

Approccio Multidisciplinare al trattamento dell'Obesità

LM Donini, C Savina*, E Castellaneta*

Dipartimento di Fisiopatologia Medica - Università di Roma La Sapienza

* Istituto Clinico Riabilitativo "Villa delle Querce" – Nemi (RM)

Recapiti:

Prof. Lorenzo M. Donini

"Sapienza" Università degli Studi di Roma

Dipartimento di Fisiopatologia Medica – sezione di Scienza dell'Alimentazione

Ple Aldo Moro, 5 – 00185 - Roma

Tel: 06.4991.0996; Fax: 06.4991.0699; e-mail: Lorenzomaria.Donini @ uniroma1.it

Nel Piano Sanitario Nazionale 2003-5 predisposto dal Ministero della Salute Italiano è stato segnalato un drammatico aumento della prevalenza dell'obesità spesso in relazione a cattivi stili di vita. Secondo stime recenti in Italia il numero degli obesi supera 5 milioni ed è raddoppiato rispetto al 1994.

La patogenesi dell'obesità è multifattoriale. È legata all'interazione circolare - nel corso della vita - di abitudini alimentari scorrette (fino a veri disturbi del comportamento alimentare), ridotto consumo energetico, alterazioni metaboliche, patologie cardiovascolari e osteoarticolari, disturbi dell'umore e di personalità, fattori ambientali (familiari, lavorativi, micro- e macro-sociali). Solo nel 5% dei casi è secondaria a patologie del sistema endocrino.

L'obesità rappresenta un notevole problema per lo stato di salute della popolazione (morbilità per diabete mellito di tipo 2, cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, patologie osteoarticolari, respiratorie e neoplastiche con riduzione dell'aspettativa di vita) e ha ripercussioni gravi sulla qualità di vita legate, in particolare, alle disabilità (1).

L'obesità è anche responsabile di un grave impatto negativo sui livelli di autonomia, benessere psicologico e qualità di vita, in tutte le età (2-8). Molte delle condizioni disabilitanti rilevate dal programma Health Survey for England (2000-1) erano significativamente correlate con l'obesità (9, 10). Un vasto studio americano del 2004 (11) ha trovato che il rischio di disabilità in soggetti obesi (classe III) con artropatie auto-riferite era pari a 2,75 rispetto a soggetti normopeso. Peeters et al. (12) hanno dimostrato che l'obesità in età adulta (fra i 30 e i 49 anni) è associata a un aumento importante del rischio successivo (a partire dai 50 anni) di disabilità intese sia come semplici diminuzioni della mobilità che come limitazioni nelle attività della vita quotidiana. Inoltre, le persone obese vanno incontro a una riduzione significativa del numero di anni esenti da disabilità (perdita di 5,7 anni per gli uomini e 5,02 anni per le donne).

Tenuto conto di tutto ciò, l'approccio al soggetto obeso dovrebbe avvenire secondo le procedure ed i tempi della medicina riabilitativa (13). Le linee-guida recenti concordano tutte su due principi generali (14-22):

- *team approach*: approccio multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolge medici (internisti, nutrizionisti, psichiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti e infermieri
- *setting multipli*: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva - semiresidenziale e residenziale - indirizzata alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbilità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, su alimentazione e attività fisica).

La complessità della malattia deve pertanto riflettersi in un approccio altrettanto complesso, di tipo multidisciplinare ed integrato, sia in fase di valutazione (*assessment*) che di trattamento (*management*). Tale approccio può infatti consentire il mantenimento nel tempo dei risultati, la riduzione dell'incidenza di complicanze e la diagnosi precoce di queste, qualora fossero già presenti.

Nella fase diagnostica è necessario effettuare una valutazione dello stato di nutrizione, del rischio cardiovascolare e respiratorio, dell'assetto endocrinologico, dello status psichico, delle problematiche osteoarticolari, dello status di fitness e del livello di disabilità.

Il trattamento sarà finalizzato alla riduzione della massa grassa e dei fattori di rischio cardiovascolare e dismetabolico ad essa correlati, al recupero dalle disabilità presenti. Per far sì che i risultati ottenuti siano mantenuti nel tempo, è indispensabile, d'altro canto, ottenere un cambiamento dell'atteggiamento del paziente nei confronti dell'alimentazione e dell'attività fisica, i due principali (e modificabili) fattori che determinano il bilancio energetico. È quindi necessario intervenire anche sulle problematiche psicologiche fornendo altresì le informazioni necessarie a far sì che il paziente abbia coscienza del valore e delle conseguenze dei suoi comportamenti e sappia difendersi da messaggi falsi e fuorvianti. I dati della letteratura dimostrano infatti che i migliori risultati si ottengono nei soggetti informati, in grado di gestire meglio le oscillazioni del tono dell'umore, le fluttuazioni dei livelli di ansia o di stress, associando, per un periodo sufficientemente lungo, un intervento dietetico a un aumento dell'attività fisica (23-27).

L'approccio terapeutico-riabilitativo sarà quindi caratterizzato dall'integrazione, in un approccio multidisciplinare, di un intervento nutrizionale, di un programma di riabilitazione motoria e ricondizionamento fisico, di un percorso educativo (educazione terapeutica), di una terapia psicologica (cognitivo-comportamentale, interpersonale etc.). In casi selezionati potranno essere associati interventi farmacologici e/o di chirurgia bariatrica (25, 26, 28-33).

Tenuto conto delle caratteristiche di cronicità della malattia, il *follow-up* del paziente (controlli periodici dello stato di nutrizione, delle eventuali complicanze mediche e dello status psicologico, autocontrollo di peso, comportamento alimentare, livello di attività fisica; monitoraggio di pressione arteriosa e/o della glicemia se necessario) è quanto mai importante e deve essere ispirato ai principi generali dell'educazione terapeutica collaborazione informata e attiva del soggetto malato che passa dalla posizione di paziente a quella di partner nel programma terapeutico. In tale fase si chiederà soprattutto di:

Il progetto terapeutico-riabilitativo del soggetto obeso deve articolarsi su strutture di:

- primo livello: *ambulatorio specialistico* (diestetica e nutrizione clinica con consulenza internistica e psicologico-psichiatrica)
- secondo livello: *day hospital (DH) riabilitativo* o *day service*
- terzo livello: *riabilitazione intensiva residenziale*

È essenziale mantenere una stretta collaborazione con il medico di medicina generale o con il pediatra di libera scelta e con altre strutture, per acuti o riabilitative, in cui siano presenti unità operative di endocrinologia, cardiologia, broncopneumologia, chirurgia bariatrica etc. La cura della continuità terapeutica e la qualità della trasmissione delle informazioni cliniche fra i diversi livelli d'intervento e tra le varie figure professionali in campo sono requisiti indispensabili per una gestione efficace ed economica dei problemi clinici nel corso del tempo.

La rete assistenziale dovrebbe essere articolata:

- longitudinalmente: lo stesso paziente può aver bisogno, nel corso degli anni, di diverse modalità assistenziali in relazione all'andamento della malattia e alla riacutizzazione di eventuali complicanze
- trasversalmente: perché pazienti obesi diversi, in relazione al grado di comorbilità-fragilità-disabilità, possano giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale.

Quando il livello di gravità e comorbilità dell'obesità è elevato, quando lo status psichico è fragile, quando 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*).

In tali situazioni la riabilitazione intensiva (residenziale o in DH) rappresenta un nodo cruciale nella rete assistenziale perché svolge un ruolo:

- nel trattamento delle disabilità e delle comorbilità obesità-correlate attraverso la concentrazione di più interventi. Rientrano in questo capitolo di cura il trattamento dei disturbi psicopatologici concomitanti, quello dei disturbi dell'alimentazione associati a molti casi di obesità grave (in particolare, *binge eating disorder* e *night eating syndrome*), la prevenzione e la cura dell'obesità e del diabete collegati all'uso di psicofarmaci
- nella prevenzione secondaria delle complicanze dell'obesità
- nell'avvio o nel rilancio di un trattamento ambulatoriale, sempre di tipo riabilitativo-multidisciplinare-integrato
- nella preparazione di soggetti candidati alla chirurgia bariatrica e nella loro eventuale riabilitazione post-operatoria.

La proposta SIO-Lazio per il trattamento riabilitativo dell'obesità (<http://lazio.sio-obesita.org/documenti/lazio1.pdf>) prevede alcuni punti essenziali:

- creazione di una *rete* per il trattamento dell'obesità, che poggia su un Centro di Coordinamento Regionale (per la definizione degli *standard qualitativi* - di struttura e di processo - ai quali le strutture destinate ad assistere i soggetti affetti da obesità devono rispondere (tab1-3) e su diverse strutture collegate tra loro in modo efficace;
- adozione del modello *riabilitativo* per il trattamento dell'obesità tenuto conto delle caratteristiche della malattia (cronicità, comorbilità e necessità di un approccio integrato multidisciplinare):
- opportunità di approccio di tipo *intensivo* laddove il livello di gravità e comorbilità dell'obesità sia elevato, quando lo status psichico sia fragile, quando l'impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente sia pesante;
- ruolo delle Società Scientifiche:
 - definire *criteri preliminari di appropriatezza*, fondati su prove scientifiche e plausibili sul piano politico-sanitario, per regolare il ricorso alle diverse strutture
 - colmare la mancanza di strumenti di misura delle *disabilità obesità-correlate*, necessari per definire e applicare i *criteri di appropriatezza* e, quindi, di scelta fra i diversi setting e le varie modalità assistenziali
 - sottoporre a verifica periodica criteri e misure attraverso valutazioni di efficacia dei trattamenti a breve-medio termine e studi di esito a lungo termine

Riferimenti bibliografici

1. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *Jama* 2003;289(2):187-93.
2. Corica F, Corsonello A, Apolone G, Mannucci E, Lucchetti M, Bonfiglio C, et al. Metabolic syndrome, psychological status and quality of life in obesity: the QUOVADIS Study. *Int J Obes (Lond)* 2007.
3. Banegas JR, Lopez-Garcia E, Graciani A, Guallar-Castillon P, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J, et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(3):456-62.
4. Kim JY, Oh DJ, Yoon TY, Choi JM, Choe BK. The impacts of obesity on psychological well-being: a cross-sectional study about depressive mood and quality of life. *J Prev Med Pub Health* 2007;40(2):191-5.
5. Gunstad J, Luyster F, Hughes J, Waechter D, Rosneck J, Josephson R. The effects of obesity on functional work capacity and quality of life in phase II cardiac rehabilitation. *Prev Cardiol* 2007;10(2):64-7.
6. Kostka T, Bogus K. Independent contribution of overweight/obesity and physical inactivity to lower health-related quality of life in community-dwelling older subjects. *Z Gerontol Geriatr* 2007;40(1):43-51.
7. Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health-related quality of life of overweight and obese children. *Jama* 2005;293(1):70-6.

8. Doyle AC, le Grange D, Goldschmidt A, Wilfley DE. Psychosocial and physical impairment in overweight adolescents at high risk for eating disorders. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15(1):145-54.
9. Eells LJ, Lang R, Shield JP, Wilkinson JR, Lidstone JS, Coulton S, et al. Obesity and disability - a short review. *Obes Rev* 2006;7(4):341-5.
10. Lidstone JS, Eells LJ, Finn P, Whittaker VJ, Wilkinson JR, Summerbell CD. Independent associations between weight status and disability in adults: results from the Health Survey for England. *Public Health* 2006;120(5):412-7.
11. Okoro CA, Hootman JM, Strine TW, Balluz LS, Mokdad AH. Disability, arthritis, and body weight among adults 45 years and older. *Obes Res* 2004;12(5):854-61.
12. Peeters A, Bonneux L, Nusselder WJ, De Laet C, Barendregt JJ. Adult obesity and the burden of disability throughout life. *Obes Res* 2004;12(7):1145-51.
13. Thompson E. What to look for when referring to an obesity management program. *Lippincott's case management* 2006:271-275.
14. National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. *Obesity Research* 1998;6 Suppl 2:51S-209S.
15. Wadden T, Stunkard A, editors. *Handbook of obesity treatment*. New York: Guilford; 2002.
16. Fairburn C, Brownell K, editors. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Second Edition ed. New York: Guilford; 2002.
17. Wilson GT, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet* 2005;365(9453):79-81.
18. National Institute for Clinical Excellence. *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. Clinical Guideline 9. <http://www.nice.org.uk/CG009NICEguideline> 2004 January.
19. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Third Edition)*. *American Journal of Psychiatry* 2006;163 (July Supplement):1-54.
20. Birmingham CL, Jones P, Hoffer LJ. The management of adult obesity. *Eat Weight Disord* 2003;8(2):157-63.
21. Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. *Cmaj* 2007;176(8):S1-13.
22. Basdevant A, Guy-Grand B, editors. *Médecine de l'obésité*. Paris: Flammarion; 2004.
23. Dubnov G, Brzezinski A, Berry EM. Weight control and the management of obesity after menopause: the role of physical activity. *Maturitas* 2003;44(2):89-101.
24. National Heart Lung and Blood Institute, (NHLBI), North American Association for the Study of Obesity, (NAASO). *Practical Guide to the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults*. Bethesda: National Institutes of Health; 2000.
25. Avenell A, Sattar N, Lean M. ABC of obesity. Management: Part I--behaviour change, diet, and activity. *Bmj* 2006;333(7571):740-3.
26. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006;5:102-14.
27. Sarsan A, Ardic F, Ozgen M, Topuz O, Sermez Y. The effects of aerobic and resistance exercises in obese women. *Clin Rehabil* 2006;20(9):773-82.
28. Han TS, Sattar N, Lean M. ABC of obesity. Assessment of obesity and its clinical implications. *Bmj* 2006;333(7570):695-8.
29. Haslam D, Sattar N, Lean M. ABC of obesity. Obesity--time to wake up. *Bmj* 2006;333(7569):640-2.
30. Lawlor DA, Lean M, Sattar N. ABC of obesity: obesity and vascular disease. *Bmj* 2006;333(7577):1060-3.
31. Lean M, Gruer L, Alberti G, Sattar N. ABC of obesity. Obesity--can we turn the tide? *Bmj* 2006;333(7581):1261-4.
32. McMillan DC, Sattar N, McArdle CS. ABC of obesity. Obesity and cancer. *Bmj* 2006;333(7578):1109-11.
33. Ramsay JE, Greer I, Sattar N. ABC of obesity. Obesity and reproduction. *Bmj* 2006;333(7579):1159-62.

Tabella 1: Criteri di qualità per le strutture che si dedicano al trattamento riabilitativo dell'obesità – *standard qualitativi di struttura*

- operatori qualificati in grado di realizzare un approccio multidisciplinare integrato: medici (internisti-nutrizionisti-fisiatri-psichiatri), psicologi, fisioterapisti, dietisti e biologi specialisti in scienza dell'alimentazione, infermieri
- strumenti e spazi operativi e richiesti dal percorso riabilitativo:
 - o attrezzature per la valutazione dello stato di nutrizione
 - composizione corporea (p.e. plicometri e calibri, BIA, DEXA)
 - bilancio energetico (p.e. calorimetria indiretta)
 - funzioni biologiche (p.e. assetto lipidemico, compenso glicemico, assetto protidemico)
 - o palestre per la riabilitazione osteo-muscolo-articolare e il ricondizionamento fisico dotate di attrezzature per l'attività riabilitativa e per il monitoraggio delle funzioni cardio-respiratorie (p.e. cyclette, tapis-roulant, cardiofrequenzimetri, pulsossimetri)
- collegamenti efficaci con UO di endocrinologia, cardiologia, broncopneumologia, chirurgia bariatrica, psichiatria e psicologia clinica

Tabella 2: Criteri di qualità per le strutture che si dedicano al trattamento riabilitativo dell'obesità – *standard qualitativi di processo nella fase diagnostica*

- stato nutrizionale, secondo uno schema che prevede la valutazione di
 - o bilancio energetico: comportamento alimentare vs. livello di attività fisica
 - o composizione corporea: quota e distribuzione della massa grassa e della massa magra
 - o parametri biologici correlati all'aumento della massa grassa (assetto lipidemico e compenso glicemico, in particolare) e all'eventuale diminuzione della massa magra (assetto protidemico)
- rischio cardiovascolare e respiratorio
 - o esami clinici, elettrocardiografici ed ecocardiografici, spirometria etc.
 - o Epworth Sleepiness Scale (ESS)
- assetto endocrinologico
 - o parametri ematochimici
 - o diagnostica per immagini (indagini ecografiche e con altre tecniche di *imaging* biomedico)
- status psichico mediante interviste cliniche e strumenti psicometrici diretti alla valutazione di:
 - o disturbi dell'alimentazione [p.e. Eating Disorder Examination (EDE-12.0D), Binge Eating Scale (BES)]
 - o disponibilità al regime dietetico [p.e. Dieting Readiness Test (DRT)]
 - o ansia [p.e. State Trait Anxiety Inventory (STAI X1, STAI X2)]
 - o depressione [p.e. Beck Depression Inventory (BDI)]
 - o disturbi dell'immagine del corpo [p.e. Body Uneasiness Test (BUT)]
 - o declino cognitivo [p.e. Mini-Mental State Examination (MMSE)]
 - o profili e disturbi di personalità [p.e. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCM-III); Cloninger Temperament and Character Inventory(TCI)]
 - o indici plurimi di psicopatologia [p.e. Derogatis Symptom Check List (SCL90R)]
 - o qualità di vita [p.e. Obesity Related Well-Being (ORWELL 97), Psychological General Well Being Index (PGWBI) e SF-36 Health Survey]
- status di fitness e problematiche osteo-articolari con valutazione di:
 - o resistenza (*6-minute-walk-test*).
 - o percezione dello sforzo. La scala di di Borg è uno strumento largamente utilizzato
 - o forza. La dinamometria (hand-grip dynamometry) consente di valutare l'esistenza di sarcopenia e gli effetti della perdita di peso
 - o flessibilità e mobilità articolare: test di flessione del tronco e dell'anca, mobilità articolare del cingolo scapolo-omerale (flessione, estensione, abduzione)

Tabella 3: Criteri di qualità per le strutture che si dedicano al trattamento riabilitativo dell'obesità – standard qualitativi di processo nella fase di trattamento

- intervento nutrizionale
 - o regimi dietetici che rispettino i canoni della Dieta Mediterranea (www.piramideitaliana.it) e siano in grado di assicurare un apporto calorico pari al metabolismo basale \pm 10%
 - o l'apporto proteico sarà pari a 0,8-1g/kg di peso corporeo ideale
 - o i carboidrati, prevalentemente di tipo complesso, forniranno il 65-70% dell'apporto calorico non proteico
 - o la restante quota energetica sarà coperta dai grassi, di cui meno del 30% di tipo saturo
 - o nei pazienti ipertesi sarà ridotto l'apporto di sodio a meno di 3g/die
 - o laddove non siano presenti segni di malnutrizione per difetto e in ambito ospedaliero (riabilitazione intensiva di tipo residenziale) è possibile adottare schemi terapeutici con un più basso apporto di calorie (*low calorie diets*, LCD)
- programma di riabilitazione motoria e ricondizionamento fisico, finalizzato a:
 - o restituire la mobilità articolare
 - o migliorare la performance cardio-circolatoria e respiratoria
 - o aumentare la spesa energetica
 - o modificare il rapporto massa magra/massa grassa
 - o riattivare le strutture muscolari divenute ipotoniche ed ipotrofiche per l'inattività.
- interventi educazionali (educazione terapeutica), diretti a
 - o informare sui comportamenti corretti nell'ambito dell'alimentazione e dell'attività fisica
 - o promuovere una gestione utile dello stress e dell'ansia.
 - o allenare alla gestione e all'autocontrollo dell'attività fisica, dell'alimentazione, dei momenti di stress ed ansia, di semplici parametri clinici (glicemia, pressione arteriosa)
 - o aumentare il senso di responsabilità nella malattia e nella cura (*illness behaviour*)
 - o favorire la compliance terapeutica
- interventi psicologici, con applicazione di
 - o tecniche cognitivo-comportamentali di auto-monitoraggio, controllo degli stimoli, ristrutturazione cognitiva, gestione delle ricadute, assertive training, problem solving
 - o danza-movimento-terapia
 - o training autogeno o di rilassamento
 - o intervista motivazionale.