**7.e. Trattamento Multi-professionale Integrato. Il Posto delle Obesità**

**a. Introduzione**

La canzone “L’obeso” di Giorgio Gaber del 2001 recitava “L’obeso è ormai un destino senza scampo è la follia del nostro tempo, l’obeso è…il simbolo del mondo…”. L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato l’allarme, obesità e inattività fisica sono tra le principali cause di sviluppo di malattie non trasmissibili (Dinsa et al 2012, Ginter et al 2012). La piaga dell’obesità ha, infatti, ormai raggiunto proporzioni impensabili fino a qualche anno fa e le proiezioni statistiche per gli anni futuri forniscono previsioni catastrofiche nei Paesi più industrializzati, così come in alcuni di quelli emergenti (Ogden et al 2006, van Genugten et al 2010). E’ un problema assai complesso, sia dal punto di vista patogenetico che da quello terapeutico, in quanto condizione morbosa a genesi multifattoriale che richiede, per la gestione terapeutica, un approccio a 360° di tipo multi professionale (Elte et al 2009, Kmietowicz et al 2012). Più in particolare è proprio la complessità della patogenesi e dell’approccio terapeutico al paziente obeso che richiede un altrettanto complessopercorso terapeutico-riabilitativo, sia in fase di valutazione (*assessment*) che di trattamento (*management*) (Monkhouse et al 2009, Song 2012). A tale scopo, quindi, le linee guida recenti concordano sull’importanza di un *team approach*: approccio multidimensionale, multidisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolga personale medico e paramedico con competenze culturali e tecniche specifiche (Elte et al 2009, Kmietowicz et al 2012). L’équipe multidisciplinare rappresenta, secondo le linee guida, un requisito fondamentale per un approccio al paziente globale e soprattutto efficace . Da un punto di vista più strettamente organizzativo, è necessario redigere un protocollo dettagliato che descriva i criteri di selezione dei pazienti, le modalità di screening e la frequenza del follow up (Elte et al 2009). Quindi l’équipe si deve far carico anche della valutazione del tipo di intervento più idoneo per il singolo paziente, dell’individuazione dei casi per i quali si renda necessario un percorso particolare, della verifica dell’andamento dei *follow up* (Sjöström et al 2004). Ad esempio, nel caso di donne obese in gravidanza è necessario che l’équipe multidisciplinare comprenda anche una figura infermieristica esperta, un’ostetrica e altre figure professionali richieste dalla situazione specifica e consigliate per la riduzione delle complicanze materne e fetali legate a tale condizione (Phillips 2012, Leddy et al 2010). Successivamente, in base alla fenotipizzazione del paziente dovrà essere concordato il più opportuno percorso terapeutico multidisciplinare, che deve prevedere interventi mirati ad affrontare le problematiche clinico-nutrizionali, funzionali e psicologico psichiatriche presenti e a mettere i presupposti per un duraturo cambiamento dello stile di vita (abitudini alimentari ed attività fisica). Gli obiettivi del trattamento dovranno essere individuati dall’équipe di concerto con il paziente ed essere semplici e modificabili nelle varie fasi del percorso, in base ai risultati man mano raggiunti. Un tale sistema multidisciplinare ed integrato all’obesità, sia in fase diagnostica che terapeutica ha il vantaggio di contribuire alla riduzione dell’incidenza di complicanze e della loro gravità, al miglioramento della qualità di vita e soprattutto al mantenimento nel tempo dei risultati ottenuti.

**b. Stato dell’arte**

i. esperienze desunte dalla letteratura e dalle normative

Per i Disturbi del Comportamento Alimentare le Linee Guida raccomandano un trattamento terapeutico affidato a professionisti esperti, in ambiti diversi, che insieme ed in modo integrato possano affrontare le complessità di queste psicopatologie negli aspetti clinici, biologici, psicologici, comportamentali, affettivi e sociali .

Per l’obesità, dalle Linee Guida (Ligio 99) all’ultimo documento della SIO/ADI (Standard di Cura per l’obesità) la strategia per la perdita del peso corporeo e soprattutto della massa grassa dovrebbe basarsi sulla combinazione di dieta ipocalorica, ricondizionamento fisico, educazione terapeutica e terapia comportamentale (raccomandazione di grado A).

Inoltre, le evidenze scientifiche riportate nelle diverse sopracitate Linee Guida suggeriscono che lo stesso approccio aumenta la probabilità di conservare la perdita di peso.

Alcune tecniche come l’automonitoraggio, l’auto rinforzo, il controllo degli stimoli, la ristrutturazione cognitiva, il supporto sociale ed alcune strategie per il mantenimento del peso perduto dovrebbero essere incluse in ogni programma per il trattamento dell’obesità.

Per l’obesità le ricerche scientifiche affermano l’utilità di “progetti terapeutici” di lungo periodo, follow–up frequenti, terapie di gruppo per l’educazione terapeutica finalizzata all’educazione alimentare, al cambiamento dello stile di vita ed all’empowerment del paziente per la presa in cura di se.

La terapia di gruppo è sempre da privilegiare, per il contenimento dei costi e per una maggiore efficacia. Il “gruppo” consente infatti interazione e partecipazione, un processo educativo finalizzato a trasformare i motivi di crisi in potenti stimoli di rinnovamento, il contenimento del peso psicologico della malattia (il paziente non è “solo” nella sua malattia), di far tesoro delle esperienze degli altri (suggerimenti, condivisione di vissuti comuni), di trovare la forza necessaria a far emergere le proprie risorse per superare i momenti di crisi. Diventa di fatto un metodo di formazione che favorisce la maturità personale e sociale, attraverso la relazione interpersonale e l’acquisizione di adeguati modelli di comportamento, liberi, consapevoli e costanti.

La terapia integrata dovrebbe iniziare prima possibile per ridurre le complicanze cliniche o la cronicizzazione delle stesse e del disturbo alimentare.

Il trattamento ambulatoriale è ritenuto quello più indicato mentre il ricovero in ambiente ospedaliero, possibilmente in centri deputati alla cura dei DA, è da utilizzare in base alle condizioni cliniche del paziente. Di fatto il progetto terapeutico-riabilitativo del soggetto obeso deve articolarsi su servizi/strutture di:

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

È essenziale mantenere una stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, con i SIAN (Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione) e con altre strutture, per acuti o riabilitative, in cui siano presenti Unità Operative di Endocrinologia, Cardiologia, Broncopneumologia, Chirurgia Bariatrica, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, etc.

Il passaggio da un livello assistenziale all’altro deve essere regolato in funzione del livello di gravità e comorbosità medica e/o psichiatrica dell’Obesità, dell’l’impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente, del numero e dell’intensità degli interventi da mettere in atto, dell’efficacia di precedenti percorsi a minore intensità.

L’equipe interdisciplinare, secondo il modello biopsicosociale, dovrebbe essere composta dal medico con specifiche competenze nel campo dell’obesità, dallo psicologo, dal dietista, dall’esperto in attività motoria e dal case manager. L’eventuale presenza di altri professionisti (psichiatra, endocrinologo, internista, fisiatra ecc.) diventerebbe un arricchimento sia diagnostico, che terapeutico. Dopo la formazione di base, questi dovrebbero avere conseguito una formazione specifica, in materia di DA e di lavoro in team interdisciplinare.

Gli operatori che si occupano degli aspetti psichiatrici e della terapia psicologica devono conoscere il ruolo della nutrizione e della dimensione biologica così come chi si occupa della nutrizione, oltre alle complicanze cliniche, deve conoscere gli aspetti psicologici, cognitivi, comportamentali, il ruolo dello psichiatra, l’azione dei farmaci psicotropi.

Pur condividendo una formazione multidimensionale ogni professionista, nel trattamento, deve svolgere lo specifico ruolo di competenza e fare un lavoro “di squadra”. Il trattamento multi professionale non prevede una somma di terapie, ma un “Progetto Terapeutico” condiviso dal team, valutato costantemente ed adattato nel tempo in base alle condizioni cliniche e allo stato psicologico del paziente.

Nei progetti terapeutici per il trattamento dell’obesità uno spazio molto importante è quello dedicato all’attività fisica. Le numerose review scientifiche di questi ultimi anni lo confermano ampiamente. Vanno comunque verificate, prima di intraprendere un percorso di ricondizionamento fisico, le condizioni cliniche del paziente sia dal punto di vista cardiovascolare che respiratrio e muscolo-articolare. Il percorso stesso prevede poi la presenza di personale qualificato (fisioterapisti, laureati in scienze motorie) in gradoi di modulare nel tempo l’intensità del lavoro, di ottenere un recupero funzionale ottimale in assolua sicurezza.

ii. organizzazione interna di un’équipe multiprofessionale

I modelli multi professionali integrati devono essere intesi come sistemi di cura nei quali diverse competenze, tecniche ed esperienze possano essere combinate in modo efficiente ed efficace per operare una trasformazione reale nella vita del paziente.

L’interdisciplinarietà è qualcosa di molto diverso dalla multidisciplinarietà che si realizza con “l’invio” del paziente da uno specialista all’altro.

Non è un trattamento terapeutico affidato ad una somma di professionisti

che chiusi nello loro stanze realizzano sovrapposizioni di terapie.

Bisogna quindi parlare di lavoro di gruppo e a tal fine serve una preparazione che non è attualmente prevista nella formazione di base dei professionisti sanitari.

Per un efficace lavoro integrato gli esperti sanitari devono saper agire come in “gioco di squadra“ per un unico obiettivo: la cura del paziente che è al centro del trattamento.

Un ottimo lavoro interdisciplinare si realizza quando ogni professionista

è culturalmente disponibile a rinunciare al successo personale a vantaggio di

quello di una squadra.

Un team di professionisti che lavora in modo interdisciplinare ha bisogno di coordinazione delle diverse competenze , organizzazione , programmazione e definizione dei seguenti aspetti :

Obiettivi: negoziati e condivisi tra specialisti e tra specialisti e pazienti

Informazioni: le informazioni devono essere raccolte e condivise dal gruppo. Una cartella comune e riunioni d’équipe sono indispensabili per la terapia, per la valutazione

dei singoli esperti, per la ricerca.

Ruoli e responsabilità: (chi fa cosa e come) i ruoli devono essere condivisi ma distinti

Tempi: un coordinamento effettivo richiede sincronia, rispetto dei tempi propri,

degli altri specialisti e di quelli del paziente

Strumenti diagnostico-terapeutici in grado di consentire un corretto assessment clinico-funzionale e psicologico del paziente e di mettere in opera i trattamenti multidimensionali prescritti

Spazi: un reale coordinamento interdisciplinare ha bisogno di un luogo

fisico, un Centro unico, nei cui spazi i professionisti possano lavorare

con i pazienti (ambulatori, palestre, aule, .. adeguati alle singole procedure diganostico-terapeutiche) e come team (stanza per le riunioni di lavoro)

Un Centro, se facilmente individuabile dall’esterno, può diventare

un polo di una rete di relazioni soprattutto, ma non solo, con le altre strutture della Rete (MMG e PdLS, strutture per acuti, assistenti sociali, …). Può rappresentare una realtà unica che permette di abbattere i costi ed attirare risorse economiche.

Per un ottimo lavoro di gruppo serve una buona leadership. La figura del leader non deve essere confusa con “il capo” che decide e comanda, ma deve rappresentare la persona che conosce bene i ruoli dei componenti dell’équipe ed il lavoro interdisciplinare, deve essere in grado di trovare le risorse, di valorizzare le diverse competenze, di gestire le eventuali conflittualità e le problematiche legate ai destini individuali. Non ultimo, deve avere la capacità di tenere le “redini” del gruppo nel tempo, motivarlo, mantenerlo attivo e dinamico nella progettualità per realizzare progetti efficaci ed efficienti.

**c. Discussione**

Aspetti legati alle procedure di intervento

Dal punto di vista nutrizionale la prescrizione di una dieta di apporto calorico pari o superiore al metabolismo basale (quindi non particolarmente restrittiva) evita l’attivazione dei meccanismi di difesa, riduce il pensiero costante sul cibo e sul controllo e permette la creazione di spazi mentali utili per il lavoro psicologico motivazionale verso la convenienza del cambiamento.

La dieta che salvaguarda l’integrità nutrizionale oltre a contenere i diversi macronutienti secondo un apporto calorico bilanciato, dev’essere equilibrata rispetto alla spesa energetica, cioè assicurare un introito calorico complessivo sicuro (non inferiore al valore del dispendio energetico a riposo) (De Lorenzo et al 2001). Per poter effettuare una prescrizione dietetica mirata ai fabbisogni energetici del singolo individuo diventa indispensabile l’utilizzo della Calorimetria Indiretta (McClave et al 2013). La figura del dietista è quindi essenziale affinchè il paziente venga accompagnato in un percorso utile alla perdita del peso, al mantenimento e all’apprendimento dell’alimentazione salutare e bilanciata. Nonostante la perdita di peso sia di fondamentale importanza, non è l’obiettivo principe della terapia e non dovrebbe essere ottenuta con la sola prescrizione dietetica. È stato infatti dimostrato che la maggior parte dei trattamenti dietetici da soli ha un tasso di fallimento a cinque anni che varia dal 60 al 90 % (De Lorenzo et al 2009). Secondo recenti scoperte del National Weight Control Registry, inoltre, avere un obiettivo in termini di peso è controproducente: ancor peggio è poi stabilire un peso ideale come obiettivo, in quanto le possibilità di raggiungerlo e mantenerlo sono pressoché nulle e la persona tenderà a non valorizzare gli altri cambiamenti ottenuti.

La riabilitazione nutrizionale dovrebbe quindi essere integrata con quella psicologica che prevede la strutturazione di un intervento motivazionale in fase iniziale per far nascere nel paziente il desiderio del cambiamento e successivamente educarlo alla percezione e valorizzazione dei guadagni terapeutici che diventeranno, essi stessi, rinforzi motivazionali. Un recente studio meta-analitico ha evidenziato che l’adozione del colloquio motivazionale con un paziente obeso in trattamento è associato ad una riduzione della massa corporea significativamente superiore rispetto a quella che si ottiene quando questo non viene proposto (Armstrong et al 2011). In un’ottica di cambiamento è tanto importante il sostegno motivazionale quanto l’acquisizione di abilità per prevenire le ricadute e gestire i risultati ottenuti nel lungo periodo (Brownley et al 2010). Il paziente, attraverso un lavoro cognitivo e comportamentale, fa esperienza (“fare”), apprende abilità (“saper fare”) e successivamente interiorizza la competenza (“sapere di sapere come fare”), diventando attore protagonista del cambiamento. Da ricerche effettuate dal National Weight Loss Registry (Wing et al 2001; Wing et al 2005; Thomas et al 2009) si identificano fattori chiave presenti in programmi di trattamento proposti a pazienti che hanno raggiunto un’importante perdita di peso mantenuta a cinque anni. Tra questi fattori si ritrovano abilità di pianificazione, problem solving e introduzione di cambiamenti realistici, appropriati, incrementali, positivi e specifici. Trattamenti che includono automonitoraggio, specificazione degli obiettivi e insegnamento di strategie per il mantenimento a lungo termine sono associati ad una maggiore perdita di peso nel tempo (Le Blanc et al 2011).

La riabilitazione psiconutrizionale, per massimizzare l’efficacia dell’intervento terapeutico, andrebbe integrata con l’educazione al movimento attivo; infatti, è stato dimostrato che un trattamento che include ambedue le componenti è più efficace e consente il mantenimento della perdita di peso nel lungo periodo (Gourlan et al 2011). L’associazione di attività fisica e dieta produce, inoltre, dei miglioramenti nei fattori di rischio e nel peso con il massimo dei risultati a 12 mesi dall’inizio del programma (Dombrowsky et al 2010). L’attività motoria ha la capacità di apportare benefici insostituibili non solo a livello di salute e di gestione del peso, ma anche a livello neurologico stimolando il circuito dopaminergico responsabile della sensazione di piacere e di soddisfazione (Wang et al 2011). Il movimento attivo può essere considerato un farmaco naturale che, in quanto tale, viene somministrato al paziente secondo precisi dosaggi. A tale proposito l’uso del contapassi diviene strumento molto utile e ha un effetto positivo nell’aumento dell’attività fisica quotidiana (Kang et al 2009).

L’educazione terapeutica diventa il fil rouge che lega tutti gli interventi sopradescritti. L’intervento psico-pedagogico, condotto da operatori abilitati e formati, è infatti diretto a riconoscere i reali fabbisogni dei pazienti (Metaplan); correggere le convinzioni errate dei pazienti sull’alimentazione e l’attività fisica che talvolta rappresentano il primo vero ostacolo alla cura; migliorare non solo le conoscenze , ma anche le competenze dei pazienti attraverso il passaggio dal “sapere”, al “saper fare” ed al “sapere essere”; allenare alla gestione e all’autocontrollo dell’alimentazione, dell’attività fisica, dei momenti di stress ed ansia (diario alimentare, automonitoraggio, controllo degli stimoli, *problem solving*); migliorare il rapporto con il corpo e la sua immagine (danza-movimento-terapia, training autogeno e altre tecniche corporee di rilassamento); affrontare le difficoltà psicologiche legate all’accettazione e/o al mantenimento del problema; aumentare il senso di responsabilità nella malattia e nella cura (*illness behaviour*); favorire la *compliance* terapeutica (intervista motivazionale, strategie di *counseling* motivazionale breve, etc); facilitare non l’apprendimento cognitivo (attraverso la condivisione di argomenti specifici), ma anche l’apprendimento esperenziale (grazie all’uso di role playing e simulate) e quello intuitivo (attraverso l’uso di aforismi, metafore, storie);insegnare il controllo di semplici parametri clinici (glicemia, pressione arteriosa).

Secondo il modello biopsicosociale (Engels 1977) oltre alla componente biologica e a quella psicologica, dev’essere tenuto in considerazione l’ambiente all’interno del quale questo cambiamento avviene; per questo si rende indispensabile il coinvolgimento della famiglia in un contesto di terapia o di flusso informativo bidirezionale.

Aspetti relativi all’organizzazione del lavoro

L’obesità è una patologia caratterizzata da una patogenesi multifattoriale e da una presentazione clinica complessa e variabile (Donini 2013). Il contesto di diagnosi e cura pertanto, dovrebbe sempre tener conto della multidimensionalità della malattia e quindi della necessità di un approccio gestito da professionisti differenti e con competenze specifiche. Professionisti che interagiscano tra di loro in una cooperazione intenzionale, consapevoli che l’intervento di ciascuno faciliterà il lavoro degli altri influenzando l’efficacia della terapia; un approccio interdisciplinare in grado di fornire una risposta completa e approfondita alla domanda di cura del paziente e ai suoi bisogni. L’équipe interdisciplinare, secondo il modello biopsicosociale, dovrebbe essere composta dal medico con specifiche competenze nel campo dell’obesità, dallo psicologo, dal dietista, dall’esperto in attività motoria e dal case manager. L’eventuale presenza di altri professionisti (psichiatra, endocrinologo, internista, fisiatra ecc.) diventerebbe un arricchimento sia diagnostico, che terapeutico.

All’interno dell’equipe interdisciplinare, sarebbe auspicabile la presenza del case manager, figura innovativa, essenziale per la gestione ottimale del caso clinico. Il case manager associa a competenze di merito proprie e delle altre discipline, capacità organizzative che gli permettono di diventare figura di riferimento per il paziente e gli operatori. Il piano di cura, infatti, dev’essere disegnato ad personam e continuamente ricalibrato per tutta la durata del percorso terapeutico (Donini et al 2010); pertanto l’introduzione di questo operatore permette di raggiungere la massima integrità e appropriatezza del trattamento e facilita la comunicazione del team con figure professionali esterne.

Nella gestione di una patologia cronica il team deve costruire una rete di riferimento di cui il paziente possa avvalersi una volta che il suo percorso all’interno della struttura si sarà concluso.

Il trattamento interdisciplinare presuppone, quindi, un continuo confronto reciproco tra i professionisti e una sinergia e un’efficacia difficili da raggiungere con altri metodi di lavoro.

Questo tipo di intervento include, tuttavia, degli aspetti problematici che possono ostacolarne l’applicazione, vista la difficoltà di partire da una premessa clinica condivisa tra specialisti con formazione differente e di creare una filosofia di lavoro comune. In un contesto multi professionale integrato, inoltre, ci sono costi elevati da sostenere per garantire la copresenza nella struttura dei diversi professionisti, la formazione verso una metodologia condivisa, oltre alla disponibilità degli strumenti specifici di ciascuna disciplina e di spazi dedicati allo scambio, confronto e consulenza immediati tra colleghi.

A queste difficoltà insite nell’équipe, si aggiungono i limiti di una rigida organizzazione dell’assistenza (in cui le strutture psichiatriche e le strutture internistiche, di fatto, operano in contesti assolutamenti diversi), così come le difficoltà legate all’organizzazione delle équipe assistenziali (nelle strutture pischiatriche e in quelle internistiche sono raramente previste figure professionali delle altre aree) e quelle relative alla classificazione nosologica delle patologie (ad esempio, le schede di dimissione ospedaliera, nel caso dei disturbi dell’alimentazione, potrebbero risultare inappropriate se compilate con codici previsti per un’area diversa da quella in cui opera la struttura che dimette il paziente).

**d. Raccomandazioni**

Un modello completo per la gestione dell’obesità include un approccio multidisciplinare integrato che coinvolge diverse figure professionali (l’internista, l’endocrinologo, il nutrizionista, il cardiologo, lo psichiatra, l’ortopedico, il ginecologo, così come lo psicologo, la dietista, il fisioterapista e gli infermieri specializzati) (Elte JW et al 2008), ma per avere un buon risultato è importante seguire delle raccomandazioni che riguardano sia la pratica clinica che la ricerca di base (Flynn MA et al 2006, Briss PA et al 2000).

1. **Per la pratica clinica**

Le linee-guida recenti concordano tutte su due principi generali per il trattamento dell’Obesità:

* 1. *team approach*: approccio multidimensionale, interdisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolga medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, laureati in Scienze Motorie, educatori ed infermieri;
  2. *setting multipli:* dalla gestione ambulatoriale a lungo termine allariabilitazione intensiva - semiresidenziale e residenziale - indirizzata agli stati gravi di malnutrizione per eccesso, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbosità somatiche e psichiatriche e all’avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, su alimentazione ed attività fisica).

Certamente, chi ha bisogno di trattare l'obesità dovrebbe essere educato a riconoscere il problema e a diventare un esperto, poiché si assume l'onere di integrarsi con altre figure professionali coinvolte, e la sua collaborazione è importante perché darà la possibilità di colmare le lacune per evitare di avere solo una somma di pareri. L'approccio multidisciplinare mette in evidenza quindi da un lato la necessità di ristrutturare gli strumenti assistenziali, dall'altro di chiarire l'attività di ciascuna figura e richiede una stretta collaborazione nel team multidisciplinare (Donini LM et al 2009). In realtà, più le figure professionali integrano i loro sforzi per raggiungere un obiettivo comune, più alto è il grado di cooperazione. Gli sforzi devono essere concentrati in un tempo relativamente breve, secondo un progetto coordinato (Hainer V et al 2008). Quindi è doveroso creare situazioni in cui le diverse figure professionali possano imparare a lavorare nel rispetto delle competenze individuali e nella condivisione equa delle risorse: tutte le figure del team devono concordare gli interventi multidisciplinari che verranno eseguiti (Wright K et al 2008).

La rete assistenziale che deve prevedere cinque livelli asssitenziali (compresi quindi i collegamenti con la Medicina di base e le strutture per acuti), deve essere inoltre articolata sia longitudinalmente che trasversalmente. Longitudinalmente perché 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 comorbosità-fragilità-disabilità, possono giovarsi dell’uno o dell’altro nodo della rete assistenziale.

A ciò si aggiuunge la necessità di monitorare nel tempo l’andamento della malattia da parte di professionisti che dovrebbero avere un linguaggio comune, con un orientamento che sottolinea la centralità del paziente con i suoi problemi di salute (Hainer V et al 2006). E il follow-up del paziente è molto importante per garantire risultati nel medio e lungo termine (Andris DA et al 2005).

1. **Per la ricerca**

La ricerca è parte integrante del trattamento dell’obesità, anche se spesso non è tradotta in studi di intervento a livello globale. Ed è necessaria per determinare in che modo gli interventi di Sanità Pubblica possono essere sviluppati in approcci multidisciplinari (Lemmens VE et al 2008) misurando la loro efficacia e la loro efficienza. La ricerca, infatti, dovrebbe essere basata sullo sviluppo su larga scala e a lungo termine di studi prospettici di protocolli di prova che hanno dimostrato di essere benefici per la perdita di peso e nel mantenimento (Hafekost K et al 2013).

Diverse sono le raccomandazioni per gli studi di ricerca:

* gli studi per vericare l’efficacia di interventi che mirano alla prevenzione al trattamento dell’obesità dovrebbero prevedere protocolli di ricerca ben strutturati che affrontino adeguatamente la dimensione del campione, il disegno dello studio, la validità e l’affidabilità delle misure di outcome e le strategie di analisi (Flynn MA et al 2006).
* gli studi debbono vedere coinvolto tutto il team multidisciplinare (Flynn MA et al 2006).
* i progetti di ricerca debbono essere indirizzati a nuove conoscenze e particolare attenzione deve essere rivolta alla valutazione degli impatti psicosociali di strategie di intervento nell’adolescenza (Flynn MA et al 2006).

Il trattamento multi-professionale integrato e le figure professionali coinvolte nella gestione dell’obesità devono, quindi, collaborare reciprocamente per fornire un trattamento individuale su misura del paziente (Walsh A et al 2008). Ma è importante anche sottolineare che spesso l’incapacità di raggiungere un significativo risultato a lungo termine riflette la mancanza di studi, che non si limitino alla ricerca di base o agli interessi della case farmaceutiche, ma siano finalizzati alla pratica clinica (Flynn MA et al 2006).

**e. Problemi aperti a cui non si può dare ancora una risposta**

A fronte di innumerevoli testimonianze dell’efficacia dell’approccio riabilitativo multidisciplinare, mancano ancora sufficienti elementi in letteratura in grado di determinare le caratteristiche antropometriche e cliniche in baso alle quali il trattamento di prima scelta, per un obeso “disabile”, debba essere questo piuttosto che quello chirurgico.

I dati sul mantenimento dei risultati e dell’impatto sociale ed economico nel lungo periodo, dell’uno e dell’altro approccio, sono scarsi. Del tutto mancanti quelli di confronto.

La possibilità di integrare i due approcci, proponendo periodi più o meno lunghi di riabilitazione in preparazione all’intervento bariatrico, è una proposta di compromesso la cui efficacia in termini di abbattimento dei rischi rispetto ai tempi di trattamento è tutta da verificare.

Manca infine ancora una risposta inequivoca da parte delle istituzioni circa il riconoscimento della correttezza ed efficacia dell’approccio riabilitativo integrato per i pazienti obesi ed il conseguente impegno organizzativo ed economico per la realizzazione della rete assistenziale e la formazione degli operatori.

**f. Brevi conclusioni**

Così come per tutte le forme di Disturbo dell’Alimentazione, anche per l’Obesità il trattamento multi professionale integrato, definibile anche come di riabilitazione metabolica e psiconutrizionale, può essere considerato quello di elezione.

Rispetto al trattamento bariatrico, in certi casi da più parti considerato quello di prima scelta, ha indubbiamente il vantaggio dell’assenza di invasività. L’approccio conservativo ha inoltre maggiori probabilità di assolvere il compito educativo, riabilitativo appunto, specie se operato in modo completo, facendo ruotare tutte le professionalità, con competenza e dedizione attorno al singolo paziente.

Tra i punti fermi di questo trattamento, oltre al suo inserimento in una rete assistenziale efficiente, all’efficacia operativa del *team approach* e dei *setting multipli,* assume sempre più rilevanza l’applicazione della Educazione Terapeutica.

L’esperienza positiva degli operatori e dei pazienti trattaticon questo approccio, collude spesso con l’atteso, adeguato riscontro da parte di quelle istituzioni accademiche e sanitarie che lo ritengono impegnativo dal punto di vista organizzativo ed economico.

**g. Riassunto**

La complessità stessa della patogenesi dell’obesità, oltre alla sua caratteristica di patologia cronica, richiede un altrettanto complesso percorso terapeutico-riabilitativo, sia in fase di valutazione (*assessment*) che di trattamento (*management*).

Un trattamento nel quale un *team* multidisciplinare integra le competenze e l’impegno professionale dei vari componenti per il recupero clinico e comportamentale di ogni singolo paziente è considerato al momento, da tutte le conferenze di consenso e da tutte le linee guida nazionali ed internazionali, l’approccio di elezione per i pazienti affetti da obesità morbigena, specie in alternativa alla proposta chirurgica bariatrica.

Presuppone preparazione specifica di tutti gli operatori, loro dedizione assoluta e disponibilità al confronto continuo, oltre ad una rigida organizzazione sia nell’applicazione dei presupposti culturali che dei supporti logistici. Presupposti che non sempre trovano riscontro negli organi preposti alla loro attuazione.

**i. Bibliografia**

1. Andris DA. Surgical treatment for obesity: ensuring success. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005 Nov-Dec;32(6):393-401.
2. Armstrong MJ et al. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Obes Rev. 2011; 12(9): 709-23.
3. Briss PA et al. Developing an evidence-based Guide to Community Preventive Services--methods. The Task Force on Community Preventive Services. Am J Prev Med. 2000 Jan;18(1 Suppl):35-43.
4. Brownley KA et al. Evidence-Informed Strategies for Binge Eating Disorder and Obesity. In: Dancyger DA, Fornari VM. Evidence-Based Treatments for Eating Disorders. Chapter 13, pag 231-256, Nova Science Publisher, New York, 2009.
5. De Lorenzo A et al. Measured and predicted  resting metabolic rate in Italian males and females, aged 18-59 y. Eur  J Clin Nutr 2001; 55(3):208-214.
6. De Lorenzo et al. Obesità come disturbo del comportamento alimentare. In: I Disturbi del comportamento alimentare. Capitolo 3, pag 75-106, Fondazione ENPAM, Torino, 2009.
7. Dinsa GD et al. Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review. Obes Rev. 2012 Nov;13(11):1067-79.
8. Dombrowski SU et al. Behavioural interventions for obese adults with additional risk factors for morbidity: a systematic review of effects on behaviour, weight and disease risk factors. Obes Facts. 2010; 3(6): 377-96.
9. Donini LM et al. Obesità e Disturbi dell’Alimentazione. Indicazioni per i diversi livelli di trattamento. Documento di Consensus. Eat Weight Disord. 2010.
10. Donini LM. Obesità. In: Senatore I. I disturbi del comportamento alimentare. Clinica, interpretazioni e interventi a confronto. Capitolo 6, 218-219, Franco Angeli Editore, Milano, 2013.
11. Donini LM et al. Multidisciplinary approach to obesity. Eat Weight Disord. 2009 Mar;14(1):23-32.
12. Elte JW et al. Proposal for a multidisciplinary approach to the patient with morbid obesity: the St. Franciscus Hospital morbid obesity program. Postgrad Med J 2009 Dec;85(1010):678-81.
13. Elte JW et al. Proposal for a multidisciplinary approach to the patient with morbid obesity: the St. Franciscus Hospital morbid obesity program. Eur J Intern Med. 2008 Mar;19(2):92-8.
14. Engels GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 1997; 196(4286): 129-36.
15. Flynn MA et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. Obes Rev. 2006 Feb;7 Suppl 1:7-66.
16. Gibbons RJ et al. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1997 Exercise Testing Guidelines). J Am Coll Cardiol. 2002 Oct 16;40(8):1531-40.
17. Ginter E et al: prevalence and future of diabetes mellitus. Adv Exp Med Biol. 2012;771:35-41.
18. Gourlan et al. Interventions promoting physical activity among obese populations: a meta – analysis considering global effect, long-term maintenance, physical activity indicators and dose characteristics. Obes Rev. 2011; 12(7): 633-45.
19. Hafekost K et al. Tackling overweight and obesity: does the public health message match the science? BMC Med. 2013 Feb 18;11(1):41. [Epub ahead of print].
20. Hainer V. How should the obese patient be managed? Possible approaches to a national obesity management network. Int J Obes Relat Metab Disord. 1999 May;23 Suppl 4:S14-8; discussion S18-9.
21. Kang M et al. Effect of pedometer-based physical activity interventions: a meta-analysis. Res Q Exerc Sport. 2009; 29(2): 105-14.
22. Klem ML et al. A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. Am J Clin Nutr. 1997; 66 (2): 239-46.
23. Kmietowicz Z. Multidisciplinary teams are needed throughout UK to manage obesity. BMJ. 2012 Dec 31;346:e8679.
24. LeBlanc ES et al. Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: a systematic evidence review for the US preventive services task force. Ann Intern Med. 2011; 155(7): 434-47.
25. Leddy MA et al. The impact of maternal obesity on maternal and fetal heath. Rev Ostet Gynecol. 2008;1:170-8.
26. Lemmens VE et al. A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. Obes Rev. 2008 Sep;9(5):446-55.
27. LiGIO 99, Linee Guida Italiane Obesità (Bologna, Pendragon 1999) a cura della Task Force Obesità Italia (TFOI), affiliata alla World Health Organisation – International Obesity Task Force (WHO-IOTF) coordinata dal prof N Melchionda
28. McClave SA et al. The use of indirect calorimetry in the intensive care unit. Curr OpinClin Nutr Metab Care. 2013; 16(2): 202-8.
29. Monkhouse et al. An overview of the management of morbid obesity. Postgrad Med J. 2009 Dec;85(1010):678-81.
30. Ogden CL et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. JAMA 2006; 295:1549-55.
31. Phillips F. Obesity in pregnancy. Part 1: prevalence and risks. Pract Midwife. 2012 Oct;15(9):20, 22-3.
32. Sjöström L et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med. 2004;351:2683–2693.
33. Song SH. Emerging type 2 diabetes in young adults. Adv Exp Med Biol. 2012;771:51-61.
34. “Standard Italiani per la Cura dell’Obesità” a cura SIO-Soc It dell’Obesità e ADI – Ass It Dietetica e Nutrizione Clinica – 2012-2013. P Sbracca, R Vettor eds
35. Thomas JG, Wing RR. Maintainance of long-term weight loss. Med Health R I. 2009; 92(2): 56-57.
36. van Genugten L et al. Systematic development of a self-regulation weight-management intervention for overweight adults. BMC Public Health. 2010 Oct 27;10:649.
37. Walsh A et al. A perioperative team approach to treating patients undergoing laparoscopic bariatric surgery. AORN J. 2008 Jul;88(1):59-64.
38. Wing RR, Hill JO. Successful weight loss maintenance*.* Ann Rev Nutr. 2001; 21: 323-41.
39. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. Am J Clin Nutr. 2005; 82: 222S-225S.
40. Wright K et al. Meeting bariatric patient care needs: procedures and protocol development. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005 Nov-Dec;32(6):402-6.