

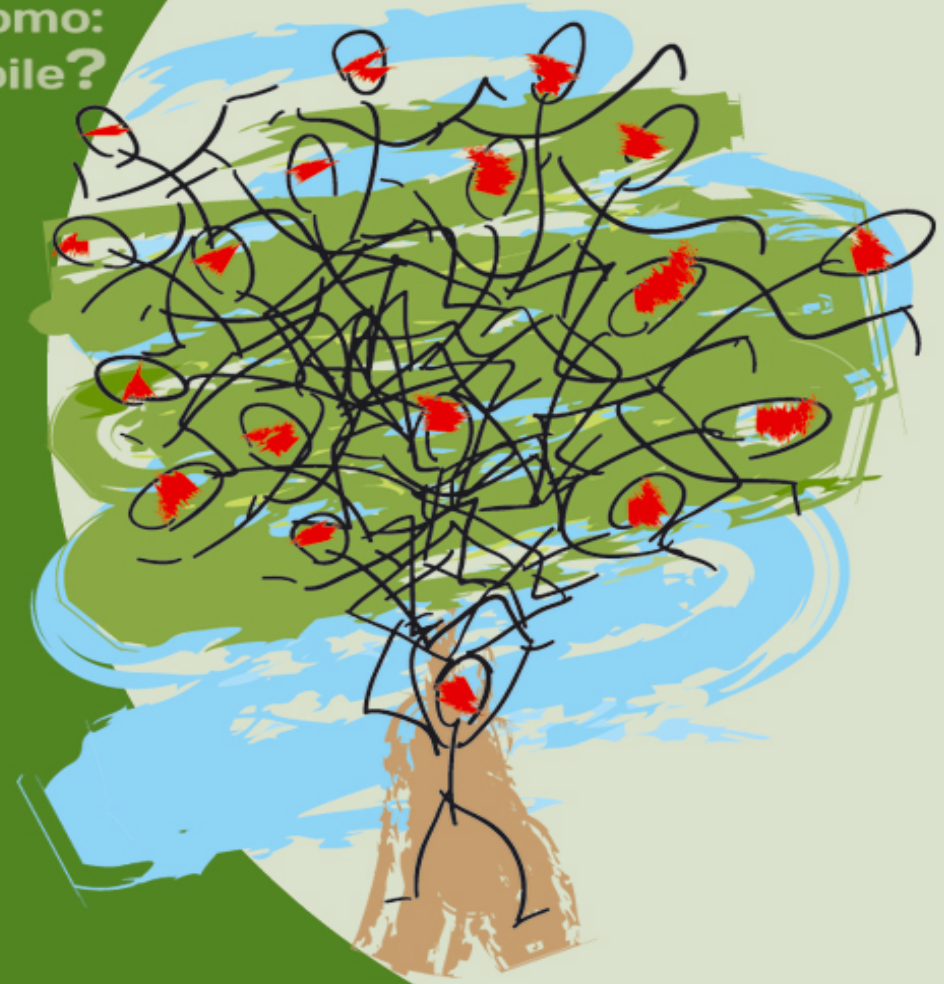
# GLOBALIZZAZIONE E MALATTIE CRONICHE

dall'evidenza scientifica alla cultura dell'uomo:  
un passo impossibile?

## GESTIONE INTEGRATA della PRESA in CARICO del SOGGETTO OBESO ADULTO

*LM Donini*

“Sapienza” Università di Roma  
Dip Fisiopatologia Medica



SCUOLA NAZIONALE DI MEDICINA DEGLI STILI DI VITA  
FIMMG - METIS  
AULA POCCHIARI - Istituto Superiore di Sanità' - 09 Aprile 2010





SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

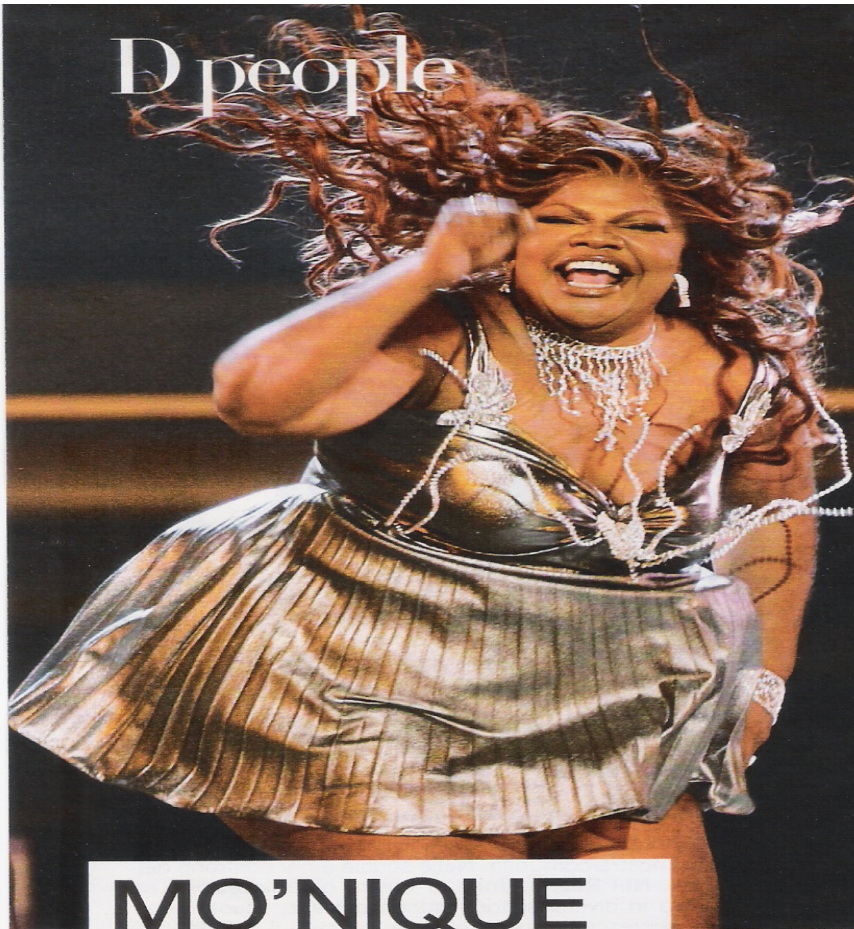


# GESTIONE INTEGRATA della PRESA in CARICO del SOGGETTO OBESO ADULTO

*LM Donini<sup>1</sup>, E Alonzo<sup>2</sup>, G Cairella<sup>2</sup>, D Campisi<sup>3</sup>, MG Carbonelli<sup>4</sup>, V Carreri<sup>2</sup>, M Cuzzolaro<sup>1</sup>, AP D'Ingianna<sup>3</sup>, L Lucchin<sup>4</sup>, G Marri<sup>3</sup>, W Marrocco<sup>3</sup>, A Pizzini<sup>3</sup>, V Pontieri<sup>2</sup>, G Spera<sup>1</sup>, G Ugolini<sup>2</sup>*

1. Sapienza" Università di Roma – Dip Fisiopatologia Medica  
Soc. It. dell'Obesità (SIO)  
Soc. It. Studio Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA)
2. Rete dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIANET)
3. Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)
4. Rete dei Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI-SDNC)

D people



## MO'NIQUE

**CERTO, NON È ANCORA IN GRADO DI COMPETERE CON LA MITICA OPHRAH WINFREY. PERÒ INTANTO IL SUO SHOW F.A.T. Chance** (che sta per Fabolous and thick) su Oxygen media, nel quale le donne competono per il titolo di "Miss Fat", è da tre anni il programma di punta del canale, con circa 5 milioni di spettatori a puntata. Non male per questa 39enne entertainer che ha già dato alle stampe due libri, *Skinny Women are Evil: Notes of a big Girl in a Small-Minded World* e *Skinny-Cooks can't be trusted* e lanciato una fortunata linea di abbigliamento over-size specializzata in pantaloni (F.A.T. jeans Girl Jeans). «La mia missione è amore, accettazione, felicità. Senza pregiudizi. Sono solo una donna molto grassa che ha voglia di parlare di quanto è grassa e di quanto è felice di esserlo. Applauditissima questa estate nel suo terzo show *Mo'Nique's F.A.T. Chance: Paris*, ha appena finito un film, *The Better man*, con James Earl Jones e sta per iniziarne un altro, *Push*, adattamento di un romanzo anni Sessanta che racconta un caso di abusi sessuali subiti da una ragazza di Harlem.



**OVVERO L'ARTE** commercio ma un perfezionismo sartoria contemporanea. E età della Byblos, 3 sigeno allo storico sarà ancora un cavestiti ma anche h derna si lega a di aperto nel 2005 c



HotelAmerica di Vittorio Zucconi



# LA CAPITALE DELLA SEGGIOLA XXL

**W**ashington, la capitale americana dove vivo, mi è cresciuta sotto gli occhi, dal lontano giorno in cui ci sbarcai con gentile signora e prole. Dalla sonnolenta e burocratica cittadina meridionale - Washington sta esattamente all'altezza di Reggio Calabria, 38 gradi di latitudine - che John F. Kennedy si divertiva a sfottere dicendo che essa aveva "tutto il calore umano del nord e tutta l'efficienza del sud", la capitale si è fatta più sofisticata, meno provinciale, assai più di mondo. Nei supermercati e nei ristoranti l'offerta di cibarie importate va ormai molto oltre il formaggio coi buchi e il coq au vin con il quale i casari svizzeri e gli osti francesi hanno infestato il mondo.

Forse anche troppo, perché la città si è soprattutto allargata, nel senso del girovita e del sedere. Forse a causa del regolamento edilizio che vieta di costruire grattacieli più alti della cupola del Parlamento, e di quell'obelisco di marmo accanto alla Casa Bianca dedicato a George Washington, comunemente conosciuto dalla popolazione locale come "il memoriale dell'impotente", non potendo alzarsi, si è estesa. Siamo, ci informa il solito studio del quale avremmo fatto volentieri a meno, la città con i bambini e gli adolescenti più grassi d'America: nessuno ha tanti ciccioni fra i 7 e i 17 anni, uno su tre. Mi solleva leggermente il pensiero di non avere contribuito né direttamente, né indirettamente, a questa statistica. I miei figli non sono mai stati grassi e il loro padre è fuori dalla ricerca per ragioni di età.

La politica, che qui è l'industria principale, non c'entra. Se i ragazzi della capitale ingrassano fino all'obesità è perché tanti di loro crescono in famiglie relativamente povere, con un genitore solo (sempre la madre) e lasciati a loro stessi. Perché nelle nazioni ricche, quelle nelle quali il cibo abbonda e costa poco (non fatelo sapere all'amministratore delegato del gruppo Repubblica, ma la vita quotidiana in America costa assai meno che in Europa, salute esclusa), uno dei segni sicuri di basso reddito non è la magrezza sconvolgente dei profughi nel Darfour, è il suo contrario, l'obesità.

Nelle città e nelle contee dove il reddito medio è più alto, come Beverly Hills, i quartieri buoni di Manhattan, la zona dei cosiddetti "bramini" bianchi di Boston, se incontrate un bambino grasso, una ragazza dal sedere a porta-

pacco di auto di Paperino, potete essere certi che sono figli del muratore salvadoregno, della cameriera haitiana o dell'autista ucraino. Nel delta del Mississippi, in Texas, nell'Arkansas, nelle riserve degli Indiani più negletti, come gli Oglala Sioux in Sud Dakota, l'obesità è quasi la norma, soprattutto nelle donne e nei bambini.

Nei Luna Park, i tecnici delle montagne russe devono ormai progettare carriolini e sedili XXLarge. Le due città con la più alta percentuale generale di supergrassi sono San Antonio, nel Texas, e Jackson, nel Mississippi.

Il cibo, la gassosa superzuccherata, la pagnotta grondante di polpette fritte intrise di salse, lo "snack", la merenda, il sacchetto di patatine, l'orrida pizza ora anche disponibile con un cordolo di formaggio nella cintura attorno alla crosta o a due piani (pizza su pizza, come a scopa) sono il consumismo dei poveri, la ricchezza dei nessuno. Il succhiotto di chi non ha soldi da bruciare in altri acquisti che non passino per la bocca, ma vuole partecipare al banchetto della prosperità.

Il paradigma della ricchezza e della povertà, del potere e del non potere, per secoli incarnato nelle dimensioni del corpo, l'uomo di panza contro il bracciante dalle guance scavate, il *sciur parùn* pasciuto che sfrutta il manovale macilento con frotte di prole famelica, si è rovesciato nelle nazioni prospere. La magrezza, fino alla tragica consunzione autolesionista dell'ano-

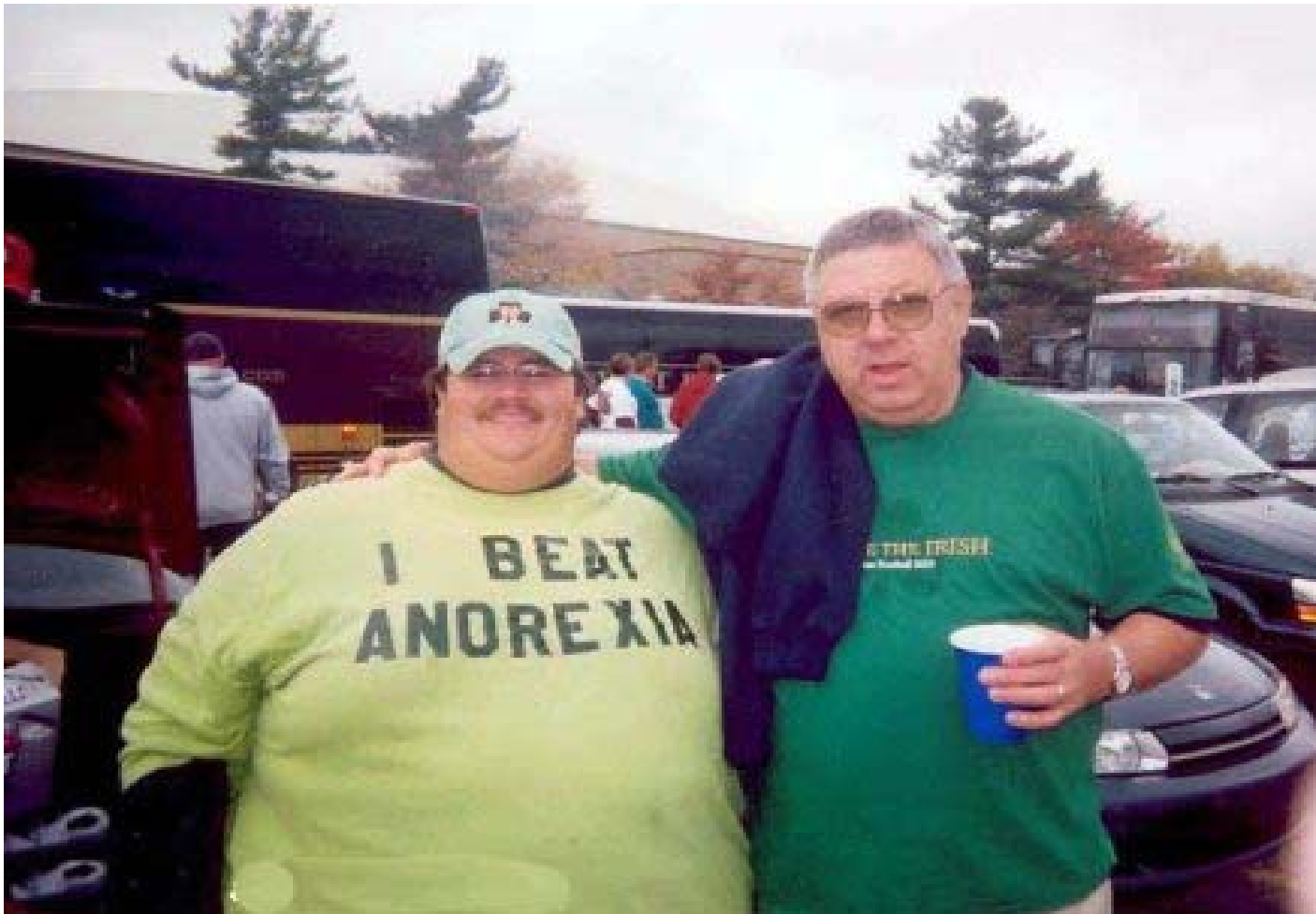
ressia, segnala benessere, successo, raffinatezza, diversità, ribellione, classe sociale superiore. I ricchi mangiano poco. Ricordo ancora una colazione a casa di Giovanni Agnelli dalla quale uscii con una fame da muratore, fiandandomi in un bar di Torino per aggredire un toastone farcito.

Su che cosa sia l'obesità, quali siano i parametri giusti per distinguere il cicciottello dalla grassona, il sovrappeso dalla disgraziata che vedo spremersi per entrare nel carrellino dell'otto volante, la discussione è aperta. Le statistiche si aggrappano al famigerato Bmi, l'indice di massa corporea, un parametro creato cento e settant'anni or sono da un matematico belga (il Paese che ha infatti inventato le patate fritte), il signor Adolphe Quételet. Si divide il peso per il quadrato dell'altezza e se la cifra che risulta è superiore a trenta, siete considerati obesi. Ho provato a fare i conti e ho scoperto di essere davvero poverissimo.

Passa le patatine, tesoro.

## WASHINGTON E ORMAI LA CAPITALE AMERICANA DELL'OBESITÀ TRA 7 E 17 ANNI





In realtà i soggetti obesi presentano punteggi elevati nelle scale di valutazione della **depressione** ed una **qualità di vita** percepita decisamente bassa

The WHO Expert Committee decided to express different levels of high BMI in terms of degrees of overweight than degrees of obesity, **which would imply knowledge of body composition**

Physical Status: the use and interpretation of anthropometry  
Report of a WHO Expert Committee  
WHO Technical report Series –  
854 – Geneva, 1995

Un **criterio diagnostico** per conoscere la diffusione dell'obesità in diversi gruppi di popolazione adulta è rappresentato dal BMI

*Stili di vita e condizioni di salute - ISTAT n°25, 2005*



## Il trattamento dell'obesità deve essere di tipo multidisciplinare, multidimensionale integrato

Esiste una vasta tipologia di soggetti obesi caratterizzati da fisionomie biologiche e psicologiche diverse  
Il trattamento dovrà essere di tipo multidimensionale, duttile ed interattivo, capace di ristrutturare il pensiero e lo stile di vita dei pazienti

*O Bosello: Obesità – un tattato multidimensionale. Ed Kurtis Milano 1998*

Indagine

“Dietetici Ospedalieri” 2005  
(Donini LM, et al: Ann Ig. 2009)

295 strutture contattate  
22% ha risposto

### Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica

51% senza medici  
5% senza dietisti  
85% senza psicologi  
79% senza infermieri

In compenso 14% avevano in organico personale con  
“altre qualifiche” (??!!)





- Il SSN si fa carico del trattamento delle **complicanze dell'obesità** tralasciando di trattare la patologia di base

...malgrado le indicazioni delle Linee Guida per il trattamento di T2DM, ipertensione arteriosa, dislipidemie, pat. osteoarticolari ...

Le modificazioni dello stile di vita hanno un'efficacia doppia nel prevenire il T2DM rispetto all'intervento con metformina

DPP (Diabetes Prevention Program) NEJM, 2002

Regione Lazio ricoveri ordinari e DH (dati ASP 2007)	
obesità (ICD9 278.01)	6.134 ricoveri
Diagnosi di obesità tra i ricoveri per	
diabete mellito (ICD9 250)	6.56 %
infarto del miocardio (ICD9 410.9)	0.13 %

# Obesità

- **Etiopatogenesi complessa** (genetica, status socio-economico, stile di vita, NEAT, modelli comportamentali, dieting, pubblicità, status psichico, endocrinopatie, ...)
- Malattia **cronica** *“che necessita di un contatto professionale continuo”* *Expert panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight in adults, Am J Clin Nutr 1998; Bosello: Obesità – un trattato multidimensionale. Ed Kurtis Milano 1998 (2<sup>a</sup> ed. in corso di stampa)*
- Gravata da elevata **comorbidità e mortalità**: *Studio Framingham*: per ogni 10% di aumento di peso relativo si ha: incremento di 6.5 mmHg per la PA, 12 mg/dl per la Colesterolemia totale, 2 mg/dl per la glicemia
- Impatto notevole su **disabilità**



[IL PROGETTO](#)[LO STAFF](#)[L'ALGORITMO](#)[MANUALE DI APPROFONDIMENTO DELL'ALGORITMO](#)[INDICE](#)[VIDEO PRESENTAZIONE](#)[SCARICA IL PDF - PRESENTAZIONE](#)

## GESTIONE DEL PAZIENTE IN SOVRAPPESO E OBESO IN MEDICINA GENERALE

### PRESENTAZIONE PROGETTO SAFE

In linea con la situazione mondiale, la prevalenza dell'obesità in Italia è aumentata significativamente nelle ultime decadi raggiungendo valori allarmanti, fino ad essere considerata un importante problema di salute pubblica, con implicazioni negative sia sulle condizioni di salute del singolo e della collettività, che sull'impegno di risorse del SSN.

Poiché le evidenze scientifiche indicano che anche moderate perdite di peso producono importanti ricadute positive sulle condizioni di salute del paziente, è altamente auspicabile una maggiore presa in carico del problema (in prevenzione e gestione del sovrappeso e obesità) da parte dei Medici di Medicina Generale.

Semplici atti, inseriti nelle usuali modalità di lavoro del MMG e la scelta di interventi più adeguati al singolo, sono più che sufficienti ad affrontare e gestire con il paziente il problema del sovrappeso ed obesità.

L'approccio al paziente in sovrappeso od obeso richiede, per ottenere migliori risultati e mantenerli nel tempo, fondamentalmente la modifica dei propri stili di vita.

Per ottenere ciò è necessario l'utilizzo combinato di più strumenti che il Medico dovrà imparare a gestire ed a proporre al paziente, che si basano principalmente su diversi approcci, preferibilmente integrati: uno dietetico, uno basato sull'esercizio fisico, uno farmacologico, uno cognitivo-comportamentale.

La Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita di Fimmg-Metis, forte dell'esperienza del settore Fimmg-Alimentazione, volendo dotare i MMG di strumenti utili ad affrontare questa sfida, ha preventivamente realizzato una fotografia della situazione attuale sul tema del sovrappeso e dell'obesità ed il MMG tramite un Questionario; ha quindi disegnato, con la collaborazione di Abbott, e la messa in campo di un team scientifico costituito da MMG e Specialisti della materia, il progetto S.A.F.E. (Stile di vita – Alimentazione – Farmaco – Esercizio Fisico) per la prevenzione e la gestione integrata del sovrappeso e dell'obesità attraverso un percorso decisionale di presa in carico adeguato al contesto della medicina generale.

Il **progetto S.A.F.E. propone 7 step** fondamentali da percorrere nel setting della Medicina Generale:



Centro nazionale per la prevenzione  
e il controllo delle malattie

Network per la prevenzione e la sanità pubblica



Ministero della Salute

[Contattaci](#)

[Disclaimer](#)

[Newsletter](#)

[Privacy policy](#)

[Redazione](#)

[Mappa del sito](#)

Cerca

➤ [Che cos'è il Ccm](#)

➤ [I progetti del Ccm](#)

➤ [Piano nazionale della  
prevenzione](#)

➤ [Guadagnare salute](#)

➤ [Risposta alle emergenze](#)

➤ [Commenti](#)

➤ [Formazione](#)

➤ [I convegni del Ccm](#)

➤ [Le pubblicazioni del Ccm](#)

➤ [Archivio in bella vista](#)

➤ [Archivio aggiornamenti](#)

➤ [Archivio newsletter](#)

➤ [Home page](#)

## Il sito di Ebp e obesità

L'obesità e il sovrappeso sono legati ad abitudini alimentari scorrette e alla scarsa attività fisica; la correzione di questi due fattori è un'importante arma di prevenzione.

Il progetto "Programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità: il contributo dei Sian" intende valorizzare e ampliare le competenze e le capacità dei Sian per la prevenzione di obesità e sovrappeso soprattutto nei bambini. Nasce con questo scopo il nuovo spazio web di [Ebp e obesità](#).

In Italia, infatti, il ruolo chiave in questo ambito della prevenzione è ricoperto dai Sian delle Aziende sanitarie locali, che sono diffusi in tutto il territorio nazionale e comprendono potenzialmente le necessarie competenze per affrontare il tema.

Più del 30% della popolazione italiana sopra i 18 anni è in sovrappeso e quasi il 10% è obeso (Istat, 2005). Il fenomeno interessa anche la popolazione dei bambini: si stima che il 24% dei bambini italiani di 8-9 anni sia in sovrappeso e il 12% obeso.

Coordinato dall'Osservatorio di epidemiologia dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana (Ars), in collaborazione con le Regioni Emilia Romagna, Puglia e Veneto, il progetto prevede la creazione di una rete integrata dei Sian come luogo dedicato a favorire il confronto tra le pratiche, la discussione e la valorizzazione delle esperienze più efficaci.

Vai al [sito di Ebp e obesità](#).

➤ **Language**

 | [English](#)

➤ **Ricerca progetti**

[Vai alla pagina di ricerca](#)

➤ **I programmi Ccm**

Consulta tutte le informazioni e i materiali relativi ai programmi Ccm degli anni:

- [2010](#)
- [2009](#)

➤ **Chi è on line**

Ci sono attualmente *0 utenti* e *2 visitatori* collegati.

Ultimo aggiornamento: 28 marzo 2009

➤ **Influenza  
A/H1N1v**

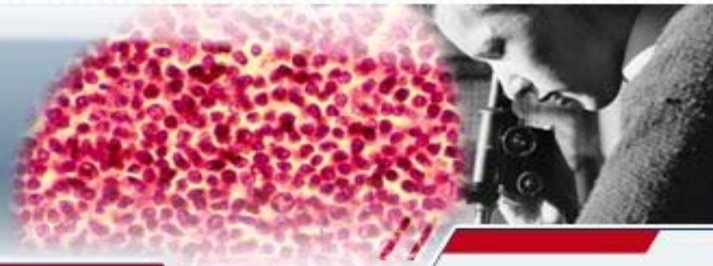
Leggi gli [aggiornamenti](#)

# ADI



Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - ONLUS

membro della Federazione delle Società Italiane di Nutrizione (FeSIN)



[Homepage](#)

Se non visualizzi il menu scarica il [plugin flash](#)

cerca:

❖ [Cos'e' l'Adi](#)

❖ [Adi per il sociale](#)

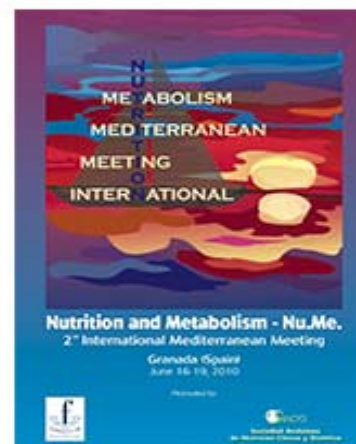
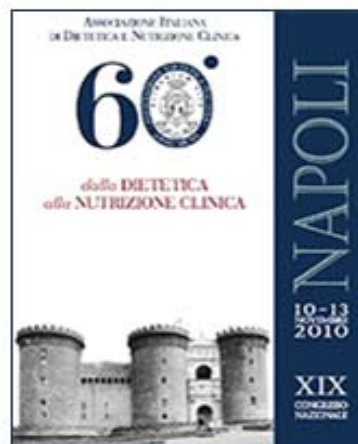
❖ [Corsi e congressi](#)

❖ [Le riviste Adi](#)

❖ [Dalla letteratura](#)

❖ [Ricerca ADI](#)

## Homepage



mercato.

- ❖ [Nutrition and Metabolism: 2nd International Mediterranean Meeting](#) - Si svolgerà a Granada (Spain) dal 16 al 19 giugno 2010...
- ❖ [Risposta Regione Lazio](#): - erogazione dei prodotti apteici
- ❖ [Regione Lazio: sospesa l'erogazione dei prodotti apteici.](#) - L'ADI prende posizione verso il Decreto del Commissario straordinario n 76 "Sospensione erogazione dei prodotti apteici ai pazienti con insufficienza renale cronica a carico del SSN".

login:

password:

[password persa?](#)

[registrati](#)

**Yakult**



CENTRO DI STUDIO E RICERCA SULL'OBESITÀ  
 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO  
 DIPARTIMENTO DI SCIENZE PRECLINICHE  
 LITA VIALBA, OSPEDALE L. SACCO, MILANO



OBESITÀ, SINDROME PLURIMETABOLICA  
 E RISCHIO CARDIOVASCOLARE:  
 CONSENSUS SULL'INQUADRAMENTO  
 DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO



RACCOMANDAZIONI  
 PER LA PREVENZIONE,  
 LA DIAGNOSI E LA TERAPIA  
 DELL'ECCESSO DI PESO  
 E DELLE PATOLOGIE  
 AD ESSO ASSOCIATE

Con il patrocinio di

  
 Ministero della Salute





**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Dipartimento di Fisiopatologia Medica**



## **OBESITÀ E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE**

**INDICAZIONI PER I DIVERSI LIVELLI DI TRATTAMENTO** 1, 2, 3, 4, 5

**( H24 e riabilitazione intensiva metabolica-nutrizionale-psicologica  
residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale)**

<http://w3.uniroma1.it/scialim/index.php?pag=345>



<sup>1</sup> Documento di *consensus* a partire da una proposta preliminare tracciata da LM Donini, M Cuzzolaro e G Spera con contributi di: MR Bollea, O Bosello, A Brunani, L Busetto, C Cannella, G Cairella, P Capodaglio, MG Carbonelli, E Castellaneta, R Castra, M Cuzzolaro, L Dalla Ragione, R Dalle Grave, F D'Andrea, V del Balzo, P De Cristofaro, E Di Flaviano, LM Donini, S. Fassino, E Franzoni, MG Gentile, A Giustini, F Jacoangeli, A Lenzi, C Lubrano, L Lucchin, F Manara, G Marangi, M Marcelli, G Marri, W Marrocco, N Melchionda, B Mezzani, F Muratori, R Ostuzzi, G Panzolato, F Pasanisi, P Persichetti, ML Petroni, V Pontieri, G Rovera, F Santini, V Saraceni, C Savina, N Scuderi, G Spera, F Strollo, P Todisco, C Tubili, G Ugolini e M Zamboni

<sup>4</sup> Il documento è stato portato all'attenzione di ADI-Lazio (Ass Dietetica Italiana, sez Laziale), AIDAP (Ass Italiana Disturbi Alimentazione e Peso), AIPO (Ass It Pneumologi Ospedalieri), ANSISA (Ass Naz Specialisti in Scienza dell'Alimentazione); FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale); SIANET (Rete Nazionale SIAN - Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione); SICOB (Soc It di Chirurgia dell'Obesità), SICPRE (Soc It Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica), SIMFER (Soc It di Medicina Fisica e Riabilitativa), SINU (Soc Italiana Nutrizione Umana). Anche queste Società Scientifiche, che operano nel campo dell'obesità e dei disturbi alimentari, hanno dato il loro contributo ed hanno sottoscritto il documento.

<sup>5</sup> Il documento è stato condiviso anche dal Comitato Italiano per i Diritti delle persone affette da Obesità e Disturbi Alimentari (CIDO) e dall'Associazione Italiana Pazienti Obesi (AIPO).



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA



## GESTIONE INTEGRATA della PRESA in CARICO del SOGGETTO OBESO ADULTO

il trattamento dell'obesità deve avvenire in maniera **multidisciplinare**  
**integrata** sia in fase di diagnosi che di trattamento attraverso:

**valutazione multidisciplinare** in grado di definire lo stato di nutrizione, lo status psicologico, lo stato funzionale oltre all'eventuale presenza di complicanze sul piano metabolico, cardiovascolare, respiratorio, osteoarticolare, ...

**trattamento** dell'obesità e delle sue complicanze organiche e funzionali, la modifica dello stile di vita al fine di mantenere nel tempo i risultati ottenuti, la rimozione/gestione delle cause (psicologico-psichiatriche, clinico-funzionali, sociali) per evitare ricadute importanti.

sarà essenziale, a tal fine un **approccio multidimensionale** che, in funzione del livello di gravità clinico-psico-funzionale della malattia, contempli un intervento nutrizionale, una rieducazione funzionale, una terapia psico-educazionale e motivazionale. In casi selezionati e per indicazioni specifiche sarà possibile far ricorso a farmaci e/o alla chirurgia (bariatrica e/o plastica-ricostruttiva)

- devono essere realizzate, su base Regionale, reti assistenziali in grado di affrontare in maniera adeguata le problematiche clinico-assistenziali del soggetto affetto da obesità
  - è importante sottolineare la necessità di trattare il paziente nel setting di cura ottimale dal punto di vista della qualità di vita del paziente, della disponibilità dei mezzi più adatti al livello di gravità della patologia, dell'utilizzo ottimale delle risorse a disposizione
  - ogni rete assistenziale deve essere articolata sia longitudinalmente che trasversalmente



# Rete assistenziale specialistica

- ***team approach***: approccio multidimensionale, interdisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolga medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti e infermieri
- ***setting multipli***: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva - semiresidenziale e residenziale - indirizzata a:
  - stati gravi di malnutrizione per eccesso o per difetto
  - fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche
  - avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, su alimentazione e attività fisica)



# Rete Assistenziale

- **primo livello:** *medicina generale e SIAN;*
- **secondo livello:** *ambulatorio specialistico in rete interdisciplinare* (aree internistico-metabolico-nutrizionale e psicologico-psichiatrica);
- **terzo livello:** *day hospital* (diagnostico/terapeutico-riabilitativo), *day service*, *centro diurno* (terapeutico-riabilitativo o solo diagnostico);
- **quarto livello:** *riabilitazione intensiva residenziale* (cod. 56 o ex art. 26) o *riabilitazione psichiatrica* (incluse le comunità terapeutico-riabilitative);
- **quinto livello:** *ricoveri H24.*



# Riabilitazione intensiva metabolico nutrizionale psicologica

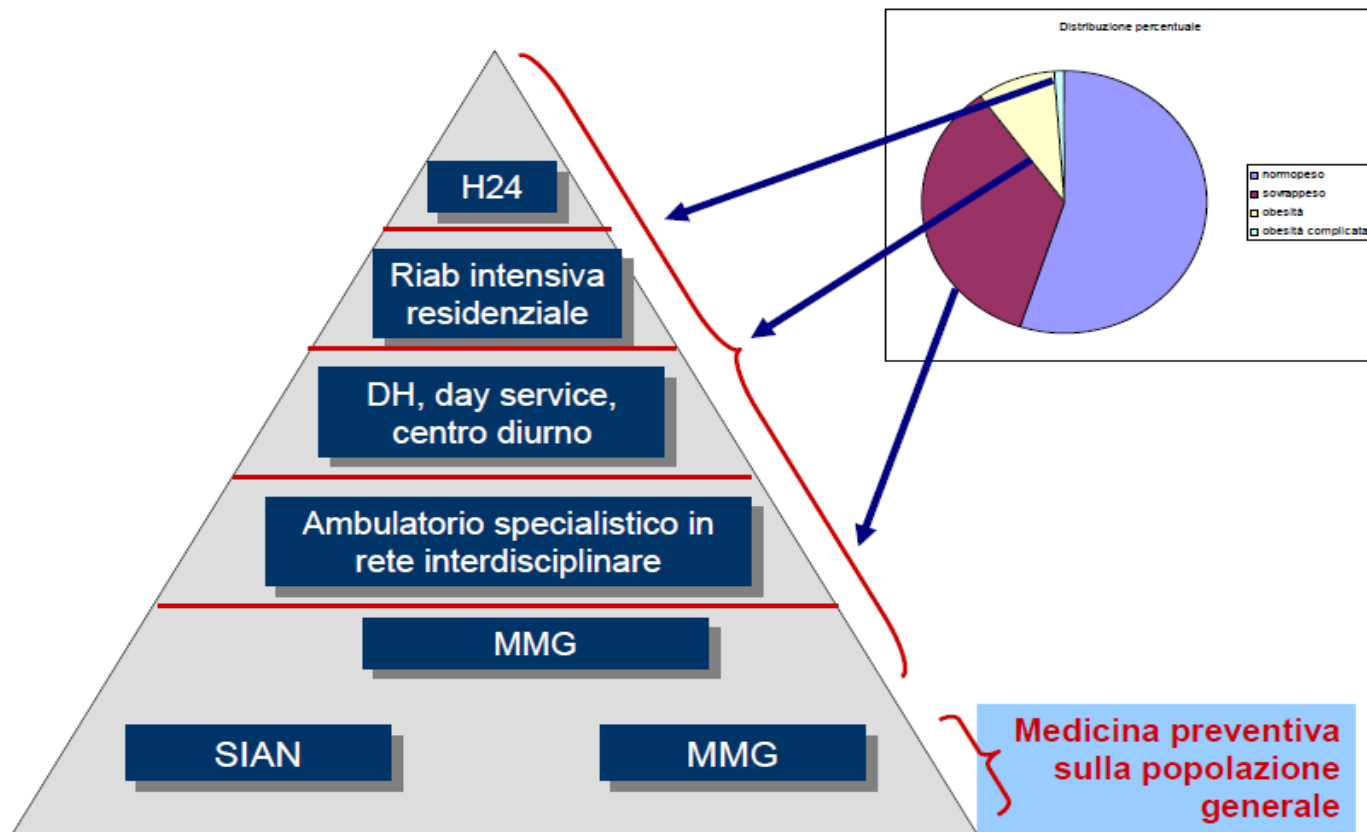
La riabilitazione intensiva (residenziale o in centro diurno) rappresenta un nodo cruciale nella rete assistenziale quando:

- il livello di **gravità** e **comorbidità** medica e/o psichiatrica dell'obesità è elevato
- l'impatto sulla **disabilità** e sulla **qualità di vita** del paziente è pesante
- gli interventi da mettere in atto diventano numerosi ed è opportuno - per ragioni sia cliniche che economiche - concentrarli in tempi relativamente brevi secondo un progetto coordinato (**case management**) (Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione - GU 30 maggio 1998, n° 124)
- precedenti percorsi a minore intensità (ambulatorio, DH, ..) non hanno dato i risultati sperati ed il rischio per lo stato di salute del paziente tende ad aumentare



- L'accesso al percorso di **riabilitazione intensiva residenziale o semiresidenziale** deve poter avvenire anche in assenza di un episodio acuto in base agli indici di disabilità e di appropriatezza clinica di un ricovero riabilitativo (in tale ottica andrebbero rivisti i PAC diagnostici predisposti per queste patologie in diverse Regioni).
- Si sottolinea, inoltre, il fatto che la riabilitazione intensiva abbia, fra gli altri, l'obiettivo di prevenire episodi acuti (**prevenzione secondaria**) con vantaggi evidenti per la salute e la qualità di vita del soggetto e per i costi sanitari diretti e indiretti. Dalla letteratura si evince infatti che gli interventi multidisciplinari possono modificare la storia naturale dell'obesità, riducendo l'incidenza di complicanze o procrastinandone la comparsa, con vantaggi importanti anche in termini economici.





- Una **rete assistenziale** costituita da SIAN, MMG e Strutture Specialistiche è in grado di rispondere in modo adeguato alle diverse esigenze assistenziali di una popolazione che presenta una prevalenza di sovrappeso pari al 35% circa, in cui il 10% è obeso e di questi un 10% (550-600.000 soggetti) presenta un'obesità complicata sul piano cardiovascolare, dismetabolico, osteoarticolare, funzionale.

SIAN

- screening/selezione dei soggetti obesi
- valutazione del rischio
- orientamento al cambiamento.

MMG

- calcolare IMC e misurare circonferenza vita
- raccogliere anamnesi ponderale, alimentare, attività fisica
- evidenziare eventuali patologie croniche associate
- valutare indicazione alla perdita di peso e motivazione al trattamento
- scegliere la strategia terapeutica più appropriata e l'eventualità di un invio in Riabilitazione Metabolica Nutrizionale Psicologica

SDNC

- intervento nutrizionale
- rieducazione funzionale e ricondizionamento fisico
- percorso psico-educazionale
- nursing riabilitativo

Riabilitazione  
Metabolica  
Nutrizionale  
Psicologica



- è necessario realizzare iniziative comuni di **formazione** dei professionisti afferenti a SIANET, FIMMG, SIO/SISDCA, ADI-SDNC tale da rendere noti ed efficaci i percorsi di valutazione e trattamento dei pazienti obesi.
- le iniziative in tema di trattamento dell'obesità devono essere coordinate da **Centri di Riferimento Regionali**



# Integrazione competenze

