



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)

INTRODUZIONE

Il problema affrontato nelle pagine di questo documento si può riassumere in due domande:

- qual è il *setting* ideale per il trattamento dell'Obesità e dei Disturbi dell'Alimentazione (DA: binge eating disorder, anoressia nervosa, bulimia nervosa, sindromi atipiche o parziali) ?

- quali sono i criteri sulla base dei quali è possibile modulare l'intensità dell'intervento ?

Proponiamo alcune ipotesi di risposta ancorate alla letteratura scientifica, secondo i criteri della *evidence based medicine*.

Il documento si articola in due sezioni dedicate, rispettivamente all'Obesità e ai Disturbi dell'Alimentazione (DA).

Le due parti presentano importanti ed evidenti aree di sovrapposizione: in effetti, i *Disturbi da Alimentazione non-omeostatica* sono una categoria che si estende dall'emaciazione anoressica alla grande Obesità, lungo tutto lo spettro dei pesi corporei, con somiglianze rilevanti e frequenti migrazioni transdiagnostiche, in tempi diversi della vita, dall'uno all'altro quadro clinico.

Le caratteristiche di cronicità e comorbidità, i costi elevati in termini di disabilità e il grave impatto complessivo sulla qualità della vita impongono di assumere una prospettiva di tipo sia terapeutico che riabilitativo, tanto per l'Obesità quanto per i DA. È indispensabile

¹ 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, G Cairella, C Cannella, 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

² Un particolare ringraziamento ed un affettuoso ricordo vanno a Roberto Ostuzzi per il suo impegno e per i suoi preziosi consigli nella stesura di questo documento

³ Il presente documento è stato promosso dal Dipartimento di Fisiopatologia Medica dell'Università "Sapienza" di Roma in collaborazione con SIO (Società Italiana dell'Obesità) e SISDCA (Società Italiana Studio Disturbi del Comportamento Alimentare)

⁴ 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.

⁵ 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).

prevedere percorsi terapeutici interdisciplinari e multidimensionali, spesso lunghi e articolati, che affrontino sintomi, cause e complicanze di queste malattie, nel *setting* di cura di volta in volta più adeguato.

Scopo dell'intervento terapeutico-riabilitativo è non solo il recupero funzionale biologico, ma soprattutto il recupero di abilità e performance funzionali e relazionali con l'ambiente, il recupero occupazionale e lavorativo, il miglioramento della qualità di vita.

Sia per l'Obesità che per i DA, come vedremo, il trattamento riabilitativo migliore consiste, secondo le linee-guida più recenti, in un *team approach* multidimensionale affidato al lavoro integrato delle stesse figure professionali: medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri, fisiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori ed infermieri. Gli operatori devono avere competenze trasversali tali da consentire una migliore interazione con le altre figure professionali. Non basta la semplice somma di figure professionali diverse: è indispensabile creare un linguaggio e una cultura comuni all'interno dell'*équipe* assistenziale al fine di ottenere una vera integrazione funzionale delle diverse competenze. E' essenziale, peraltro, definire con chiarezza i confini dell'operato di ogni professionista perché la confusione dei ruoli è un fattore d'insuccesso terapeutico. Un *team* efficace si costruisce attraverso un lungo e paziente lavoro di formazione. Il piano di cura deve essere disegnato *ad personam* e continuamente ri-calibrato per tutta la durata del percorso terapeutico, in base alle resistenze e alle eventuali non risposte ai vari interventi nei diversi *setting*. Il *case manager*, figura essenziale all'interno del team, sarà l'operatore – p.e. psichiatra o internista-nutrizionista - più adatto, in base al quadro clinico prevalente in quel soggetto e in quella fase del trattamento. Sono stati e sono ancora frequenti - e non di rado tragici - gli errori dovuti a ignoranza e sottovalutazione delle complicanze mediche dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità. Altrettanto pericolose sono le gestioni troppo peso-centrate, con atteggiamenti ingenui verso la psicopatologia delle persone con anoressia, bulimia, obesità.

E' opinione confortata dall'esperienza oltre che da una letteratura scientifica crescente che uno stesso *team* (che abbia, naturalmente, le competenze necessarie) possa affrontare in un *setting* di lavoro che abbia caratteristiche strutturali e funzionali adeguate pazienti con malnutrizione sia per eccesso che per difetto (Anoressia, Bulimia, Obesità), con le ovvie modulazioni dei programmi.

Tuttavia, dal momento che alcuni centri italiani si ispirano già a questo principio, ma altri accolgono solo soggetti con Obesità e altri ancora solo pazienti con DA, abbiamo scelto di dividere il documento in due parti distinte.

PARTE PRIMA

OBESITÀ

INDICAZIONI PER I DIVERSI LIVELLI DI TRATTAMENTO

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

1. PREMESSA

L'Obesità è una patologia cronica caratterizzata da un significativo aumento della morbilità con ripercussioni gravi sulla qualità di vita legate, in particolare, alle disabilità (1).

Alcuni studi hanno dimostrato che l'Obesità aumenta il rischio di sviluppare disabilità gravi (3) indipendentemente dalla presenza di comorbidità (2) e riduce la possibilità di recupero di una disabilità severa (4).

La patogenesi dell'Obesità è multifattoriale. È legata all'interazione circolare - nel corso della vita - di fattori predisponenti genetici, fattori ambientali (familiari, lavorativi, micro- e macro-sociali), abitudini alimentari scorrette (in una minoranza di casi inquadrabili in un vero e proprio DA), ridotto dispendio energetico, alterazioni metaboliche, patologie cardiovascolari e osteoarticolari, disturbi dell'umore e di personalità etc.

Il riconoscimento dell'importanza di ciascun fattore per lo sviluppo di Obesità e la possibilità di porre in atto adeguate misure correttive sono gli elementi critici nel trattamento dell'Obesità. Seguendo il modello bio-psicosociale dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ed utilizzando il Core set per pazienti obesi, un gruppo di studio ha evidenziato la presenza di alterazioni in diverse aree funzionali specifiche (5) su cui intervenire con programmi riabilitativi anche di carattere pubblico.

L'Obesità e le sue complicanze contribuiscono in misura molto rilevante alla spesa sanitaria delle Nazioni (6-9). Oltre ai costi sanitari diretti, occorre valutare anche quelli derivanti da una ridotta produttività lavorativa, sia come giorni di lavoro persi che inabilità ad alcune mansioni, ed un incremento degli incidenti sul lavoro e del pensionamento anticipato (10) ⁶.

⁶ Il costo sociale dell'obesità è enorme: in alcuni Paesi europei raggiunge l'1% del prodotto interno lordo e rappresenta il 6% della spesa sanitaria diretta. In Francia, ad esempio, il costo diretto delle malattie correlate all'obesità (compresi assistenza sanitaria personale, assistenza ospedaliera, servizi medici e farmaci) ammonta al 2% circa della spesa sanitaria totale. In Olanda, la proporzione della spesa totale per l'assistenza medica di base imputabile a queste patologie è intorno al 3-4%. In Inghilterra, si stima che il costo finanziario annuale per il trattamento dell'obesità ammonti a 0,5 miliardi di sterline a carico del Servizio Sanitario Nazionale e abbia ripercussioni a livello economico nell'ordine dei 2 miliardi di sterline. Il costo umano stimato è di 18 milioni di giorni di malattia all'anno e 30.000 decessi all'anno, che determinano una perdita di 40.000 anni di vita lavorativa e un accorciamento della vita di nove anni in media. In Italia i costi sanitari diretti dell'obesità sono stimati dal PSN 2003-5, in circa 23 miliardi di euro l'anno. Sempre nel PSN 2003-5 si stima che la maggior parte di tali costi (più del 60 %), sia dovuta a ricoveri ospedalieri, ad indicare quanto l'obesità sia il reale responsabile di una serie di gravi patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali e respiratorie che comportano una ridotta aspettativa di vita ed un notevole aggravio per il SSN.

I costi indiretti (dovuti alle morti premature, alla riduzione della produttività lavorativa e ai relativi guadagni) sono doppi rispetto a quelli diretti. Si stima, per esempio, che la Spagna spenda per l'obesità in totale circa 2,5 miliardi di euro ogni anno. Anche se sono più difficili da quantificare in termini finanziari, devono essere considerati tra i costi attribuibili all'obesità, anche altri costi intangibili, come per esempio il minor rendimento scolastico, la discriminazione lavorativa, i problemi psicosociali e la scarsa qualità della vita

Gli interventi terapeutici e i costi relativi hanno riguardato finora, però, soprattutto le complicanze dell'Obesità (diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa, malattie cerebro- e cardio-vascolari etc.). Quindi, l'onere tardivo delle sue conseguenze.

Il trattamento dell'Obesità in sé - e, quindi, la prevenzione e la cura causale delle sue complicanze - è rimasto invece a lungo una terra di nessuno, affidata a interventi estemporanei e a breve termine, poco o nulla fondati sul piano scientifico e, in genere, inefficaci o dannosi.

Attualmente disponiamo di strumenti e metodi d'intervento (farmacologici, chirurgici, riabilitativi psico-nutrizionali) più solidi e meglio conosciuti nelle loro possibilità e nei loro limiti.

Tali interventi possono essere applicati in *setting* di cura ambulatoriali, semiresidenziali (*day hospital, day surgery, centri diurni riabilitativi etc.*), o residenziali.

Il problema dei criteri di scelta del tipo d'intervento e del *setting* di cura più adeguato è aperto. Nel nostro Paese, a livello istituzionale, non sono state ancora definite linee guida condivise per la cura dell'Obesità e singole strutture hanno preso strade spesso profondamente diverse sulla base delle rispettive esperienze e dei diversi contesti.

2. CRITERI DIAGNOSTICI

Un'ipotesi semplice potrebbe essere la seguente: la diagnosi di Obesità e il suo livello di gravità bastano per stabilire il *setting* e l'intensità d'intervento più adeguati. Alcune linee-guida americane, per esempio, partono proprio dal valore di Indice di Massa Corporea (IMC) (8).

Un primo limite di questa ipotesi è legato al fatto che fondare la diagnosi e la classificazione dei gradi di Obesità sull'Indice di Massa Corporea (IMC) espone a errori importanti. L'Obesità è una condizione clinica in cui le riserve di massa grassa (FM) sono aumentate al punto da rappresentare un rischio per la salute. Si parla di Obesità se la FM è superiore al 25% nell'uomo o al 35% nella donna di media età (11-13). L'aumento complessivo del peso corporeo è solo un sintomo - non sempre presente - dell'aumento di massa grassa. L'IMC, dunque, è un utile indice di sovrappeso dal punto di vista epidemiologico, ma non è sempre sufficiente per la diagnosi di Obesità che, per essere accurata, richiede la conoscenza della composizione corporea (11).

Un secondo limite dipende dalla mancanza di una relazione lineare costante fra IMC e complicanze cliniche dell'Obesità: comorbidità somatica e psicopatologica, disabilità, qualità complessiva di vita nelle varie fasi del ciclo esistenziale (14-16). Mentre i questionari sulla qualità della vita (es: SF36) non evidenziano riduzioni per le funzioni cognitive, importanti appaiono le limitazioni fisiche ed emotive. Inoltre, lo studio del profilo psicologico dei pazienti obesi può identificare quelle variabili predittive di successo o insuccesso dopo la terapia così come i fattori di rischio per le recidive.

Ricordiamo, a tal riguardo, oltre alle ben note complicanze mediche dell'Obesità il fatto che tale condizione risulta molto spesso associata a un ridotto benessere psico-fisico, a disturbi delle condotte alimentari (in particolare *Binge Eating Disorder, BED e Night Eating Syndrome, NES*), a bassa stima di sé e a depressione, conseguenze anche della stigma sociale che colpisce chi è affetto da questa patologia (17-24). Recentemente tale fenomeno è stato definito come l'ultimo pregiudizio sociale per le negative conseguenze psicologiche e comportamentali sui pazienti obesi (25).

Essenziale è la valutazione e la cura delle disabilità (26-38) che si manifestano in diversi ambiti, nelle attività quotidiane e in quelle funzionali, ADL/IADL (*Activities of Daily Life, Instrumental Activities of Daily Life*). Sono sempre più numerosi gli studi dedicati alle difficoltà che i soggetti obesi incontrano nei seguenti ambiti:

1. mobilità in casa, cura dell'igiene, abbigliamento (39-43);
2. lavori domestici (p.e. alzarsi da un divano, salire su uno sgabello, prendere oggetti riposti in alto o raccoglierne da terra) (44-47);
3. attività fuori casa (p.e. sollevare e trasportare la spesa, camminare per più di 100 metri, stare in coda) (39, 46-49);
4. attività lavorative (p.e. affaticamento precoce, dolore posturale, assenze frequenti, impossibilità di svolgere alcune mansioni) (46, 47, 50-55)).

L'Obesità è fortemente correlata al dolore articolare ed all'osteoartrite (56, 57), che sono noti fattori determinanti disabilità (42-58). Inoltre, è un fattore di rischio di disabilità indipendente dall'età, dal livello di attività fisica e da patologie croniche (4, 59) e numerosi studi hanno dimostrato che la probabilità di rimanere in salute declina all'aumentare del BMI.

Da notare che la prevalenza dell'Obesità sta aumentando in misura notevole anche fra gli anziani (> 65 anni): in tale fascia di età, gli effetti sulle disabilità dell'Obesità e dell'invecchiamento finiscono per sommarsi (33, 60-64).

La letteratura e la pratica clinica concordano su un principio generale: il trattamento delle disabilità obesità-correlate deve passare attraverso la cura della patologia di base (65-67). Disabilità e deficit funzionali sono - in un feedback perverso - fattori di rischio importanti per l'Obesità e per il suo aggravamento progressivo (60): la spirale "obesità-complicanze-disabilità-aumento ponderale ulteriore" provoca costi elevatissimi sia sanitari che sociali.

In conclusione, per l'Obesità, la scelta del *setting* di cura e dell'intensità dell'intervento terapeutico-riabilitativo non può essere funzione della sola diagnosi di classe di Obesità, definita attraverso l'IMC. Deve piuttosto rispondere a criteri di gravità complessiva valutata con metodi clinici sulla base della comorbidità medica e psichiatrica, delle disabilità e di altri fattori di perpetuazione del problema e di rischio di ricadute (p.e. età, familiarità, abitudini di vita) ⁷.

3. CRITERI CLINICI

L'Obesità è una patologia caratterizzata da una patogenesi multifattoriale e da una presentazione clinica complessa e variabile (con manifestazioni cardiovascolari, respiratorie, osteoarticolari, endocrino-metaboliche e psico-sociali). Altrettanto complesso (interdisciplinare e

⁷ La Task Force Obesità Italia (TFOI), affiliata alla World Health Organisation – International Obesity Task Force (WHO-IOTF) è stata costituita a Bologna il 12 luglio 1996. La TFOI ha riunito un gruppo di ricercatori (coordinato dal prof N Melchionda, Cattedra di Malattie del Metabolismo dell'Università di Bologna). Il Comitato Editoriale composto da sei membri provenienti da varie Università e dall'Istituto Superiore di Sanità (F Caveziel, M Cuzzolaro, R Dalle Grave, G Marchesini, N Melchionda, S Scucchi) ha redatto il volume LiGIO 99, Linee Guida Italiane Obesità (Bologna, Pendragon 1999).

Nel 2003, coordinato dal Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità – Università di Milano – Dipartimento di Scienze Precliniche (prof M Carruba), è stato realizzato il documento "Obesità, sindrome plurimetabolica e rischio cardiovascolare – Consensus sull'inquadramento diagnostico-terapeutico" che ha visto l'adesione di numerose Società Scientifiche e la partecipazione di molti ricercatori.

Questi due documenti hanno gettato le basi dell'approccio interdisciplinare all'obesità in Italia.

integrato) deve essere l'approccio terapeutico-riabilitativo, sia in fase di valutazione (*assessment*) che di trattamento (*management*).

In particolare, in fase diagnostica, è necessario effettuare una valutazione di:

- I. Stato di Nutrizione
 - a. bilancio energetico: osservazione/registrazione del comportamento alimentare, metabolismo basale, livello di attività fisica (calorimetria indiretta, diario alimentare e questionario per l'attività fisica);
 - b. composizione corporea: quota e distribuzione della massa grassa e della massa magra (DEXA, BIA, antropo-plicometria);
 - c. parametri biologici correlati all'aumento della massa grassa (assetto lipidemico e compenso glicemico, in particolare) e all'eventuale diminuzione della massa magra (assetto protidemico).

- II. Rischio Cardiovascolare e Respiratorio
 - a. esami clinici, elettrocardiografici ed ecocardiografici, spirometria etc.;
 - b. grado di sonnolenza diurna, collegata a sindrome di apnea ostruttiva nel sonno mediante il questionario di Berlino (versione Italiana validata) e la Epworth Sleepiness Scale-ESS (la versione italiana è stata validata nel 2003).

- III. Profilo Endocrinologico
 - a. parametri ematochimici;
 - b. diagnostica per immagini (indagini ecografiche e con altre tecniche di *imaging* biomedico).

- IV. Status Psicico, con l'ausilio di strumenti psicometrici diretti, in particolare, alla valutazione di:
 - a. disturbi dell'alimentazione [p.e. Eating Disorder Examination (EDE-12.0D); Binge Eating Scale (BES)];
 - b. disturbi dell'immagine del corpo [p.e. Body Uneasiness Test (BUT)];
 - c. indici plurimi di psicopatologia [p.e. Derogatis Symptom Check List (SCL90R)];
 - d. qualità di vita [p.e. Obesity Related Well-Being (ORWELL 97), Psychological General Well Being Index (PGWBI) e SF-36 Health Survey].

- V. Funzionalità Motoria e problematiche osteo-articolari:
 - a. resistenza [p.e. *6-minute-walk-test*, 6MWT];
 - b. percezione dello sforzo [p.e. scala di di Borg];
 - c. forza [p.e. dinamometria (hand-grip dynamometry)];
 - d. flessibilità e mobilità articolare: test di flessione del tronco e dell'anca, mobilità articolare del cingolo scapolo-omerale (flessione, estensione, abduzione).

4. SETTING DI CURA

4.1 Principi generali

Le linee-guida recenti concordano tutte su due principi generali per il trattamento dell'Obesità (68-74):

- a. *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;
- b. *setting multipli*: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva - semiresidenziale e residenziale - indirizzata agli stati gravi di malnutrizione per eccesso, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, su alimentazione ed attività fisica).

La logica, i tempi ed i modi della medicina riabilitativa ben si applicano alla storia naturale dell'Obesità caratterizzata da comorbidità, cronicità e disabilità con gravi ripercussioni sulla qualità di vita (75-76).

I dati della letteratura dimostrano 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, che sono passati attraverso un percorso terapeutico-riabilitativo caratterizzato dalla declinazione nell'ambito di un Progetto Riabilitativo Individuale integrato di interventi nutrizionali, riabilitativi (rieducazione funzionale, ricondizionamento fisico, riabilitazione motoria) e psico-educazionali (educazione terapeutica). In casi selezionati risultano utili, sempre nell'ambito di un percorso riabilitativo, interventi farmacologici, di chirurgia bariatrica e psicoterapeutici strutturati (psicoterapie a orientamento psicoanalitico, cognitivo-comportamentale, relazionale-sistemico, interpersonali, motivazionali, brevi focalizzate etc.) (8, 77-79). Ricordiamo che in soggetti con obesità associata a gravi disturbi dell'alimentazione e/o psicopatologici, durante un programma riabilitativo (residenziale o semiresidenziale) e nelle comunità terapeutiche (intensive o di lungo periodo) la psicoterapia – in particolare di gruppo – è uno strumento di cura prezioso.

L'intensità dell'intervento deve essere funzione del livello di gravità e comorbidità, della fragilità dello status psichico, del grado di disabilità e della qualità di vita del paziente.

Tenuto conto delle caratteristiche di cronicità della malattia, il *follow-up* del paziente (sempre strutturato secondo una logica riabilitativa) è quanto mai importante e deve essere ispirato dai 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 caso di necessità (le malattie croniche sono tutte caratterizzate da peggioramenti ricorrenti, ricadute e recidive) si dovrà intraprendere un nuovo percorso riabilitativo, di intensità variabile in funzione della gravità della malattia e/o della ricaduta.

4.2 Articolazione della rete assistenziale

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

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

Dove già esistono, i servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica di 2°, 3° e 5° livello, rappresentano strutture base essenziali per il trattamento del paziente obeso. Dovranno essere però potenziati, se non è già stato fatto, nella direzione di un effettivo lavoro interdisciplinare-multiprofessionale integrato, secondo le linee esposte in questo documento.

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.

Per quanto riguarda i primi (ambulatorio di medicina generale, ambulatorio di prevenzione nutrizionale SIAN) essenziale sarà la capacità di riconoscere i fattori di predisposizione, di sorvegliare e valutarne l'evoluitività, di effettuare interventi di correzione degli stili di vita sbilanciati, di saper riconoscere i segnali d'allarme, monitorarli e indirizzarli verso i livelli di cura pluridisciplinari integrati, evitando il cosiddetto "ritardo medico" nella diagnosi, che spesso impedisce cure tempestive e efficaci.

La rete assistenziale deve essere articolata sia longitudinalmente che trasversalmente:

- a. 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;
- b. trasversalmente perché pazienti obesi diversi, in relazione al grado di comorbidità-fragilità-disabilità, possono giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale.

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

- a. il livello di gravità e comorbidità medica e/o psichiatrica dell'obesità è elevato;
- b. l'impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è pesante;
- c. 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) ;
- d. 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.

Ruolo essenziale può svolgere il percorso riabilitativo nella preparazione di pazienti alla chirurgia bariatrica e nel follow-up degli stessi al fine di ridurre i rischi peri-operatori e per consentire un adeguato ed efficace adattamento funzionale alla nuova situazione.

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 per il trattamento riabilitativo. Determinanti saranno la raggiunta consapevolezza e la motivazione del paziente.

Si sottolinea, in proposito, il fatto che la riabilitazione intensiva ha, 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.

4.3 Percorsi di trattamento

Il programma di trattamento del paziente con Obesità deve sempre integrare, in un approccio interdisciplinare:

- a. intervento nutrizionale finalizzato a:

- a. ottenere un calo ponderale pari almeno al 10% con una significativa riduzione della massa grassa e preservazione di quella magra;
 - b. ricostruire durevolmente corrette abitudini alimentari (qualità, quantità, ritmo) basate sui canoni della Dieta Mediterranea (www.piramideitaliana.it) anche in una logica educativa;
 - c. ottenere una *compliance* del paziente funzionale al raggiungimento degli obiettivi.
- b. programma riabilitativo motorio/funzionale (rieducazione funzionale, ricondizionamento fisico, riabilitazione motoria) finalizzato a:
- a. riattivare strutture muscolari ipotoniche ed ipotrofiche per l'inattività;
 - b. recuperare mobilità articolare
 - c. migliorare la performance cardio-circolatoria e respiratoria;
 - d. aumentare il dispendio energetico;
 - e. aumentare il rapporto massa magra/massa grassa.
- c. educazione terapeutica e interventi psicoterapeutici brevi focalizzati: interventi psico-pedagogici e psicoterapeutici, condotti da operatori abilitati e formati, diretti a:
- a. informare sui comportamenti corretti nell'ambito dell'alimentazione e dell'attività fisica;
 - b. 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*);
 - c. migliorare il rapporto con il corpo e la sua immagine (danza-movimento-terapia, training autogeno e altre tecniche corporee di rilassamento);
 - d. insegnare il controllo di semplici parametri clinici (glicemia, pressione arteriosa);
 - e. aumentare il senso di responsabilità nella malattia e nella cura (*illness behaviour*);
 - f. favorire la *compliance* terapeutica (intervista motivazionale).
- d. nursing riabilitativo (rehabilitation nursing): interventi svolti da infermieri e diretti a:
- a. migliorare le risposte dei pazienti a malattie croniche, disabilità e stili di vita patogeni;
 - b. potenziare i supporti ed i compensi ambientali e sociali;
 - c. proteggere e stimolare le capacità funzionali e relazionali al fine di migliorare la partecipazione alle attività riabilitative ed ai programmi assistenziali.

In casi selezionati può essere intrapresa o indicata anche una terapia farmacologica (compresi eventuali psicofarmaci), chirurgica, psicoterapeutica.

Anche questi interventi vanno sempre inseriti in una logica riabilitativa multidimensionale, interdisciplinare.

E' ormai noto da molti anni che associare farmaci alla terapia del comportamento induca un aumento della perdita di peso rispetto a quella ottenuta con il solo trattamento comportamentale. Il ruolo del farmaco nell'Obesità è di supportare gli altri presidi terapeutici ed è codificato dalle linee guida: i farmaci anti-obesità sono indicati come parte di un programma globale che includa la dieta e l'attività fisica, in soggetti con BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ oppure in soggetti con BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ con altri fattori di rischio o altre patologie correlate all'Obesità (80, 81).

Un paziente sottoposto a chirurgia bariatrica (per le linee-guida v. <http://www.sicob.org>), soprattutto se di tipo malassorbitivo, deve essere seguito nel tempo dal punto di vista nutrizionale e psicologico al fine di ridurre l'incidenza di fallimenti e la possibilità di incorrere in situazioni di malnutrizione per difetto.

Un percorso riabilitativo - nei setting di volta in volta più adeguati - può essere utile o necessario anche nella fase di preparazione alla chirurgia bariatrica.

Il rimodellamento plastico-ricostruttivo può svolgere un ruolo importante per la correzione progressiva delle lipodistrofie localizzate e/o degli esiti del dimagrimento. In particolare gli interventi svolti in una fase precoce (asportazione di voluminosi eccessi cutaneo-adiposi (dermo-

lipectomia addominale, crurale, pubica) consentono di ridurre l'ingombro funzionale e possono rappresentare uno stimolo alla prosecuzione del percorso riabilitativo. Gli interventi realizzati dopo cali ponderali importanti (addominoplastica, mastoplastica, mastopessi, brachioplastica, lifting crurale), consentono a loro volta di correggere alcuni gravi inestetismi conseguenti a grandi perdite di peso, anche da chirurgia bariatrica, con potenziali effetti positivi sulla qualità di vita.

Da notare che, così come segnalato dalle associazioni di pazienti (Comitato It per i Diritti delle persone affette da Obesità e Disturbi Alimentari - CIDO e Ass It Pazienti Obesi - AIPO) spesso sia gli operatori che i pazienti si scontrano con carenze strutturali (mancanza di presidi e di attrezzature diagnostico-terapeutiche adatte alla tipologia di pazienti) che rendono problematico, di nuovo sia per gli operatori che per i pazienti, un efficace intervento terapeutico-riabilitativo.

4.4 Follow-up

Il *follow-up* del paziente, tenuto conto delle caratteristiche dell'Obesità, è essenziale. Deve essere articolato su:

- educazione all'autocontrollo costante da parte del paziente di:
 - o peso;
 - o comportamento alimentare;
 - o livello di attività fisica;
 - o pressione arteriosa e/o glicemia, ove necessario;
- controlli periodici multidisciplinari
 - o stato di nutrizione;
 - o patologie obesità-correlate;
 - o status psicologico.

5. PROPOSTA DI STRUMENTI OPERATIVI

Sono strumenti diretti a definire l'opportunità di un percorso di tipo riabilitativo e l'intensità dello stesso.

5.1 Criteri di appropriatezza del setting di cura.

Sulla base della letteratura (8, 68-70, 82) e dell'esperienza acquisita da diversi gruppi di lavoro in Italia, la SIO-Lazio ha proposto come strumento per la valutazione dell'appropriatezza dell'accesso in riabilitazione metabolico-nutrizionale la *Scheda SIO di Appropriatezza della Riabilitazione Metabolico Nutrizionale Psicologica del paziente obeso (SSA•RMNP•O)* (allegato 1).

L'intensità dell'intervento (dall'ambulatorio di dietetica e nutrizione clinica al centro diurno/day hospital/day service fino alla riabilitazione intensiva residenziale) è funzione di vari parametri clinici. Sulla base di studi di validazione, in parte ancora in corso, si propongono i seguenti valori soglia:

- a. >25: Riabilitazione residenziale di tipo intensive;
- b. 20-25: Centro Diurno riabilitativo e/o Day Hospital o Day Service;
- c. < 20: trattamento presso Ambulatorio Specialistico.

5.2 Misure del grado di disabilità.

Obiettivo centrale della medicina riabilitativa è migliorare la qualità di vita dei pazienti attraverso la riduzione del livello di disabilità. Tale livello deve essere misurato con scale specifiche per l'Obesità dirette a valutare l'impatto delle disabilità sulla qualità di vita:

- a. dolore, rigidità e limitazioni funzionali;
- b. capacità di interazione con l'ambiente esterno;
- c. stato psichico e cognitivo;
- d. parametri più specifici relativi alla perdita di funzioni nel soggetto obeso (14, 15, 26, 31, 33, 37, 63, 83-86);
- e. disabilità ADL e IADL (mobilità/agilità/equilibrio, cura di se stessi, attività domestiche, lavoro).

Strumenti validati come il Sickness Impact Profile (SIP) ed il Nottingham Health Profile (NHP) hanno un effetto-soffitto e coprono solo le attività quotidiane di base. Il SF-36 ha varie dimensioni, ma non è obesità-specifico, pur dimostrando una certa sensibilità all'impatto della perdita di peso sulla *health-related quality of life* in grandi obesi (20, 87-89). Quindi il SF-36 fornisce informazioni complessive sulla funzionalità, ma non sui problemi specifici della disabilità correlate all'Obesità (41). Sulla base della letteratura e dell'esperienza acquisita, la SIO-Lazio propone come strumento per la valutazione della disabilità correlata all'Obesità il Test SIO per le Disabilità Obesità Correlate (TSD•OC) costituito da 7 sezioni (allegato 2). Il grado di disabilità del soggetto viene valutato rapportando il punteggio ottenuto al massimo punteggio ottenibile nell'intera scala (360 pts). Viene considerato disabile un soggetto che ha un punteggio globale superiore al 33% o che ha uno score $\geq 8/10$ in uno qualsiasi degli *item*.

6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Thompson E. What to look for when referring to an obesity management program. *Lippincott's case management* 2006;271-275.
2. Alley DE The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *JAMA* 298:2020-2027, 2007
3. Chen H Obesity and functioning disability in elderly Americans. *J Am Geriatr Soc* 56:689-694, 2008.
4. Rejeski WJ Obesity influences transitional states of disability in older adults with knee pain. *Arch Phys med Rehabil* 2008; 89:2102-2107
5. Stucki A, Daansen P, Fuesl M, Cieza A, Huber E, Atkinson R, et al. ICF Core Set for obesity. *J Rehabil Med* 2004;36 (suppl 44):107-113.
6. Agren G, Narbro K, Naslund I, Sjostrom L, Peltonen M. Long-term effects of weight loss on pharmaceutical costs in obese subjects. A report from the SOS intervention study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26(2):184-92.
7. Narbro K, Agren G, Jonsson E, Naslund I, Sjostrom L, Peltonen M. Pharmaceutical costs in obese individuals: comparison with a randomly selected population sample and long-term changes after conventional and surgical treatment: the SOS intervention study. *Arch Intern Med* 2002;162(18):2061-9.
8. 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.
9. Finkelstein EA, Fiebelkorn IC, Wang G. State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obes Res* 2004;12(1):18-24.
10. Gates DM Obesità and presenteeism: the impact of body mass index on workplace productivity. *J Occup Environ Med* 50:39-45, 2008
11. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical report Series – 854 – Geneva, 1995
12. Deurenberg P, Yap M, van Staveren WA.: Body mass index and percent body fat: a meta analysis among different ethnic groups. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1998 Dec;22(12):1164-71.
13. Deurenberg P, Deurenberg Yap M, Wang J, Lin FP, Schmidt G.: The impact of body build on the relationship between body mass index and percent body fat. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999 May;23(5):537-42.
14. Lean ME, Han TS, Seidell JC. Impairment of health and quality of life in people with large waist circumference. *Lancet* 1998;351(9106):853-6.
15. Han TS, Tijhuis MA, Lean ME, Seidell JC. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *Am J Public Health* 1998;88(12):1814-20.

16. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Overweight and obesity and weight change in middle aged men: impact on cardiovascular disease and diabetes. *J Epidemiol Community Health* 2005;59(2):134-9.
17. 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.
18. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *Jama* 2003;289(2):187-93.
19. Fontaine KR, Barofsky I, Bartlett SJ, Franckowiak SC, Andersen RE. Weight loss and health-related quality of life: results at 1-year follow-up. *Eat Behav* 2004;5(1):85-8.
20. Janicke DM, Marciel KK, Ingerski LM, Novoa W, Lowry KW, Sallinen BJ, et al. Impact of psychosocial factors on quality of life in overweight youth. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15(7):1799-807.
21. Petroni ML, Villanova N, Avagnina S, Fusco MA, Fatati G, Compare A, et al. Psychological distress in morbid obesity in relation to weight history. *Obes Surg* 2007;17(3):391-9.
22. Hughes AR, Farewell K, Harris D, Reilly JJ. Quality of life in a clinical sample of obese children. *Int J Obes (Lond)* 2007;31(1):39-44.
23. Sach TH, Barton GR, Doherty M, Muir KR, Jenkinson C, Avery AJ. The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *Int J Obes (Lond)* 2007;31(1):189-96.
24. Chen EY, Bocchieri-Ricciardi LE, Munoz D, Fischer S, Katterman S, Roehrig M, et al. Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma. *Obes Surg* 2007;17(5):669-71.
25. Ashmore JA Weight-based stigmatization, psychological distress, and binge eating behaviour among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav* 9:203-209, 2008
26. Lidstone JS, Ells 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.
27. Evers Larsson U, Mattsson E. Functional limitations linked to high body mass index, age and current pain in obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(6):893-9.
28. Ostbye T, Dement JM, Krause KM. Obesity and workers' compensation: results from the Duke Health and Safety Surveillance System. *Arch Intern Med* 2007;167(8):766-73.
29. Wilkins K, de Groh M. Body mass and dependency. *Health Rep* 2005;17(1):27-39.
30. Karnehed N, Rasmussen F, Kark M. Obesity in young adulthood and later disability pension: a population-based cohort study of 366,929 Swedish men. *Scand J Public Health* 2007;35(1):48-54.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Ells 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.
36. 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.
37. Jenkins KR. Obesity's effects on the onset of functional impairment among older adults. *Gerontologist* 2004;44(2):206-16.
38. Visser M, Kritchevsky SB, Goodpaster BH, Newman AB, Nevitt M, Stamm E, et al. Leg muscle mass and composition in relation to lower extremity performance in men and women aged 70 to 79: the health, aging and body composition study. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(5):897-904.
39. Wearing SC, Hennig EM, Byrne NM, Steele JR, Hills AP. The biomechanics of restricted movement in adult obesity. *Obes Rev*. 2006;7(1):13-24
40. Han TS, Tjihuis MA, Lean ME, Seidell JC. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *Am J Public Health* 1998; 88: 1814 – 1820
41. Larsson UE, Mattsson E. Perceived disability and observed functional limitations in obese women. *International Journal of Obesity* 2001; 25:1705 – 1712
42. Holm K, Li S, Spector N, Hicks F, Carlson E, Lanuza D. Obesity in adult and children: a call for action. *J Adv Nurs* 2001;36:266-9

43. Lamb SE, Guralnik JM, Buchner DM et al. Factors that modify the association between knee pain and mobility limitation in older women: the Women's Health and Aging Study. *Ann Rheum Dis* 2000;59:331-7
44. Sibella F, Galli M, Romei M, Montesano A, Crivellini M. Biomechanical analysis of sit-to-stand movement in normal and obese subjects. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2003;18(8):745-50
45. Menegoni F, Galli M, Tacchini E, Vismara L, Caviglioli M, Capodaglio P. Gender-specific Effect of Obesity on Balance Obesity 2009 doi:10.1038/oby.2009.82
46. Xu X, Mirka GA, Hsiang SM. The effects of obesity on lifting performance. *Appl Ergon*. 2008;39(1):93-8.
47. Larsson EU, Mattsson E. Functional limitations linked to high body mass index, age and current pain in obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(6):893-9.
48. Spyropoulos P, Pisciotta JC, Pavlou KN, Cairns MA, Simon SR. Biomechanical Gait Analysis in obese men. *Arch Phys Med Rehabil* 1991; 72: 1065-1070
49. Vismara et al. Clinical implications of gait analysis in the rehabilitation of adult patients with Prader-Willi Syndrome: a cross-sectional comparative study *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* 2007, 4:14 doi:10.1186/1743-0003-4-14
50. Finkelstein EA, Chen H, Prabhu M, Trogdon JG, Corso PS. The relationship between obesity and injuries among U.S. adults. *Am J Health Promot*. 2007;21(5):460-8.
51. Tunceli K, Li K, Williams LK. Long-term effects of obesity on employment and work limitations among U.S. Adults, 1986 to 1999. *Obesity (Silver Spring)*. 2006;14(9):1637-46.
52. Schmier JK, Jones ML, Halpern MT. Cost of obesity in the workplace. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(1):5-11
53. Thompson DL. The costs of obesity: what occupational health nurses need to know. *AAOHN J*. 2007;55(7):265-70
54. Coggon D, Croft P, Kellingray S, Barrett D, McLaren M, Cooper C. Occupational physical activities and osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum*. 2000;43(7):1443-9
55. Werner RA, Franzblau A, Albers JW, Armstrong TJ. Influence of body mass index and work activity on the prevalence of median mononeuropathy at the wrist. *Occup Environ Med*. 1997;54(4):268-71.
56. Hartz AJ, Fischer ME, Bril G, Kelber S. The association of obesity with jointy pain and osteoarthritis in the HANES data. *J Chron Dis* 1986;39:311-9
57. Anandacoomarasamy A, Fransen M, March L. Systemic disorders with rheumatic manifestations. *Current Opinion in Rheumatology*. 21(1):71-77, January 2009.
58. Ettinger WH, Davis MA, Neuhaus JM, Mallon KP. Long-term physical functioning in persons with knee osteoarthritis from NHANES I: effects of comorbid medical conditions. *J Clin Epidemiol* 1994;47:809-13
59. Visser M, Langlois J, Guralnik JM et al. High body fatness, but no low fat-free mass, predicts disability in older men and women: the Cardiovascular Health Study. *Am J Clin Nutr* 1998;68:584-90
60. Liou TH, Pi-Sunyer FX, Laferrere B. Physical disability and obesity. *Nutr Rev* 2005;63(10):321-31.
61. Bliddal H, Christensen R. The management of osteoarthritis in the obese patient: practical considerations and guidelines for therapy. *Obes Rev* 2006;7(4):323-31.
62. Kostka T, Praczko K. Interrelationship between physical activity, symptomatology of upper respiratory tract infections, and depression in elderly people. *Gerontology* 2007;53(4):187-93.
63. Guallar-Castillon P, Sagardui-Villamor J, Banegas JR, Graciani A, Fornes NS, Lopez Garcia E, et al. Waist circumference as a predictor of disability among older adults. *Obesity (Silver Spring)* 2007;15(1):233-44.
64. Blaum CS, Xue QL, Michelon E, Semba RD, Fried LP. The association between obesity and the frailty syndrome in older women: the Women's Health and Aging Study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:927-34
65. Coggon D, Reading I, Croft P, McLaren M, Barrett D, Cooper C. Knee osteoarthritis and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(5):622-7.
66. Tchernof A, Nolan A, Sites CK, Ades PA, Poehlman ET. Weight loss reduces C-reactive protein levels in obese postmenopausal women. *Circulation* 2002;105(5):564-9.
67. Giugliano D, Ceriello A, Esposito K. The effects of diet on inflammation: emphasis on the metabolic syndrome. *J Am Coll Cardiol* 2006;48(4):677-85.
68. 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.
69. Wadden T, Stunkard A, editors. *Handbook of obesity treatment*. New York: Guilford; 2002.
70. Fairburn C, Brownell K, editors. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Second Edition ed. New York: Guilford; 2002.
71. Wilson GT, Shafran R. Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet* 2005;365(9453):79-81.

72. Birmingham CL, Jones P, Hoffer LJ. The management of adult obesity. *Eat Weight Disord* 2003;8(2):157-63.
73. 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.
74. Basdevant A, Guy-Grand B, editors. *Médecine de l'obésité*. Paris: Flammarion; 2004.
75. Organization WH. *Towards a common language for function, disability and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
76. Organization WH. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. 2007 [cited; Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>]
77. Avenell A, Sattar N, Lean M. ABC of obesity. Management: Part I--behaviour change, diet, and activity. *Bmj* 2006;333(7571):740-3.
78. 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(2):102-14.
79. 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.
80. Bray GA, Greenway FL: Current and potential drugs for treatment of obesity. *Endocr Rev*. 1999; 20: 805-75
81. Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG et al. Randomized Trial of Lifestyle Modification and Pharmacotherapy for Obesity *NEJM*, 2005; 335, 2111-20
82. Bray GA, Bellanger T. Epidemiology, trends, and morbidities of obesity and the metabolic syndrome. *Endocrine* 2006;29(1):109-17.
83. Ferraro KF, Su YP, Gretebeck RJ, Black DR, Badylak SF. Body mass index and disability in adulthood: a 20-year panel study. *Am J Public Health* 2002;92(5):834-40.
84. Houston DK, Stevens J, Cai J, Morey MC. Role of weight history on functional limitations and disability in late adulthood: the ARIC study. *Obes Res* 2005;13(10):1793-802.
85. Larrieu S, Peres K, Letenneur L, Berr C, Dartigues JF, Ritchie K, et al. Relationship between body mass index and different domains of disability in older persons: the 3C study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004;28(12):1555-60.
86. Houston DK, Ding J, Nicklas BJ, Harris TB, Lee JS, Nevitt MC, et al. The association between weight history and physical performance in the Health, Aging and Body Composition study. *Int J Obes (Lond)* 2007.
87. Choban PS, Onyejekwe J, Burge JC, Flancbaum L. A health status assessment of impact of weight loss following Rox-en-Y gastric bypass for clinically severe obesity. *J Am Coll Surg* 1999; 188: 491 –497
88. Fontaine KR, Barofsky I, Andersen RE, Bartlett SJ, Wiersema L, Cheskin LJ, Franckowiak SC. Impact of weight loss on healthrelated quality of life. *Qual Life Res* 1999; 8: 275 – 277;
89. Lean ME, Han TS, Seidell JC. Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity. *Arch Intern Med* 1999; 159: 837 – 843

PARTE SECONDA

DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

INDICAZIONI PER I DIVERSI LIVELLI DI TRATTAMENTO

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

1. PREMESSA

Se rivolgiamo uno sguardo d'insieme agli studi dedicati alla terapia dei Disturbi dell'Alimentazione possiamo rintracciare tre linee generali :

- interventi psicoterapeutici e psico-educazionali;
- interventi di tipo ambientale;
- interventi di tipo medico-biologico (farmaci, psicofarmaci, nutrizione artificiale).

Le tre linee compongono quel modello, teorico e clinico, che si definisce da almeno trent'anni *bio-psico-sociale* o multidimensionale (1-24).

Un problema di speciale rilievo per gli effetti clinici, i riflessi economici⁸ e le conseguenze in materia di politica sanitaria è la scelta del *setting* di cura.

Dove è preferibile curare una persona affetta da un Disturbo dell'Alimentazione?

In particolare, quali sono i criteri per indicare come intervento di scelta un trattamento riabilitativo intensivo di tipo residenziale?

2. CRITERI DIAGNOSTICI

Per decidere se e dove ricoverare una persona affetta da un Disturbo dell'Alimentazione (DA), potremmo pensare di far appello, anzitutto, a criteri diagnostici.

Ricordiamo, in proposito, che il campo nosografico della psicopatologia dell'alimentazione (in inglese, *eating disorders*) è diviso attualmente fra Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (DANAS), detti anche atipici o parziali o sottosoglia.

Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa sono due sindromi che la nosografia psichiatrica più recente, a partire dal 1980, tiene distinte: i criteri diagnostici sono stati scelti in modo tale che la diagnosi di stato può essere, di volta in volta, solo l'una o l'altra. Anoressie e Bulimie condividono però molti caratteri ed è frequente che la stessa persona passi, in momenti diversi della vita, dall'uno all'altro disturbo (*migrazione diagnostica*): in particolare, almeno il 50% dei soggetti che si ammalano di AN sviluppano sintomi bulimici.

Sul piano epidemiologico, secondo uno studio Americano recente condotto su un vasto campione di popolazione generale (n. 9282), nel genere femminile, la prevalenza *lifetime* dell'AN è 0,9% e quella della BN 1,5%; nel genere maschile, i valori sono, rispettivamente, 0,3% e 0,5% (25).

⁸ Così come l'Obesità, anche i DA presentano sia costi diretti (ospedalizzazione, riabilitazione, ...) che indiretti (inabilità al lavoro, mortalità precoce, ..). In Germania sono stimati in 195 milioni di euro annui (73 per i costi diretti, 122 di costi indiretti). Stime analoghe sono state fatte in Gran Bretagna, Australia, anche se la sensazione degli autori è che tali costi siano sottostimati (Mitchell JE, et al: Int J Eat Disord. 2009; Krauth C et al: Eur J Health Econ. 2002; Simon J, et al: Psychol Med. 2005).

Le Tabelle 1 e 2 riportano, rispettivamente, i criteri diagnostici correnti per l'anoressia nervosa e per la bulimia nervosa.

Tabella 1 Anoressia Nervosa. Criteri diagnostici ICD-10 e DSM-IV

ICD-10-DCR, 1993	DSM-IV-TR, 2000
Anoressia Nervosa (F50.0)	Anoressia Nervosa (307.1)
Perdita di peso o, nei bambini, mancato aumento che conduce a un peso corporeo inferiore di almeno il 15% rispetto a quello normale o atteso per l'età e la statura	Rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per l'età e la statura o al disopra di esso
La perdita di peso è autoindotta evitando cibi che fanno ingrassare	Intensa paura di aumentare di peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso
Percezione di sé come troppo grassa/grasso con una paura intrusiva di ingrassare che induce ad autoimporsi una soglia di peso molto bassa	Disturbi nel modo di sentire il peso e le forme del proprio corpo, influenza indebita del peso e delle forme del corpo sulla valutazione di sé o diniego della gravità della perdita di peso in atto
Esteso disturbo endocrino che coinvolge l'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi e si manifesta nelle donne con amenorrea e negli uomini con perdita di libido e di potenza sessuale	Nelle donne che hanno già avuto il menarca, amenorrea con assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi
Non sono soddisfatti i primi due criteri per la diagnosi di bulimia nervosa	
	<p>Specificare il sottotipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Sottotipo restrittivo</i>: la persona non presenta frequenti episodi di abbuffate o di comportamenti di svuotamento improprio (vomito autoindotto, abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri) ▪ <i>Sottotipo bulimico</i>: la persona presenta frequenti episodi di abbuffate compulsive o di comportamenti di svuotamento (vomito autoindotto o abuso-uso improprio di lassativi, diuretici o clisteri)

Tabella 2 Bulimia Nervosa. Criteri diagnostici ICD-10 e DSM-IV

ICD-10-DCR, 1993 Bulimia Nervosa (F50.2)	DSM-IV, 1994 Bulimia Nervosa (307.51)
Episodi ricorrenti di abbuffate (almeno due a settimana per almeno tre mesi) in cui grandi quantità di cibo sono consumate in brevi periodi di tempo	Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive (in inglese, <i>binge eating</i>). Un'abbuffata compulsiva è definita dai due caratteri seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • mangiare, in un periodo di tempo circoscritto una quantità di cibo che è indiscutibilmente superiore a quella che la maggior parte della gente mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili; • un senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare (per es., sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando)
Preoccupazioni persistenti intorno al mangiare e forte desiderio di mangiare o senso di coazione a farlo (ricerca bramosa)	
Il soggetto tenta di contrastare gli effetti ingrassanti del cibo con uno o più dei metodi seguenti: vomito autoindotto; abuso-uso improprio di lassativi, diuretici, farmaci anti-fame, preparati di tiroide; periodi di digiuno. In soggetti diabetici, le abbuffate possono essere contrastate riducendo il trattamento insulinico	Comportamenti ricorrenti impropri di compenso indirizzati a prevenire aumenti di peso, come: vomito autoindotto; abuso-uso improprio di lassativi, diuretici, clisteri o altri farmaci; digiuno; esercizio fisico eccessivo
	Abbuffate e contromisure improprie capitano, entrambe, in media, almeno due volte a settimana da almeno tre mesi
Percezione di sé come troppo grassa/grasso con una paura intrusiva di ingrassare che induce, di solito, ad essere sottopeso	La valutazione di sé è indebitamente influenzata dalle forme e dal peso del corpo
	Il disturbo non capita soltanto nel corso di episodi di Anoressia Nervosa
	Specificare il sottotipo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Sottotipo con condotte di svuotamento</i>: la persona si è provocata frequentemente il vomito o ha usato frequentemente in modo improprio lassativi, diuretici o clisteri ▪ <i>Sottotipo senza condotte di svuotamento</i>: la persona ha usato altri comportamenti impropri di compenso, come il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo, ma non si è provocata frequentemente il vomito né ha usato frequentemente in modo improprio lassativi, diuretici o clisteri.

Le sindromi parziali o atipiche (DANAS) sono i quadri clinici in cui si ritrovano alcuni, ma non tutti, i sintomi che la comunità scientifica ha convenuto di ritenere necessari per la diagnosi medica di Anoressia o di Bulimia. Costituiscono un campo vasto e mal definito. Un fatto va sottolineato per i suoi riflessi sulle scelte terapeutiche: una diagnosi di DANAS non implica necessariamente una gravità minore rispetto a una diagnosi di AN o di BN.

Consideriamo, a titolo di esempio, il caso di una ragazza che non mangia mai troppo (non ha episodi oggettivi di abbuffate compulsive, *binge eating*), ma da molti anni si provoca il vomito ogni volta che ingerisce qualcosa e mantiene un peso basso con un indice di massa corporea $< 18 \text{ Kg/m}^2$ e un ciclo mestruale irregolare (ma senza amenorree prolungate per tre o più mesi consecutivi). I sintomi non soddisfano i criteri richiesti dal DSM e dall'ICD per l'AN o la BN; la diagnosi è DANAS. Le condizioni cliniche e le disabilità, però, possono essere gravi, anche più gravi di quelle associate a casi di AN o di BN *full syndrome*, sia sul piano psichico che su quello somatico. Un ricovero, sia d'emergenza che riabilitativo, si può rendere necessario anche in pazienti con sindromi parziali o atipiche (diagnosi DANAS) (26, 27).

Non è dunque la diagnosi (AN, BN, DANAS) che indica o esclude l'opportunità di un ricovero.

A proposito di categorie diagnostiche, nell'ambito dei DANAS, va ricordato il caso speciale del *Disturbo di Alimentazione Incontrollata* (Bulimia senza contromisure di compenso, in inglese *Binge Eating Disorder*, BED), quadro clinico che ha suscitato nell'ultimo decennio un interesse crescente, soprattutto per i suoi legami con l'Obesità (14, 28, 29).

La proposta di considerare il BED come una sindrome autonoma è recente: 1990. L'ICD-10, pubblicato nel 1992-3, non nomina ancora il BED e la diagnosi ICD-10 corrispondente a questo quadro clinico è solo quella generica di DANAS.

Il DSM-IV, invece, ha accolto in via provvisoria la nuova sindrome e ha indicato criteri diagnostici per la ricerca. La nuova categoria nosografica sarà accettata ufficialmente, con ogni probabilità, nel prossimo DSM-V anche se con qualche modifica nella definizione dei criteri per la diagnosi (30, 31).

Le persone con Obesità-BED si presentano come un sottogruppo particolare nella vasta popolazione degli individui sovrappeso. Le prove a sostegno di questa tesi sono ormai consistenti. Gli obesi *binge eater* sembrano distinguersi dagli altri per varie prerogative:

- obesità in media più grave e ad esordio più precoce;
- ricorso più frequente e precoce a diete ipocaloriche;
- indici più elevati di psicopatologia (depressione, abuso di sostanze, disturbi d'ansia, immagine negativa del corpo).

La Tabella 3 riporta i criteri diagnostici provvisori per il BED secondo il DSM-IV-TR (32).

Tabella 3 Disturbo da Abbuffate Compulsive (*Binge eating disorder*, BED).

A.	Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è definito dai due caratteri seguenti (entrambi necessari):
i.	Mangiare, in un periodo di tempo circoscritto (p.e. nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte della gente mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili,
ii.	Un senso di mancanza di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (p.e., sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
B.	Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati a tre (o più) dei seguenti caratteri:
	• Mangiare molto più rapidamente del normale
	• Mangiare fino ad avere una sensazione penosa di troppo pieno
	• Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo, fisicamente, fame
	• Mangiare in solitudine per l'imbarazzo legato alle quantità di cibo ingerite
	• Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo
C.	Le abbuffate compulsive suscitano sofferenza e disagio
D.	Le abbuffate compulsive capitano, in media, almeno due giorni a settimana per almeno sei mesi.
E.	Le abbuffate compulsive non sono associate all'uso regolare di comportamenti impropri di compenso (p.e. vomito autoindotto, lassativi, clisteri, diuretici, digiuno, esercizi fisici eccessivi) e non capitano soltanto nel corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Un buon numero di persone obese (dal 2 al 40% secondo il tipo di selezione del campione), specialmente donne e soprattutto quelle che si sono sottoposte a diete drastiche ripetute, presenta il quadro di sintomi appena descritto che si è convenuto di chiamare *Binge Eating Disorder*. Secondo lo studio di popolazione già citato (25), la prevalenza *lifetime* del BED è 3,5% fra le donne e 2% fra gli uomini.

Quanto ai criteri di opportunità per un ricovero, nel caso di una diagnosi di BED, è necessario tener conto sia delle caratteristiche del Disturbo dell'Alimentazione che di quelle dell'Obesità così come delle patologie e disabilità eventualmente associate.

In conclusione, per i DA, all'interno di ogni categoria e sottogruppo diagnostico, l'indicazione di un ricovero può essere fondata solo su criteri clinici. Quali?

3. CRITERI CLINICI

I DA sono malattie caratterizzate da una patogenesi multifattoriale e da una presentazione clinica complessa e variabile (con manifestazioni psichiatriche e mediche). Altrettanto complesso (interdisciplinare e integrato) deve essere l'approccio terapeutico-riabilitativo, sia in fase di valutazione (*assessment*) che di trattamento (*management*).

In particolare, in fase diagnostica, è necessario o opportuno effettuare una valutazione di:

- Stato di Nutrizione
 - bilancio energetico: comportamento alimentare vs. livello di attività fisica (calorimetria indiretta);
 - composizione corporea: quota e distribuzione della massa grassa e della massa magra (DEXA, BIA, antropo-plicometria);
 - densitometria ossea (DEXA);
 - parametri biologici correlati alla diminuzione della massa grassa e della massa magra (assetto lipidemico e protidemico, funzionalità epatica etc.).
- Rischio Cardiovascolare
 - esami clinici, elettrocardiografici ed ecocardiografici.

- **Profilo Endocrinologico**
 - parametri ematochimici;
 - diagnostica per immagini (indagini ecografiche e con altre tecniche di *imaging* biomedico).
- **Status Psicico, con l'ausilio di strumenti psicometrici diretti alla valutazione di:**
 - disturbi dell'alimentazione [p.e. Eating Attitude Test (EAT), Eating Disorder Examination (EDE-12.0D) e Binge Eating Scale (BES)];
 - disturbi dell'immagine del corpo [p.e. Body Uneasiness Test (BUT)];
 - indici plurimi di psicopatologia [p.e. Derogatis Symptom Check List (SCL90R), Brief Symptom Inventory (BSI)];
 - profili e disturbi di personalità [p.e. Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCM-III); Cloninger Temperament and Character Inventory(TCI)];
 - qualità di vita [p.e. Psychological General Well Being (PGWBI) e SF-36 Health Survey e Psychological General Well Being Index (PGWBI)].
- **Funzionalità Motoria**
 - resistenza [p.e. six-minute-walk-test (6MWT) con monitoraggio di SPO₂, FC, PA];
 - forza [p.e. dinamometria (hand-grip dynamometry)];

3.1. Indicatori somatici di gravità

A quali indicatori generali di gravità possiamo far riferimento?

La tabella 4 riassume alcune condizioni che, da sole o combinate fra loro, possono rendere necessario un ricovero in casi di AN, BN e DANAS (17, 19, 33-36).

Tabella 4 AN e BN (*full e partial syndromes*): indicatori somatici di gravità

<i>Adulti</i>	<i>Bambini e adolescenti (particolarità)</i>
Peso corporeo < 85% peso sano (calcolato sulla base dei valori normativi generali e delle caratteristiche fisiologiche individuali) o BMI < 16	Vanno considerati anche il mancato accrescimento e la rapidità del calo ponderale
Frequenza cardiaca < 40 bpm (battiti per minuto)	Frequenza cardiaca < 50 bpm
Danno miocardico	
Aritmie cardiache	
QT allungato	
Pressione arteriosa < 90/60 mmHg o ipotensione ortostatica (passando dalla posizione sdraiata a quella eretta aumento delle pulsazioni > 20 bpm o caduta della pressione > 10-20 mmHg/minuto)	Pressione arteriosa < 80/50 mmHg o ipotensione ortostatica (passando dalla posizione sdraiata a quella eretta aumento delle pulsazioni > 20 bpm o caduta della pressione > 10-20 mmHg/minuto)
Temperatura corporea < 36°C (97°F)	
Ipoglicemia (< 60 mg/dL)	
Diabete fuori controllo	
Anemia, leucopenia, piastrinopenia gravi	
Squilibrio elettrolitico (ipo- o ipersodiemia, ipocloremia, ipofosfatemia, ipomagnesiemia, ipocalcemia)	In particolare: ipofosfatemia
Potassiemia < 3meq/L (il potassio corporeo totale può essere basso anche se quello sierico è normale se c'è disidratazione)	
Disidratazione grave (il peso specifico delle urine può aiutare a valutare la disidratazione)	
Segni di insufficienza cardiovascolare, renale o epatica	
Pancreatite	
Ipoprotidemia, edemi	
Riduzione sostanza grigia cerebrale	
Osteoporosi	
Esofago di Barrett	
Colon atonico o catartico	

Nel caso particolare del BED, come indicatori somatici di gravità, valgono quelli relativi alla condizione di Obesità e alle patologie e disabilità ad essa correlate (diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, malattie coronariche e cerebrovascolari etc.). Da ricordare, però, che il BED risulta associato a un maggior rischio per la salute indipendentemente dal valore di IMC (35, 37).

3.2. Indicatori psichici di gravità

La tabella 5 riassume alcune condizioni che, da sole o combinate fra loro, possono rendere necessario un ricovero in casi di disturbi dell'alimentazione (17, 19, 33-36).

Tabella 5 Disturbi dell'alimentazione: indicatori psico-ambientali di gravità

<i>Adulti</i>	<i>Bambini e adolescenti (particolarità)</i>
Intenzioni e progetti di suicidio	
Gesti autolesivi pericolosi	
Collaborazione alle cure insufficiente	
Necessità di supervisione a ogni pasto e dopo ogni pasto	
Necessità di alimentazione artificiale (nasogastrica o parenterale)	
Compulsione continua all'esercizio fisico	
Comorbidità psichiatrica grave (disturbi psicotici, ossessivo-compulsivi, dell'umore, di personalità, correlati a sostanze etc.)	
Mancanza di un supporto familiare adeguato e impossibilità di vivere da soli	Gravi disfunzioni del sistema familiare

La valutazione del rischio di suicidio è difficile. È utile considerare, fra gli altri, i fattori seguenti:

- comorbidità medica;
- comorbidità psichiatrica;
- supporti psico-sociali;
- precedenti tentativi di suicidio;
- relazione medico-paziente e, in generale, con l'*équipe* curante;
- *compliance* alle cure.

4. **SETTING DI CURA**

4.1 **Principi generali**

Le linee-guida recenti concordano tutte su due principi generali per il trattamento dei DA (2, 16, 17, 33, 36):

- a. *team approach*: approccio multidimensionale, interdisciplinare, multiprofessionale integrato che coinvolge medici (internisti, nutrizionisti clinici, psichiatri), psicologi, dietisti, fisioterapisti, educatori e infermieri;
- b. *setting multipli*: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva - semiresidenziale e residenziale - indirizzata agli stati gravi di malnutrizione per difetto, alle fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità somatiche e psichiatriche e all'avvio di una correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, su alimentazione e attività fisica). Il trattamento H 24 (inpatient treatment) va previsto se le condizioni cliniche, psicologiche e comportamentali lo richiedono. E' opportuno ospedalizzare prima che le condizioni del paziente divengano critiche, e al fine di ridurre mortalità e morbilità. Tra le indicazioni al ricovero vanno considerate inoltre: la mancanza di cooperazione e quindi di risposta al trattamento meno intensivo, e per gli adolescenti l'arresto della crescita staturale e/o rapida perdita di peso. Il trattamento H 24 andrebbe fatto in un *setting* in grado di affrontare i problemi clinici (*refeeding*) e psicologici, e dotato di *équipe* multiprofessionali esperte nel trattamento dei DA. A volte è necessario far ricorso a trattamenti sanitari obbligatori che devono avvenire in reparti capaci di affrontare i problemi medico-nutrizionali (*refeeding*) oltre che psichiatrici.

La logica, i tempi ed i modi della medicina riabilitativa si applicano bene anche alla storia naturale dei DA, caratterizzata da comorbidità, cronicità e disabilità con gravi ripercussioni sulla qualità di vita (9, 19, 34).

L'intensità dell'intervento deve essere funzione del livello di gravità delle condizioni psichiche e somatiche, delle comorbidità, del grado di disabilità e della qualità di vita del paziente.

Come per l'Obesità, anche nel caso dei DA, tenuto conto delle caratteristiche di cronicità della malattia, il *follow-up* del paziente è quanto mai importante. In caso di necessità (le malattie croniche sono tutte caratterizzate da peggioramenti ricorrenti, ricadute e recidive) si dovrà intraprendere un nuovo percorso riabilitativo, di intensità variabile in funzione della gravità della malattia e/o della ricaduta.

4.2 Articolazione della rete assistenziale

Il progetto terapeutico-riabilitativo del soggetto affetto da DA deve articolarsi su strutture di:

- a. primo livello: MMG, PLS e SIAN;
- b. secondo livello: *ambulatorio specialistico (ospedaliero e non) in rete interdisciplinare (aree psicologico-psichiatrica e internistico-metabolico-nutrizionale)*;
- c. terzo livello: *day service, day hospital (DH, diagnostico/terapeutico/riabilitativo)*, centro diurno;
- d. quarto livello: *riabilitazione intensiva residenziale (cod. 56 o ex art. 26) o riabilitazione psichiatrica (incluse le comunità terapeutico-riabilitative)*;
- e. *quinto livello*: ricoveri H24 (ordinari e d'emergenza).

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.

Per quanto riguarda i primi (ambulatorio di medicina generale o di pediatria di base) essenziale sarà la capacità di riconoscere i fattori di predisposizione, di saper riconoscere i segnali d'allarme, monitorarli e indirizzarli verso i livelli di cura pluridisciplinari integrati, evitando il cosiddetto "ritardo medico" nella diagnosi, che spesso impedisce cure tempestive e efficaci.

La rete assistenziale deve essere articolata sia longitudinalmente che trasversalmente:

- a. 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;
- b. trasversalmente perché pazienti con DA, in relazione al grado di comorbidità-fragilità-disabilità, possono giovare dell'uno o dell'altro nodo della rete assistenziale.

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

- a. il livello di gravità e/o comorbidità medica e/o psichiatrica è elevato;
- b. l'impatto sulla disabilità e sulla qualità di vita del paziente è pesante;
- c. 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) ;
- d. precedenti percorsi a minore intensità 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 per il trattamento riabilitativo. Determinanti saranno la raggiunta consapevolezza e la motivazione del paziente.

Si sottolinea, in proposito, il fatto che la riabilitazione intensiva ha, 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.

4.3 Percorsi di trattamento

Il programma di trattamento del paziente con DA deve sempre integrare, in un approccio interdisciplinare:

- intervento nutrizionale finalizzato a:
 - ottenere un graduale recupero ponderale con un buon equilibrio FM/FFM;
 - ricostruire durevolmente corrette abitudini alimentari (qualità, quantità, ritmo) basate sui canoni della Dieta Mediterranea (www.piramideitaliana.it) anche in una logica educativa;
 - ottenere una *compliance* del paziente funzionale al raggiungimento degli obiettivi.

- programma di rieducazione funzionale e ricondizionamento fisico, finalizzato a:
 - riattivare strutture muscolari ipotoniche e ipotrofiche;
 - migliorare la performance cardio-circolatoria e respiratoria;
 - bilanciare la spesa energetica con l'introito calorico e le necessità nutrizionali;
 - migliorare il rapporto massa magra/massa grassa;
 - favorire una più corretta distribuzione della massa grassa nella fase di recupero ponderale;
 - contrastare il depauperamento della densità minerale ossea;
 - rieducare il paziente a uno stile di vita attivo e salutare in alternativa all'attività fisica compulsiva spesso presente in alcuni DA.

- educazione terapeutica: interventi psico-pedagogici e psico-terapeutici brevi focalizzati, condotti da operatori abilitati e formati, diretti in particolare a:
 - informare sui comportamenti corretti nell'ambito dell'alimentazione e dell'attività fisica;
 - 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*);
 - contrastare le pratiche improprie e dannose di controllo del peso corporeo (vomito, lassativi etc.);
 - migliorare il rapporto con il corpo e la sua immagine (danza-movimento-terapia, training autogeno e altre tecniche corporee di rilassamento);
 - insegnare il controllo di semplici parametri clinici (frequenza cardiaca, glicemia nei diabetici);
 - aumentare il senso di responsabilità nella malattia e nella cura (*illness behaviour*);
 - favorire la *compliance* terapeutica (intervista motivazionale).

- e. nursing riabilitativo (*rehabilitation nursing*): interventi svolti da infermieri e diretti a:
 - migliorare le risposte dei pazienti a malattie croniche, disabilità e stili di vita patogeni;
 - potenziare i supporti ed i compensi ambientali e sociali;
 - proteggere e stimolare le capacità funzionali e relazionali al fine di migliorare la partecipazione alle attività riabilitative ed ai programmi assistenziali.

In casi selezionati può essere intrapresa una terapia farmacologica.

Si sottolinea l'importanza del fatto che strutture per DA, di qualsiasi livello di cura, devono organizzare i propri interventi definendo indicatori d'efficacia di percorso e d'esito. Solo se gli interventi sono strutturati è possibile una verifica dell'efficacia sia al termine della terapia che al follow-up.

Durante il ricovero riabilitativo, inoltre, vanno mantenuti e curati i rapporti con chi teneva in cura, fino all'ammissione, il paziente. Interventi psicoterapeutici formalizzati a lungo termine devono essere riservati, in linea di massima, al *setting* ambulatoriale, ma vanno preparati e predisposti durante i ricoveri riabilitativi in funzione di un adeguato piano terapeutico post-dimissione. Ricordiamo che gli interventi psicoterapeutici strutturati (psicoterapie a orientamento psicoanalitico, cognitivo-comportamentale, relazionale-sistemico, interpersonali) rappresentano la pietra d'angolo del trattamento ambulatoriale a lungo termine dei disturbi dell'alimentazione. Ma anche durante un programma riabilitativo (residenziale o semiresidenziale) e nelle comunità terapeutiche (intensive o di lungo periodo) le psicoterapie – in particolare di gruppo, motivazionali, brevi focalizzate – sono strumenti di cura preziosi.

4.4 Qual è il luogo più adatto dove effettuare il ricovero?

Se si tratta di un ricovero d'emergenza, salvavita o di un trattamento sanitario obbligatorio (TSO, secondo la legge n. 180 del 1978), il luogo deputato è l'ospedale generale. Va scelto il reparto più idoneo al problema in atto: terapia intensiva, medicina interna, malattie infettive, servizio psichiatrico di diagnosi e cura etc. È importante che i medici e gli altri operatori sanitari abbiano esperienza e competenza, sul piano tecnico e su quello psicologico, nel trattare le urgenze dei Disturbi del Comportamento Alimentare (e.g. *refeeding syndrome*, rapporti con il paziente e i suoi familiari).

In altri casi, gravi ma non in emergenza acuta, che durano da tempo e resistono ai trattamenti ambulatoriali, la scelta ideale è un reparto specializzato nella cura dei DA e, in particolare, in programmi di riabilitazione intensiva metabolica nutrizionale psicologica (36).

Quanto al durare da tempo e al resistere ai trattamenti ambulatoriali, si ricordi che la terza edizione delle linee guida APA (American Psychiatric Association) prescrive il ricovero se non si osservano segni di miglioramento dopo alcune settimane (letteralmente: *few weeks*) di cure ambulatoriali (17). In Italia è raro che questa indicazione sia applicata, anche per il numero ancora scarso di centri di riabilitazione specializzati.

Nel corso del ricovero, la rialimentazione deve essere effettuata, per quanto possibile, evitando metodi coercitivi e reintegrazioni massive, pericolose sia per l'equilibrio fisico (*refeeding syndrome*) che per quello mentale. L'informazione e semplici tecniche cognitivo-comportamentale (e.g. un esplicito contratto terapeutico) possono essere di grande utilità.

Se è vero che senza un certo miglioramento dello stato nutrizionale il trattamento psicoterapeutico di una persona affetta da un grave Disturbo dell'Alimentazione è spesso destinato al fallimento, è altrettanto vero che un ricovero e una rialimentazione forzata possono essere accettati o almeno tollerati solo all'interno di una relazione psicologica di chiarezza e di fiducia. Ciò è tanto più importante e difficile in quanto la maggior parte delle pazienti nega la malattia o riconosce come patologici solo alcuni sintomi (p.e. le crisi bulimiche ma non la ricerca di magrezza).

In situazioni di gravi carenze familiari e d'integrazione sociale, una comunità terapeutica con competenze specifiche per i Disturbi dell'Alimentazione e del peso corporeo può essere il *setting* di cura più adeguato a un progetto riabilitativo a lungo termine.

4.5 Quanto durano i ricoveri? Quali obiettivi perseguono?

I ricoveri ospedalieri d'emergenza e i trattamenti obbligatori durano, in media, poche settimane. Perseguono, essenzialmente, due scopi:

- risolvere o tamponare una fase critica ad alto rischio per la vita;

- indirizzare a trattamenti successivi, già in corso o da istituire *ex novo*.
- I ricoveri riabilitativi in centri specializzati durano vari mesi (da due a sei) e si propongono alcuni obiettivi principali, in linea con i principi generali di un intervento di tipo riabilitativo:
- stabilire un'alleanza leale e rispettosa con la paziente;
 - stabilire un rapporto di collaborazione con la famiglia;
 - sviluppare la motivazione alle cure e al cambiamento;
 - avviare uno stile di vita più sano, in particolare in materia di alimentazione e di attività fisica;
 - migliorare lo stato nutrizionale e metabolico e altri parametri biologici;
 - attenuare i sintomi psicopatologici specifici (alimentazione, attività fisica, immagine del corpo) e quelli eventualmente, associati (disturbi dell'umore, d'ansia, abuso di sostanze etc.);
 - ridurre il grado di disabilità;
 - migliorare gli indici di qualità della vita;
 - confermare, riparare o costruire *ex novo* una rete terapeutica adeguata per continuare le cure - psicoterapeutiche, psicofarmacologiche e medico-nutrizionali - in un *setting* ambulatoriale, dopo la dimissione.

Un trattamento psicoterapeutico sistematico e formalizzato, a lungo termine, va intrapreso (o ripreso) dopo la dimissione. È bene, però, prepararlo già durante il ricovero. Quando la/il paziente è già in cura, è buona norma stabilire un rapporto di comunicazione e collaborazione, immediato e costante, tra gli operatori del centro, quelli che lo/la seguivano prima del ricovero, la/il paziente e i suoi familiari.

5. PROPOSTA DI STRUMENTI OPERATIVI

Sono strumenti diretti a definire l'opportunità di un percorso di tipo riabilitativo e l'intensità dello stesso.

5.1 Criteri di appropriatezza del setting di cura

Sulla base della letteratura e dell'esperienza acquisita da diversi gruppi di lavoro in Italia, è stato costruito uno strumento per la valutazione dell'appropriatezza dell'accesso in riabilitazione metabolico-nutrizionale di soggetti affetti da DA: *Scheda SISDCA di Appropriatezza* della Riabilitazione Metabolico Nutrizionale Psicologica del paziente con DA (SSA-RMNP•DA) (allegato 3).

L'intensità dell'intervento (dall'ambulatorio fino al ricovero H24) è funzione di vari parametri clinici. I valori soglia per i vari *setting* di cura andranno stabiliti attraverso ricerche disegnate allo scopo e già in corso. I dati preliminari fanno pensare che un *cutoff* per il Total Score ≥ 20 possa rappresentare un'indicazione per una riabilitazione residenziale di tipo intensivo.

6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Garfinkel P, Garner D. Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. New York: Brunner/Mazel; 1982.
2. Garner D, Needleman L. Sequencing and integration of treatments. In: Garner D, Garfinkel P, editors. Handbook of Treatment for Eating Disorders. New York: The Guilford Press; 1997. p. 50-63.
3. Cuzzolaro M. Disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. In: Pissacroia M, editor. Trattato di psicopatologia dell'adolescenza. Padova: Piccin; 1997. p. 287-311.
4. Cuzzolaro M. Una linea-guida italiana per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Riflessioni preliminari. Rivista Italiana di Freniatria 1998;CXXII:69-77.
5. Cuzzolaro M. Trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare. Il punto di vista dello psichiatra. In: Gentile MG, editor. Aggiornamenti in nutrizione clinica, 8. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2000. p. 31-45.

6. Cuzzolaro M, editor. *Terapia farmacologica dei disturbi del comportamento alimentare*. Milano: Kurtis; 2000.
7. Cuzzolaro M. *Disordini alimentari in adolescenza*. In: Ammaniti M, editor. *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Cortina; 2002. p. 399-427.
8. Cuzzolaro M. *La terapia farmacologica dei disturbi del comportamento alimentare*. *Noos* 2003;9:49-66.
9. Cuzzolaro M. *Anoressie e bulimie. Un'epidemia del nostro tempo*. Bologna: Il Mulino; 2004.
10. Cuzzolaro M. *Interventi psicoterapeutici*. In: Pinchera A, Bosello O, Carruba M, editors. *Obesità e sistema endocrino: Mediserve*; 2006. p. 247-258.
11. Cuzzolaro M. *Anoressia e bulimia*. In: Barale F, Bertani M, Gallese V, Mistura S, Zamperini A, editors. *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Torino: Einaudi; 2006. p. 79-82.
12. Cuzzolaro M, Bollea M, Khazrai M, Stalteri Y, Pierangeli S. *Disturbi dell'alimentazione*. In: Binetti P, Marcelli M, Baisi R, editors. *Manuale di nutrizione clinica e scienze dietetiche applicate*. Roma: Società Editrice Universo; 2006. p. 571-584.
13. Cuzzolaro M, Perna F, Sutera M, Vetrone G, Spera G. *Peso e immagine. Conseguenze psicosociali dell'obesità (Cap. 4)*. In: Gentile M, editor. *Aggiornamenti in nutrizione clinica, n.15. Nutrizione clinica e patologie correlate*. Fidenza: Mattioli; 2007. p. 27-39.
14. Cuzzolaro M, Vetrone G. *Overview of evidence on the underpinnings of binge eating disorder and obesity*. In: Dancyger I, Fornari V, editors. *Evidence based treatments for eating disorders: children, adolescents and adults*. New York: Nova Science Publishers; 2008 in press.
15. Savina C, Cuzzolaro M. *Eating disorders*. In: Salerno Kennedy R, Savina C, editors. *Food and health in the new millennium: a concise guide to nutrition in health and disease*. 2008, New York: Nova Science Publishers;
16. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders (Revision)*. *American Journal of Psychiatry* 2000;157 (Jan Supplement):1-39.
17. 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.
18. Grilo C, editor. *Eating and weight disorders*. Hove and New York: Psychology Press; 2006.
19. Yager J, Powers P, editors. *Clinical manual of eating disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2007.
20. Bosello O, Cuzzolaro M. *Sovrappeso e obesità*. Bologna: Il Mulino; 2006.
21. Bosello O, editor. *Obesità. Un trattato multidimensionale*. 2^a ed. Milano: Kurtis; 2008.
22. Fairburn C, Brownell K, editors. *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook. Second Edition ed*. New York: Guilford; 2002.
23. Fairburn CG, Harrison PJ. *Eating disorders*. *Lancet* 2003;361(9355):407-16.
24. Garfinkel PE, Dorian BJ. *Factors that may influence future approaches to the eating disorders*. *Eat Weight Disord* 1997;2(1):1-16.
25. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58.
26. Norring C, Palmer B, editors. *EDNOS, eating disorders not otherwise specified: clinical perspectives on the other eating disorders*. Hove: Routledge; 2005.
27. Dalle Grave R, Calugi S. *Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa*. *Eur Eat Disord Rev* 2007;15(5):340-9.
28. Cuzzolaro M. *Obesità e binge eating disorder. Nascita di una nuova diagnosi psichiatrica*. *Psichiatria di Comunità* 2002;1:86-94.
29. Mitchell J, Devlin M, de Zwaan M, Crow S, Peterson C. *Binge eating disorder. Clinical foundations and treatment*. New York: Guilford; 2008.
30. Cuzzolaro M, Bellini M, Donini L, Santomassimo C. *Binge eating disorder and body uneasiness*. *Psychological Topics* in press.
31. Striegel-Moore RH, Franko DL. *Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence*. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:305-24.
32. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR. 4th, Text Revised ed*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
33. 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.
34. Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: The Guilford Press; 1997.
35. Yager J. *Binge eating disorder: the search for better treatments*. *Am J Psychiatry* 2008;165(1):4-6.

36. Yager J. Assessment and determination of initial treatment approaches for patients with eating disorders. In: Yager J, Powers P, editors. *Clinical Manual of Eating Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2007. p. 31-59.
37. Bulik C, Reichborn-Kjennerud T. Medical morbidity in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;S34:S39-46.
38. Thornborg U, Nordholm L, Wallstrom A, Svantesson U. Quality of life assessment for patients with eating disorders. *Eat Weight Disord* 2005;10(3):e56-60.

CONCLUSIONI

L'Obesità ed i DA sono patologie croniche, con una patogenesi complessa caratterizzate da un significativo aumento della morbilità con ripercussioni gravi sulla qualità di vita legate, in particolare, alle disabilità.

Le linee-guida recenti concordano tutte su due principi generali per il trattamento delle forme gravi di Disturbi dell'Alimentazione e dell'Obesità:

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

In assenza di un'emergenza acuta, per quadri clinici che durano da tempo e resistono ai trattamenti ambulatoriali, la scelta ideale è un setting specializzato nella cura di Obesità e DA e, in particolare, in programmi di riabilitazione intensiva metabolica e psico-nutrizionale secondo la logica, i tempi e i modi della medicina riabilitativa.

L'accesso al percorso di riabilitazione intensiva residenziale o semiresidenziale può 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). L'intervento riabilitativo deve essere infatti finalizzato a recuperare *“una competenza funzionale”*, a *“porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie croniche”* e a migliorare la qualità di vita dei pazienti. La riabilitazione è quindi *“un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative”*⁹. (Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione – GU 30 maggio 1998, n° 124; Towards a common language for function, disability and health. Geneva: WHO 2002; International classification of functioning, disability and health (ICF). WHO, 2007).

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 interdisciplinari possono modificare la storia naturale dell'Obesità, riducendo l'incidenza di complicanze o procrastinandone la comparsa, con vantaggi importanti anche in termini economici (Wolf Am et al: J Am Diet Assoc, 2007; Allender S et al: Obes Rev 2007).

I dati della letteratura dimostrano 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, che sono passati attraverso un percorso terapeutico-riabilitativo caratterizzato dall'integrazione, in un approccio interdisciplinare, di un intervento nutrizionale, di un programma di rieducazione funzionale e ricondizionamento fisico e di

⁹ In tale ottica le associazioni di pazienti [AIPO (Ass Italiana Pazienti Obesi). CIDO (Comitato Italiano per i Diritti delle persone affette da Obesità e DA)] hanno più volte sottolineato le difficoltà incontrate da soggetti obesi nell'accedere a indagini diagnostiche (TAC, RMN, ..) o a interventi chirurgici in assenza di attrezzature adeguate nelle strutture ospedaliere.

un percorso psico-educazionale (educazione terapeutica, motivazione al cambiamento) adeguatamente supportati da un intervento di nursing riabilitativo. In casi selezionati è utile il supporto di una terapia farmacologica e, nel caso dell'Obesità, chirurgica (chirurgia bariatrica) sempre nel quadro di un progetto riabilitativo multidimensionale integrato.

L'intensità dell'intervento deve essere funzione del livello di gravità e comorbidità (somatica e psichica) dell'Obesità e/o dei DA, del grado di disabilità e della qualità di vita complessiva. È essenziale che l'intervento riabilitativo, residenziale o semiresidenziale, si articoli e si coordini con un piano di cura complessivo, ambulatoriale, di lungo periodo e che non sia una porta girevole con continui rientri o una finestra sul vuoto.

Alla luce di quanto detto, appare auspicabile la creazione di reti regionali per il trattamento dell'Obesità e dei DA con strutture di vario livello collegate tra loro (Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione - GU 30 maggio 1998, n° 124) e armonizzate attraverso un Centro di Coordinamento Regionale.

Al Centro di Coordinamento Regionale si chiede di interagire con le Società Scientifiche che operano nel campo dell'Obesità e dei Disturbi dell'Alimentazione (www.sio-obesita.org; www.sicob.org; www.disturbialimentazione.it) per:

- fissare gli standard qualitativi (di struttura e di processo) ai quali le strutture destinate ad assistere i soggetti affetti da Obesità e/o da DA devono rispondere;
- definire criteri di appropriatezza, fondati su prove scientifiche e plausibili sul piano politico-sanitario, per regolare il ricorso alle diverse strutture;
- definire strumenti di misura delle disabilità Obesità-correlate e DA-correlate;
- sottoporre a verifica periodica criteri e misure attraverso valutazioni di efficacia dei trattamenti a breve-medio termine e studi di esito a lungo termine.

La rete assistenziale sarà articolata su strutture di:

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

È importante considerare che queste strutture debbono essere in stretto contatto tra di loro creando una sorta di "filiera" assistenziale, con interventi appropriati e scalari, che consenta una presa in carico continuativa e duratura del paziente.

Per quanto riguarda la qualità del servizio assistenziale, il Ministero della Salute e le Società Scientifiche dovranno formulare raccomandazioni cliniche per lo screening e il trattamento dell'Obesità e dei DA. Le Istituzioni di Governo della Sanità Pubblica dovrebbero altresì impedire l'utilizzo di pratiche diagnostiche e terapeutiche la cui base scientifica non sia fondata ("La sfida dell'obesità nella regione europea dell'OMS e le strategie di risposta". Regional Office for Europe of the WHO 2007).

La Sanità Pubblica deve inoltre perseguire l'obiettivo ideale di erogare prestazioni della miglior qualità possibile nel rispetto dei vincoli economici posti dal sistema. A tal fine, le Società Scientifiche che operano nei settori dell'Obesità e dei Disturbi dell'Alimentazione dovranno stabilire standard qualitativi sia di struttura (figure professionali, strumenti, spazi, attrezzature diagnostico-terapeutiche, etc.) che di processo (percorsi diagnostico terapeutici) cui dovranno attenersi le strutture cliniche ai fini di un accreditamento.