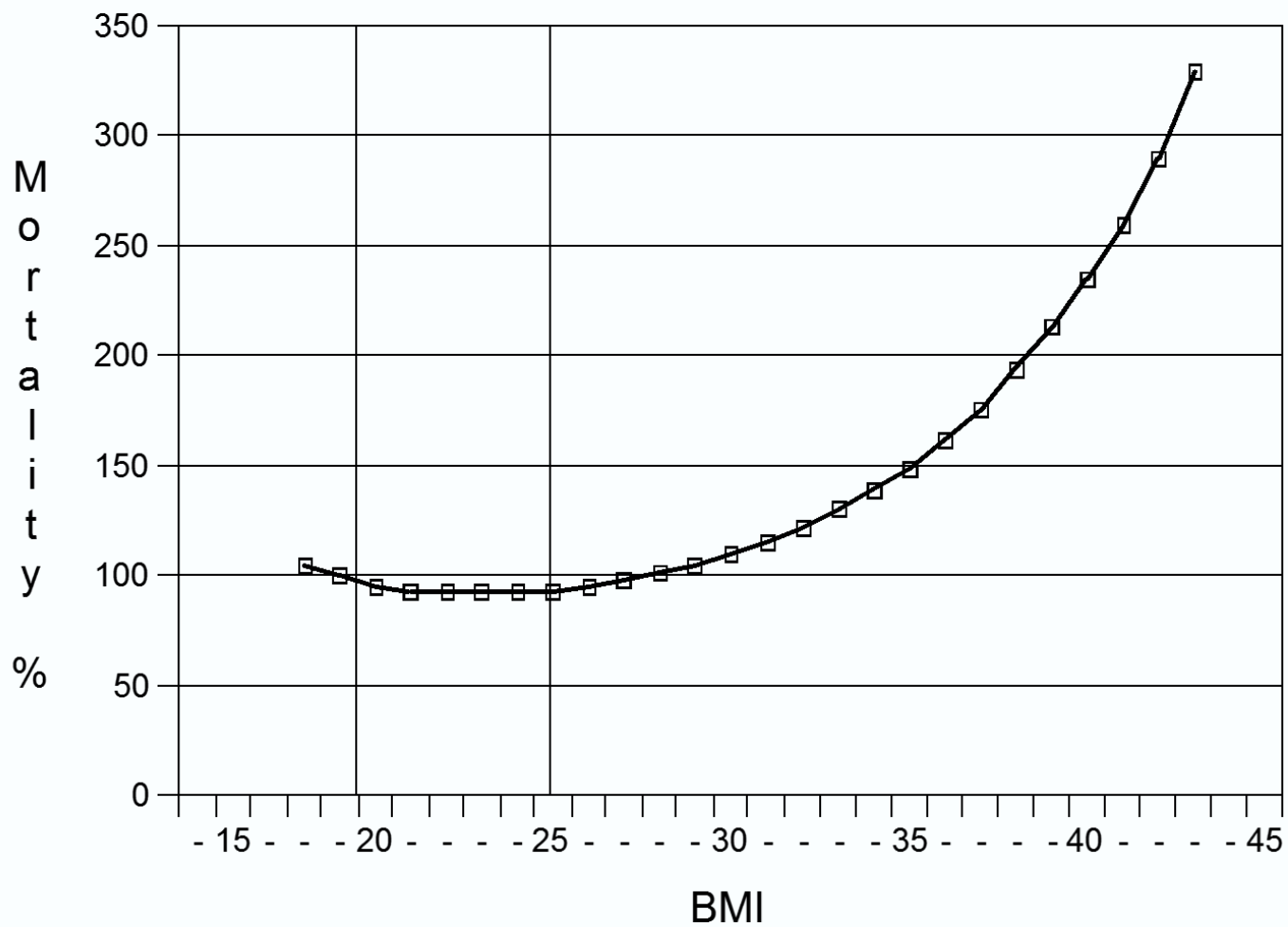
Bergström R. et al.

Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe

INT. J. Cancer : 91,421-430 (2013)

Relation of Body Mass Index to Mortality Ratio

Body and Built Study, 1979



ALLARME OBESITA'

FATTORI PSICOLOGICI

Il 37% dei pz obesi trattati aveva avuto contatto con servizi psichiatrici

Il 75% del sovrappeso è su base «emozionale»



Psicopatologia dei pazienti obesi

Studi basati su uso di test psicosometrici danno elevati valori per associazione obesità e disturbi dello spettro ansioso-depressivo, come l'ansia generalizzata, DAP, il disturbo ossessivo-compulsivo o quadri depressivi nella molteplicità delle loro manifestazioni cliniche;

- maggiore incidenza in soggetti obesi del BED o della NES -

OBESITY

BMI

Energy intake

Energy expenditure

Reasons for excessive eating

Support from significant others

Reasons for limited physical activity

Motivation for a lifestyle change

Expectation for the weight reduction process

Hope Energy Future dreams Stress/balance in life

Self-efficacy Locus of control Readiness for change Subject change

Self-rated death Social and mental well being Physical health Lifestyle

Expectations of life with normal BMI Sexual matters Socio-economic situation

CURARE L'OBESITA' MISSION IMPOSSIBILE?



CHI LA CURA?



**Tutti coloro che sono deputati a curare l'obesità viscerale:
EQUIPE MULTIDISCIPLINARE**



Coordinatori:
Paolo Sbraccia
Roberto Vettor

Coordinatori delle Sezioni:
Luca Busetto
Barbara Cresci
Massimo Cuzzolaro (SIO, SISDCA)*
Lorenzo M. Donini (SIO, SISDCA)*
Pierpaolo De Feo
Annunziata Lapolla
Lucio Lucchin
Claudio Maffei
Enzo Nisoli
Fabrizio Pasanisi
Carlo Rotella
Mauro Zamboni

Redattori:
Maria Luisa Amerio
Luigi Angrisani (SICOB)*
Giovanni Annuzzi
Sergio Bernasconi (SIPPS)*
Michela Bigiarini
Luisa Bissoli
Amelia Brunani
Eleonora Buzzi
Paolo Capodaglio
Maria Grazia Carbonelli
Antonio Caretto
Giampietro Chiamenti (FIMP)*
Silvia Costanzi

Maurizio De Luca (SICOB)*
Michele De Simone (SIMA)*
Ilaria Dicembrini
Gianleone Di Sacco
Cristina Fatone
Carmine Finelli
Pietro Forestieri (SICOB)*
Maria Antonia Fusco
Giulia Galli
Maria Gabriella Gentile
Sandro Gentili
Alessandro Giustini (ESPRM)*
Giuseppe Gullotta (CIP)*
Maurizio Iaia (ACP)*
Francesco Leonardi
Maddalena Maschio
Gloria Mazzali
Paolo Millo (SICOB)*
Giuseppe Morino (ADI, ADNCI)
Fabrizio Muratori
Albano Nicolai
Laura Pala
Valdo Ricca
Giovanni Portelli
Giuseppe Rovera (SIO, ANSISA)*
Ferruccio Santini
Graziella Sapia (SIP)*
Lidia Santarpia
Samir Giuseppe Sukkar
Giuliana Valerio (SIEDP)*
Andrea Vania
Federico Vignati

* Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (SICOB)
Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione (ANSISA)
Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)
Società Europea di Medicina Fisica e Riabilitativa (Eur Soc Phys Rehab Medicine)
Società Italiana Nutrizione Pediatrica (SIP)
Società Italiana Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP)
Società Italiana di Pediatria (SIP)
Società Italiana Medicina Adolescenza (SIMA)
Società Italiana Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)
Associazione Culturale Pediatri (ACP)
Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)
Confederazione Italiana Pediatri (CIP)
Associazione Dietetica e Nutrizione Clinica Italiana (ADNCI)

11. Valutazione Multidimensionale del Paziente Adulto Obeso e Algoritmo di Cura

Valutazione multidimensionale

L'obesità rappresenta una patologia complessa, che necessita di un approccio complesso, multi- ed interdisciplinare e, possibilmente, adattato di volta in volta alle esigenze del singolo paziente. In base alla fenotipizzazione del paziente dovrà essere individuato un possibile percorso che vedrà impegnato in prima battuta i servizi di cure primarie. Il livello di intervento successivo sarà caratterizzato dall'intervento specialistico ambulatoriale che prevederà il lavoro di un team multidisciplinare costituito da: internista, endocrinologo, nutrizionista, psichiatra, psicologo, dietista, fisioterapista, laureato in scienze motorie. A questi potranno affiancarsi, laddove necessario, altri specialisti per specifiche comorbidità. È pertanto necessaria un'azione di "team building" per effettuare il coordinamento del lavoro. L'intervento specialistico potrà infine realizzarsi, a seconda delle condizioni clinico-funzionali e psicologico-psichiatriche del paziente, a livello semiresidenziale e residenziale, in strutture specializzate (acuzie o riabilitazione).

In alcuni casi, come indicato nel capitolo dedicato, si potrà far ricorso alla chirurgia bariatrica, sempre nell'ambito di un percorso di presa in carico globale e duratura del paziente

EDUCAZIONE TERAPEUTICA

“per educazione terapeutica si intende l’atto terapeutico caratterizzato da accompagnare il paziente, “**mettersi insieme**” nel percorso della malattia cronica ,teso a contrattare, concordare, per realizzazione di interventi possibili finalizzati al raggiungimento del massimo risultato clinico e della migliore qualità di vita percepita per ogni paziente”

Valerio Miselli


Lo scopo dell' educazione terapeutica è di

- ✓ aumentare le **conoscenze** sulla malattia e sulla gestione e di modificare comportamenti ad essa correlati per ottenere una migliore gestione della stessa
- ✓ cogliere e gestire gli **aspetti psicologici** correlati con la patologie stessa
- ✓ **migliorare** la qualità della vita

L' intensità dell' intervento dipenderà:

- dal livello di gravità e comorbosità,
- dalla fragilità dello status psichico,
- dal grado di disabilità
- dalla qualità di vita del paziente

Il percorso stesso potrebbe svolgere un ruolo importante nella preparazione dei pazienti candidati alla chirurgia bariatrica o plastico ricostruttiva e nel follow-up degli stessi con conseguente:

- riduzione rischi pre-operatori
- miglioramento dell' esito complessivo  a lungo termine

Obiettivi a breve termine

- ✓ **perdita di massa grassa** che un miglioramento dei fattori di rischio ed un controllo delle patologie associate
- ✓ **ottimizzare** le capacità funzionali residue e le autonomie di base della vita quotidiana/sociale per ridurre le disabilità presenti
- ✓ **correggere** l'atteggiamento del paziente nei confronti dell'alimentazione e dell'attività fisica; curare alcuni disturbi del comportamento alimentare
- ✓ **rivalutare** le patologie mediche psichiatriche associate e mettere a punto un trattamento coerente con le linee-guida correnti a adeguato alle risposte cliniche del soggetto

Obiettivi a lungo termine

- ✓ mantenere **un corretto stile di vita**: alimentazione adeguata per apporto di energia e nutrienti ai propri fabbisogni con adozione modello alimentare mediterraneo
- ✓ **regolare attività fisica** di almeno 2 ore la settimana a carico medio/basso
- ✓ **mantenere la perdita** di massa grassa raggiunta nel tempo per controllare i fattori di R associati
- ✓ **mantenere le autonomie** di base della vita quotidiana/sociale e ridurre le disabilità presenti
- ✓ **mantenere un buon compenso glicemico, un corretto assetto lipemico e protidemico**
- ✓ ridurre PA e FC in presenza di parametri metabolici e di rischio cardiovascolari alterati
- ✓ **Ridurre la terapia farmacologica** per ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia ecc
- ✓ Adeguare le eventuali terapie psicofarmacologiche in base all'efficacia terapeutica e agli effetti sul peso corporeo e sul metabolismo

Sulla base della letteratura la SIO ha proposto uno strumento per la valutazione della **APPROPRIATEZZA** dell' accesso in riabilitazione metabolico-nutrizionale-psicologica



SCHEMA SIO DI APPROPRIATEZZA DELLA RIABILITAZIONE
METABOLICO NUTRIZIONALE PSICOLOGICA DEL PAZIENTE OBESO
(SSA-RMNPO-O)



Intensità dell'intervento da adottare in base ad alcuni parametri clinici

Figurano nella rete assistenziale e riabilitativa i **RICOVERI H24**

Il ricovero ordinario di una settimana **può precedere** il percorso riabilitativo :

- a seguito di un evento acuto
- essere programmato sulla base del livello di comorbidità e rischio clinico

Tutto ciò al fine di stabilizzare le condizioni cliniche del paziente e per poter affrontare una valutazione multidimensionale interdisciplinare che può consentire un più efficace percorso riabilitativo successivo.

GRADO DI OBESITA' e livello di rischio per CVD, T2DM, ipertensione arteriosa	BMI ≥ 40 kg/m ² 8
	BMI 35-39,9 kg/m ² 6
	BMI 30-34,9 kg/m ² 4
	Circ.vita > 102 cm M; 88 cm F 2
ALTERAZIONE DEL METABOLISMO LIPIDICO	Col. LDL ≥ 130mg/dl 4 o terapia antidi lipidemica
	Col HDL ≤ 40mg/dl 2
	TG > 150mg/dl o ter antidi lipidemica 1
ALTERAZIONE DEL COMPENSO GLICEMICO	IFG (glicemia 110-125mg/dl) o iperinsulinismo [insulinemia > 25mcU/ml o > 80mcU/ml fra 60' e 120' o con picco oltre 90' oppure HOMA (GlicIns/405) > 2,77] 2
	IGT (glicemia a 2h da OGTT tra 140 e 200mg/dl) 4
	T2DM (glicemia a digiuno ≥ 126mg/dl o glicemia a 2h da OGTT ≥ 200mg/dl) o terapia antidiabetica

Allegato 1: SSA-RMNP•O
SCHEDA SIO di APPROPRIATEZZA
della RIABILITAZIONE METABOLICO NUTRIZIONALE PSICOLOGICA del PAZIENTE OBESO
SCHEDA SIO di GRAVITA' CLINICA in PAZIENTE con OBESITA'

Paziente		data			
Ricoveri Precedenti	NO O: SI O	Data	motivo	Punteggio attribuibile	Punteggio ottenuto
Grado di Obesità e livello di rischio per CVD, T2DM, ipertensione arteriosa		BMI ≥ 40 Kg/m ²		8	
		BMI 35-39,9 Kg/m ²		6	
		BMI 30-34,9 Kg/m ²		4	
		Circonferenza Vita > 102 cm M; 88 cm F		2	
Comorbidità	Alterazione del metabolismo lipidico	Colesterolo LDL ≥ 130 mg/dl o terapia antidi lipidemica		4	
		Colesterolo HDL ≤ 40 mg/dl M; 50 mg/dl F		2	
		Trigliceridemia > 150 mg/dl o terapia antidi lipidemica		1	
	Alterazione del compenso glicemico	IFG (glicemia 110-125 mg/dl) o iperinsulinismo [insulinemia > 25 mcU/ml oppure > 80 mcU/ml fra 60' e 120' oppure con picco oltre i 90'] oppure: HOMA (GlicIns/405) > 2,77		2	
		IGT (glicemia a 2 h da OGTT compresa tra 140 e 200 mg/dl)		4	
		T2DM (glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl o glicemia a 2 h da OGTT ≥ 200 mg/dl) o terapia antidiabetica		6	
	Malattie apparato cardiovascolare	Iperensione arteriosa (PAS > 130 mmHg o PAD > 85 mmHg o terapia antipertensiva)		3	
		Mal aterosclerotica (cardiopatia ischemica, ictus cerebri, ...)		4	
		NYHA: classe III (sintomi di insuff cardiaca durante att della vita quotidiana) o IV (sintomi di insuff cardiaca a riposo)		4	
		Ipertrofia Ventricolare Sinistra asintomatica		3	
App respiratorio	OSAS, insufficienza respiratoria di tipo restrittivo		4		
	Dispnea da sforzo, roncopatie, Epworth scale > 10		2		
App scheletrico	Artrosi (anca, ginocchio, rachide)		3		
App genitor-urinario	Alterazioni ginecologiche (dismenorrea, PCOS)		2		
	Disfunzione della sfera sessuale legate all'obesità		2		
	Incontinenza da sforzo		2		
App gastroenterico	Steatosi epatica, litiasi biliare		1		
Status proinfiammatorio	PCR (x2 rispetto al valore max intervallo riferimento) > 10 mg/l		3		
Status procoagulativo	Fibrinogeno > 450 mg/dl		3		
Fattori di rischio che concorrono ad incrementare la morbilità correlata all'obesità	Anamnesi familiare	Storia familiare di malattie cardiovascolari premature (infarto del miocardio, ictus cerebri e/o morte improvvisa prima dei 55 anni per il padre o dei 65 anni per la madre)		4	
	Età	≥ 45 anni M; 55 anni F (o menopausa precoce in assenza di terapia estrogenica sostitutiva)		2	
	Abitudini di vita	Sedentarietà (<10 MET/sett)		1	
		Fumo > 10 sigarette /die		1	
	Comportamento	Alterazioni della psiche (depressione, ansia)		2	
	Alterazioni del comportamento alimentare (preferenza eccessiva per alimenti ad alta densità energetica)		2		
Anamnesi					
Mainutrizione per difetto					
Precedenti ricoveri per Riab Metabolico Nutrizionale					

- Clinical guidelines on the Identification of High Blood Cholesterol in Adults
- Publication 58-4083, september 19
- Bray GA, Ballanger T; Epidemiology
- Executive summary of the third report
of high blood cholesterol in adults

>25	Riabilitazione residenziale di tipo intensivo / H24
20-25	Centro Diurno riabilitativo e/o Day Hospital o Day Service
<20	Trattamento presso Ambulatorio Specialistico

MALATTIE APPARATO CARDIOVASCOLARE	Ipertensione arteriosa (PAS>130mmHg o PAD>85mmHg o terapia antipertensiva)	2
	Mal aterosclerotica (cardiopatia ischemica, ictus cerebri,...)	4
	NYHA classe III (sintomi insuff cardiaca durante vita quotidiana) o IV (sintomi insuff cardiaca a riposo)	4
	Ipertrofia Ventricolare Sinistra asintomatica	3
APPARATO RESPIRATORIO	OSAS, insuff respir di tipo restrittivo	4
	Dispnea da sforzo, broncopatie, Epworth scale >10	2
APPARATO SCHELETRICO	Artrosi (anca, ginocchia, rachide)	3
APP GENITO-URINARIO	Alterazioni ginecologiche (PCOS)	2
	Disfunz sfera sessuale legate all' obesità	2
	Incontinenza da sforzo	2
APP GASTROENTERICO	Steatosi epatica, litiasi biliare	1
STATUS PROINFIAMMATORIO	PCR (x2 risp al valore max intervallo riferimento) >10mg/dl	3
STATUS PROCOAGULATIVO	Fibrinogeno >450mg/dl	3

**FATTORI DI RISCHIO CHE
 CONCORRONO AD INCREMENTARE LA
 MORBILITA' CORRELATA
 ALL' OBESITA'**

ANAMNESI FAMILIARE	Storia familiare di malattie cardiovascolari premature (infarto miocardio, ictus cerebri e/o morte improvvisa prima 55aa età per padre e 65 per madre) 4
ETA'	≥ 55 anni (o menopausa precoce in assenza terapia estroprogestinica sostitutiva) 2
ABITUDINI DI VITA	Sedentarietà (<10 MET/sett) 1
	Fumo >10 sigarette/die 1
COMPORAMENTO	Alterazioni della psiche (depressione, ansia) 2
	Alterazioni del comportamento alimentare (iperfagia prandiale, spilluzzicamento, emotional eating, night eating) 4
	DCA (bulimia nervosa, BED) 4
ANAMNESI	Fallimento >3 programmi ambulatoriali di perdita di peso 2
MALNUTRIZIONE PER DIFETTO	Hb<12g/dl D, 13g/dl U; Alb<35g/l; Col tot <150mg/dl (in assenza terapia anticolesterolemizzante); CB<22cm; CP<31cm. 4
PRECEDENTI RICOVERI PER RIAB METABOLICO NUTRIZIONALE	Primo rientro con recupero del peso >50% di quello perso nel precedente ricovero - 5
	Rientri successivi con recupero peso >50% di quello perso nel precedente ricovero -10

Obesità è una patologia complessa

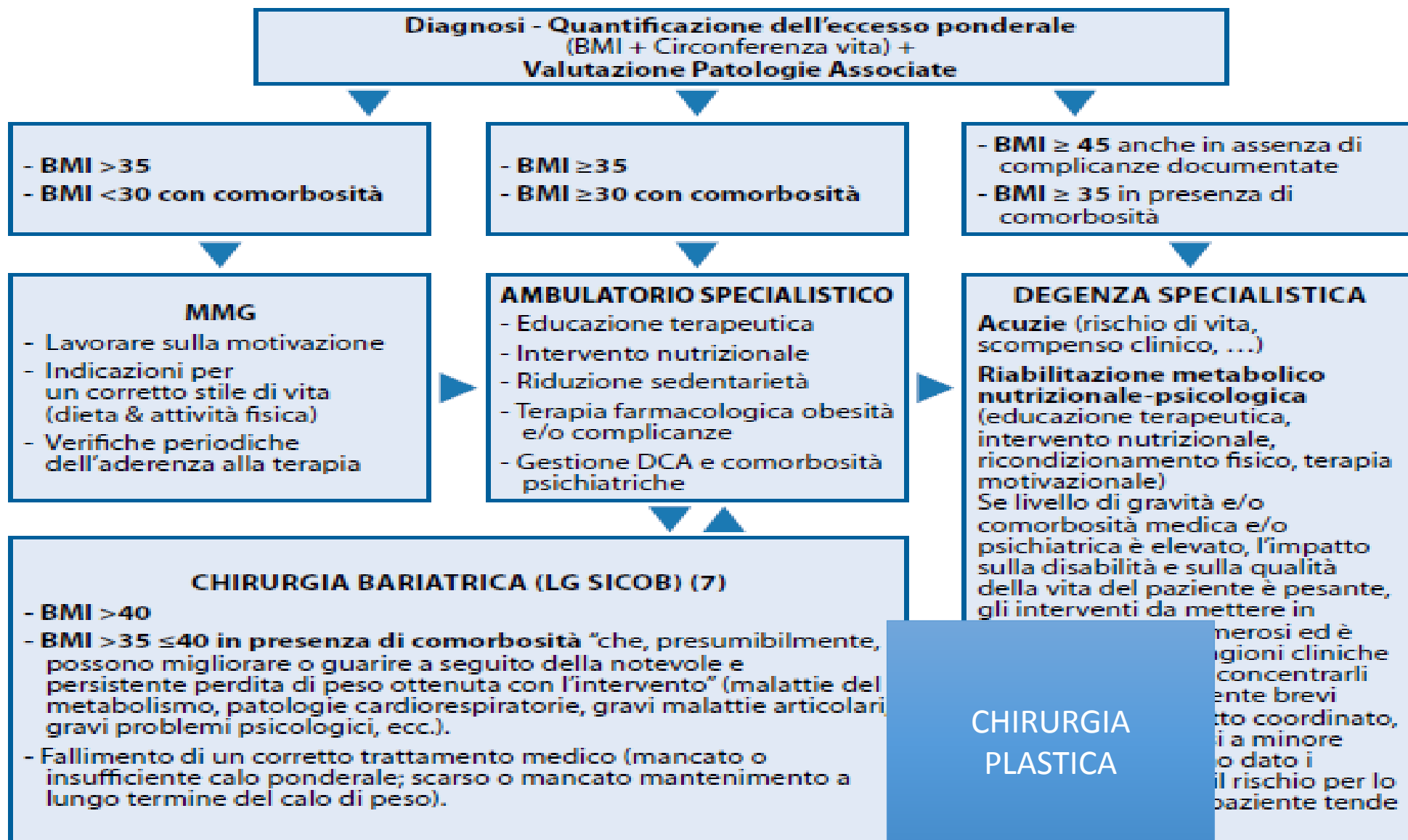
Necessita di un approccio complesso (multi-interdisciplinare) applicato a singolo paziente

A secondo della fenotipizzazione del paziente > individuato un percorso che coinvolgerà in prima istanza i servizi di cure primarie

Successivamente sarà caratterizzato dall' intervento specialistico ambulatoriale > team multidisciplinare

L' intervento infine realizzarsi a livello semiresidenziale - residenziale

FLOW CHART



livelli di BMI	obiettivo riduzione ponderale LG italiane	obiettivo riduzione ponderale LG europee
30-34,9 kg/m ²	5 -10 % in 12 mesi	Perdita 5-15% peso a 6 mesi o prevenzione ulteriore incremento
35-39,9 kg/m ²	5 -10 % in 12 mesi	Considerare anche perdite di peso di entità maggiore (>20%)
40 kg/m ² e superiore *	10-15% in 12 mesi	

...un ricovero ordinario di una settimana può inoltre precedere il percorso riabilitativo potendo avvenire a seguito di evento acuto o essere programmato sulla base del livello di comorbidità e di rischio clinico. Tale ricovero è finalizzato alla stabilizzazione delle condizioni cliniche e ad una valutazione multidimensionale interdisciplinare che può consentire un piu efficace percorso riabilitativo successivo...

VISITA SPECIALISTICA

vengono rilevate le misure antropometriche
vengono illustrate le tappe del percorso terapeutico
il paziente può decidere o meno di aderire

Criterio per l'adesione alla visita ambulatoriale

BMI >40 kg/m² con o senza complicanze

BMI >35 Kg/m² con complicanze

BMI >30 Kg/m² con complicanze

Durante questa visita

VIENE COMPILATA SCHEDA SIO DI APPROPRIATEZZA
DELLA RIABILITAZIONE METABOLICO NUTRIZIONALE
PSICOLOGICA DEL PAZIENTE OBESO (SSA-RMNPO-O)

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Figure professionali coinvolti nella struttura del ricovero:

- medico responsabile
- medici specialisti in scienza dell' alimentazione
- medici specialisti in fisioterapia
- medici specialisti in psichiatria/psicologia clinica
- medici specialisti in cardiologia
- medici specialisti in diabetologia
- medici specialisti in pneumologia
- chirurgo bariatrico
- chirurgo plastico
- psicologi
- dietiste
- fisioterapisti
- infermieri professionali

The “7 Steps Multidisciplinary Program” Approach to Morbidly Obese Patients: An Italian Experience

Rovera Giuseppe Maria¹, Senapeschi Garita Flavia¹, Maffei Paola¹, Labate Massimo¹, Genovese Paola¹, Ferrari Donatella¹, Cattaneo Claudia¹, Roggi Carla², Turconi Giovanna² and Cena Hellas²

¹San Luca Hospital, Strada della Vetta N 3, 10020 Eremo di Pecetto (Torino), Italy

²Department of Public Health, Neuroscience, Experimental and Forensic Medicine- Section of Human Nutrition, University of Pavia, via Bassi 21, 27100 Pavia, Italy

Abstract: The aim of this longitudinal study is to describe a multi-step long-term multidisciplinary approach to morbidly obesity and report 5 years results in a representative sample of obese patients.

One hundred sixty four obese patients, enrolled to the long term, multidisciplinary weight loss program at San Luca's Hospital (Torino, Italy), were all recruited from May 2005 to December 2005 and they were followed up until December 2010.

The weight loss goals were individually established on a year-to-year basis, based on the “7 steps” model, and were reviewed every 6 months.

Of the whole sample 123 were females and 41 were males; the mean age was 46.9 (14-77) years, and the mean BMI was 44.4 (37-56) kg/m². The drop out rate during the whole study period was about the 53% mainly due lack of motivation as well as scarce perception of treatment outcomes.

Eight percent (n=13) did not achieve their goals, 39% (n=64) achieved their goals either through “non surgical treatment” (n= 25) or throughout invasive procedures (n=39) such as intragastric balloon and lap-band (n=18), intragastric balloon and gastric bypass (n=14), intragastric balloon and lap band followed by gastric by-pass surgery (n=7).

The results obtained during the “non surgical treatment” procedure together with those obtained using intra-gastric balloon and lap-band procedures were successful since these procedures allowed some of the patients to achieve their proposed goals, even if their weight loss was inferior to that obtained with gastric by-pass surgery.

Keywords: Morbid obesity, multidisciplinary treatment, obesity, severe obesity.

INTRODUCTION

Obesity is currently one of the most significant challenges for medicine and public health, particularly in the industrialized world.

The prevalence of obesity continues to be high worldwide, exceeding mean ranges of 30% in the United States in most sex and age groups. In Europe obesity ranges from 10 to 20% among men and 15 to 25% among women [1, 2]. The World Health Organization (WHO) estimates that more than 1 billion adults are overweight and 300 million of these are clinically obese [3]. During the last quarter of the 20th century, the prevalence of obesity among 20-74 year old rose from 15% in 1976-1980 to 32% in 1999-2004, at this rate 40% of men and 43% of women will be obese by 2020 [4], although it should be noted the CDC changed the definition of obesity in 1997 which resulted in an increased percentage

of the population to be considered obese instead of normal. Therefore the trend line created by this increase is skewed.

In the past 10 years the increase in the prevalence of obesity does not appear to be continuing at the same rate as previously observed, particularly for women and possibly for men. However significant increases are forecasted for the severe forms of excess weight such as class 3 obesity (BMI \geq 40 kg/m²), class 4 obesity or super-obesity (BMI 50-59.9 kg/m²) and class 5 obesity or super-super obesity (BMI \geq 60 kg/m²) [3, 5]. Classes 3, 4 and 5 obesity were unusual in the late 1970s. Class 3 obesity affected just over one percent of 20-74 year olds between 1960 and 1970, but its prevalence surpassed 3 percent in men and 6 percent in women at the turn of the 21st century. It is predicted to exceed 6 percent in males and to approach 13 percent in females by 2020 [4].

Between 1976-80 and 1999-2004, class 3 obesity quadrupled and class 4 obesity quintupled. Class 3 obesity is a serious medical condition and is accompanied by substantial morbidity and mortality [3-5]. It is associated with several metabolic disorders and diseases such as cardiovascular disease, diabetes, hypertension, lipid disorders, cancer, arthritis, and sleeping apnea syndrome among others. Cardiovascular

* Address correspondence to this author at the Department of Public Health, Neuroscience, Experimental and Forensic Medicine- Section of Human Nutrition, University of Pavia, via Bassi 21, 27100 Pavia, Italy, Tel: +39 0382 987542 Fax: +39 0382 987570, E-mail: hema@unipv.it

Medici Specialisti in Scienza dell'Alimentazione

Paola GENOVESE

Massimo LABATE

Dietiste

Emanuela BUCCHIERI

Sandra CATARSI

Claudia CAZZULI

Giulia DEBERCHI

Luisa PASCHINO

Paola RESASCO

Psicologi

Sara CARIDI

Valeria DE ALESSI

Marco PASTORINI

Chirurgo Bariatrico

Paolo TORELLI

Chirurgo Plastico

Claudio LIGRESTI



Grazie per l'attenzione

*D.ssa Paola Genovese
Medico Chirurgo specialista in Scienza dell'Alimentazione
Responsabile programma Percorso Grave Obesità
ICLAS – Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità – GVM*

