

Gestione del paziente sovrappeso/obeso in medicina generale

Il problema obesità

Un aspetto florido è generalmente percepito come indice di buona salute nonché come affrancamento dalle ristrettezze alimentari vissute dalle precedenti generazioni. L'indulgenza nei confronti di un'adiposità più o meno pronunciata, soprattutto nei bambini, è palese nelle vecchie pubblicità televisive degli anni '50 che mostravano il compiacimento delle mamme per la pinguedine dei figli svezzati con i primi latti artificiali. Purtroppo in mezzo secolo, la crescente sedentarietà e l'eccessivo introito calorico hanno determinato un costante incremento del peso corporeo in tutte le fasce della popolazione. In una recente indagine condotta in bambini (9 anni) delle scuole elementari italiane il 20,6% dei

bambini è risultato sovrappeso ed il 9% obeso, con valori ancora maggiori nelle scuole medie¹. Negli adulti la situazione non è migliore, con circa 16 milioni di soggetti sovrappeso e quasi 4 milioni di obesi² (tabella 1).

L'obesità è una malattia grave e costosa per il SSN

Gli studi pionieristici condotti dalla fine degli anni '60 in USA hanno dimostrato in modo univoco e coerente che l'obesità deve essere considerata una *patologia grave*, con elevati tassi di mortalità e morbilità, prevalentemente (ma non solo) cardiovascolare³⁻⁵. Essere obesi significa andare più facilmente incontro ad *infarto ed ictus*, a *diabete*, ad alcuni *tumori* e ad altre patologie letali o invalidanti.

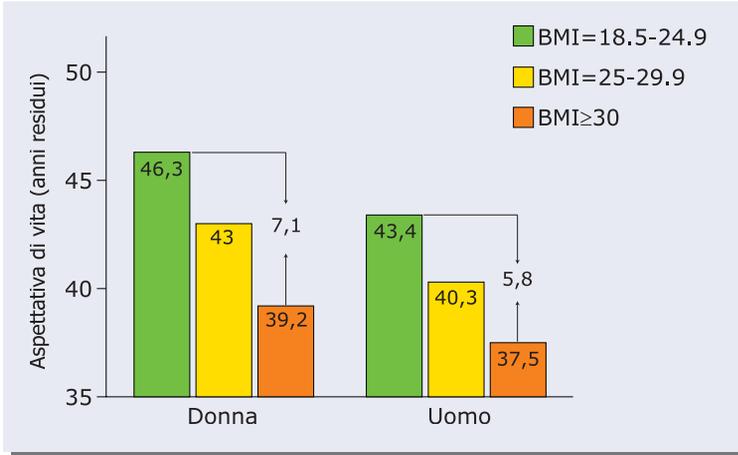
Lasciare agire l'obesità per molti anni significa ridurre consistentemente l'aspettativa di vita dell'obeso. Studi longitudinali hanno dimostrato in modo univoco che un maschio obeso (BMI ≥ 30) di 40 anni, non fumatore e senza malattie in essere, morirà in media 5.8 anni prima della controparte normopeso⁶ (figura 1).

L'obesità è anche una malattia molto costosa per il Sistema Sanitario, poiché incrementa i ricoveri ospedalieri, le cure domiciliari, i trattamenti farmacologici e chirurgici. È stato calcolato che i 4 milioni di italiani obesi assorbono risorse per circa 7 miliardi di Euro/anno, mentre altri 16 miliardi di Euro sono consumati dai soggetti sovrappeso⁷. Il paziente sovrappeso/obeso

Tabella 1. Rischio relativo (RR) di ammalare di una patologia obesità-correlata.

Patologie		
RR >3 volte	RR = 2-3 volte	RR= 1-2 volte
Diabete	Ipertensione	Tumore mammella
Dislipidemia	Infarto del miocardio	Coxartrosi
Sindrome metabolica	Ictus	Alterazioni endocrine
Calcolosi biliare	Gotta	Alterazioni posturali
Apnea notturna	Gonartrosi	

Figura 1. Riduzione dell'aspettativa di vita in rapporto al peso corporeo in soggetti quarantenni esenti da altre patologie. (Dati da Peeters A 2003⁶).



va quindi *individuato e trattato precocemente* per due motivi: 1) ridurre le patologie obesità-correlate; 2) ridurre i costi eccedenti associati all'obesità.

Il ruolo della Medicina Generale

Tutte le Linee Guida indicano come cruciale il ruolo del medico di famiglia nella prevenzione e nel trattamento del sovrappeso attraverso: 1) l'*individuazione precoce* del soggetto a rischio di obesità; 2) l'*educazione dei familiari* se il soggetto a rischio è bambino/

adolescente); 3) la *classificazione ed il trattamento* del soggetto sovrappeso/obeso⁸. *Qualunque politica sanitaria di prevenzione dell'obesità è destinata a fallire senza il coinvolgimento del medico di famiglia.* Il monitoraggio del BMI deve far parte del periodico aggiornamento della cartella clinica.

Classificare il paziente

La diagnosi di sovrappeso/obesità è rapida e si fonda su tre semplici misurazioni, due delle quali dovrebbero essere già presenti nella cartella cli-

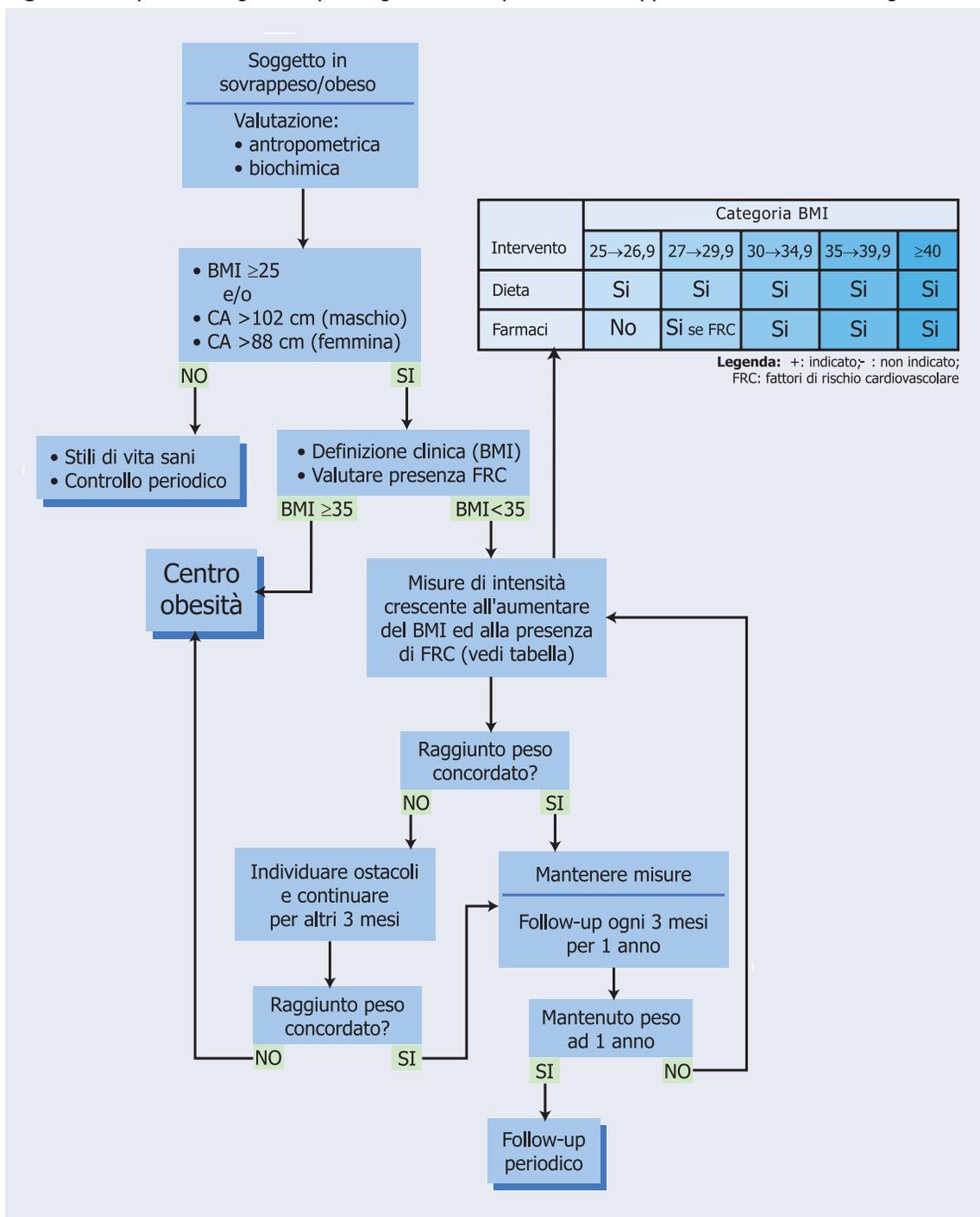
- altezza (m);
- peso (kg);
- circonferenza addominale (cm).

$$BMI = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altezza (m)}^2}$$

$$BMI = \frac{\text{kg } 96}{\text{m } 1,65 \times 1,65} = \frac{96}{2,72} = 35,3$$

Tabella 2. Il rischio di malattie obesità-correlate, prevalentemente cardiovascolari, è associato alla gravità dell'obesità (BMI) ed al grado di adiposità viscerale (CA).

Definizione	BMI (kg/m ²)	Obesità (Grado)	Rischio malattie correlate	
			CA < 102 (uomo) CA < 88 (donna)	CA > 102 (uomo) CA > 88 (donna)
Sottopeso	< 18.5	-	-	-
Normopeso	18.5-24.9	-	-	-
Sovrappeso	25-29.9	-	Aumentato	Alto
Obesità lieve	30-34.9	I	Alto	Molto alto
Obesità moderata	35-39.9	II	Molto alto	Molto alto
Obesità grave	≥40	III	Altissimo	Altissimo

Figura 2. Proposta di algoritmo per la gestione del paziente sovrappeso/obeso in medicina generale.

nica: 1) altezza (m); 2) peso (kg); 3) circonferenza addominale (cm).

La circonferenza addominale (CA), misurata due dita sopra l'ombelico, è un indicatore affidabile di adiposità visce-

rale, a sua volta un marker di ridotta tolleranza glucidica (pre-diabete): per questo motivo se CA è > 102 cm nell'uomo e > 88 cm nella donna, il soggetto è da considerarsi ad aumentato rischio,

anche se normopeso. In tabella è riportata la classificazione ufficiale OMS e la relazione fra peso corporeo e rischio di diabete, ipertensione ed accidenti cardiovascolari⁹ (tabella 2).

È inoltre necessario valutare il quadro glico-lipidico a digiuno e controllare la pressione arteriosa. Questi dati sono necessari per porre diagnosi di *sindrome metabolica* (SM), una condizione altamente aterogena, da cui sono affetti oltre il 20% dei soggetti sovrappeso ed il 50% degli obesi¹⁰.

E' presente anche sindrome metabolica?

La diagnosi precoce di sindrome metabolica è semplice a porsi ed essenziale per migliorare la prognosi. Pazienti anche con sovrappeso lieve possono essere affetti da SM: è sufficiente che siano presenti almeno 3 dei 5 criteri che definiscono questa grave condi-

zione pre-diabetica ad elevato rischio cardiovascolare. La diagnosi di sindrome metabolica è importante, poiché la sua presenza è motivo sufficiente per instaurare trattamento farmacologico antiobesità anche per indice di massa corporea non particolarmente elevato (BMI > 27)^{8,9,11}.

Come procedere

Informare

Posta la diagnosi di sovrappeso e classificata l'eventuale obesità, si procede per tappe. La prima tappa consiste nell'informare il paziente sui *rischi* che l'obesità comporta, accertandosi che tali rischi siano stati effettivamente compresi. È inoltre utile informare il paziente circa i *cambiamenti alimentari e dello stile di vita* che egli dovrà sostenere per iniziare un programma di riduzione del peso che durerà tutta la vita.

Motivare

Nessun piano di riduzione del peso corporeo può essere attuato senza la *partecipazione consapevole del paziente*. Poiché i fallimenti demotivano il paziente, è preferibile iniziare il programma concordato solo quando il paziente si senta realmente pronto. Nei pazienti poco motivati è buona norma insistere sui rischi associati all'obesità ad ogni occasione utile. La posizione del medico di famiglia è in tal senso vantaggiosa, avendo molte opportunità per motivare il paziente. Nelle pagine seguenti è riportato un prototipo di scheda clinica da compilare insieme al paziente, cui va lasciata copia che sarà aggiornata nelle successive visite di controllo.

Concordare gli obiettivi

Minore è la distanza fra *peso reale e peso ottimale*, minore è la complessità degli interventi. Un paziente può non essere di-

sposto a raggiungere il peso ideale se le misure da adottare sono considerate eccessive, ma può essere disponibile ad una riduzione più moderata. Concordare gli obiettivi significa *quantificare il peso da perdere ed i tempi entro cui attuare la riduzione* desiderata. Una riduzione del peso corporeo del 5-7% ad un ritmo di 2-4 kg/mese è un obiettivo perseguibile con una certa facilità ed altamente benefico, anche se non riporta il paziente nel range ottimale di BMI: numerosi studi hanno dimo-

strato che è necessario continuare a motivare il paziente affinché non ritorni ai vecchi stili di vita: oltre la metà dei pazienti ritorna al vecchio peso dopo due anni dal termine del programma terapeutico. **Ricordare al paziente che la lotta al sovrappeso non termina mai!**

Quando il trattamento farmacologico?

Sovrappeso ed obesità vanno considerati alla stregua di qualunque altra malattia metabolica ed il trattamento farmacologico

va considerato parte integrante del piano terapeutico, come previsto dalle Linee Guida a partire da un certo livello di rischio: **sempre con BMI >30, consigliato con BMI >27 se sono presenti almeno altri due Fattori di Rischio Cardiovascolare (FRC) o sindrome metabolica (figura 2)**. I farmaci antiobesità oggi autorizzati sono utilizzati da

anni su milioni di pazienti, hanno effetti avversi noti, prevedibili e gestibili. Usati con appropriatezza si sono dimostrati *efficaci nei primi 6-12 mesi*, la fase nella quale il paziente è più vulnerabile al fallimento. Inoltre, constatare che il risultato prefissato è stato raggiunto è un forte incentivo a continuare negli atteggiamenti virtuosi appena appresi e costituisce un rinforzo a mantenere tali atteggiamenti, come dimostrato dalla maggior durata dei risultati conseguiti dopo l'interruzione del trattamento farmacologico¹².

Criteria per la diagnosi di SM	Valore
1 Circonferenza addome (cm)	
-uomo	>102
-donna	>88
2 HDL-colesterolo (mg/dL)	
-uomo	<40
-donna	<50
3 Glicemia (mg/dL)	≥110
4 Trigliceridi (mg/dL)	≥150
5 Pressione arteriosa (max/min)	≥130/≥85

to che riduzioni di questa entità riducono sensibilmente pressione arteriosa, trigliceridi ed aumentano la tolleranza al glucosio e le HDL⁹.

Monitorare il programma concordato

Fissati tempi e ampiezza della riduzione ponderale si procederà con l'algoritmo presentato nella pagina a fianco, avendo cura di prevenire ed eventualmente rimuovere con il paziente gli ostacoli alla piena attuazione del programma concordato. Raggiunto l'obiettivo sarà ne-

Scheda paziente

Paziente _____

Età _____

Sesso _____

Valutazione ponderale e metabolica

Parametri	Basale	Visita I (30 gg) ^o	Visita II (60 gg)	Visita III (90 gg)	Visita IV (120 gg)
Antropometrici					
-Peso (kg)					
-Circonferenza addome (cm)					
-BMI (Kg/h ²) [§]					
Biochimici					
-Colesterolo Totale					
-Colesterolo HDL [§]					
-Tricliceridi [§]					
-Glicemia [§]					
-Ipertensione [§]					
Classificazione*					
Sindrome metabolica[^]					

Obiettivi

Riduzione ottimale (BMI <25):

Kg _____

Riduzione concordata:

Kg _____

Tempo concordato:

Settimane _____

Riduzione /mese (attesa):

Kg _____

Misure adottate

 **Dieta:** nessuna; 1.000 kcal; 1.200 kcal; 1.400 kcal; Altra _____

 **Attività fisica:**

 Cyclette x 20 minuti tutti i giorni; Cyclette x 40 minuti a giorni alterni; Passo sostenuto x 45 min tutti i giorni; Passo sostenuto x 60 min a giorni alterni; Corsa x 45 min a giorni alterni; Corsa sostenuta x 60 min Sabato e Domenica Altro: Attività _____ Durata _____ Frequenza _____

 **Tattamento farmacologico:** No Si _____

 **Altro:** _____

^o: 15 gg se adottata terapia farmacologica

*: BMI ≥25.0 o giro vita >102 (uomini) e >88 (donne): Sovrappeso; BMI ≥30.0: Obesità di grado I; BMI ≥35.0: Obesità di grado II; BMI ≥40.0: Obesità di grado III.

[^]: Sindrome metabolica: se oltre valore massimo per 3 criteri diagnostici su 5 fra quelli indicati con §.

Norme alimentari e stile di vita

Se l'aumento del Suo peso corporeo non sarà ridotto in misura apprezzabile Lei andrà incontro ad un maggior rischio di ammalarsi di malattie cardiovascolari (infarto ed ictus), di diabete mellito, di calcoli biliari (calcoli della colecisti) e di alcuni tumori (mammella, colon, etc). La riduzione del peso corporeo richiede la Sua attiva collaborazione, essendo necessario sostituire alcune abitudini dannose con altre più salutari. Qualunque sia la dieta che il Suo medico Le assegnerà, comunque è necessaria l'inversione del Suo attuale atteggiamento: una **riduzione delle calorie** ed un **aumento dell'attività fisica**. Non esistono altre modalità per ridurre il peso corporeo e, soprattutto, non esistono diete miracolose!

Ridurre le calorie

Una corretta abitudine alimentare prevede 4-5 pasti al giorno, assunti sempre alla stessa ora e dedicando a ciascuno la giusta quantità di tempo. Ciascun pasto è un'occasione di pausa e di relax ed è importante che il cibo sia consumato con piacere ed in tranquillità.

Impari a selezionare i cibi meno calorici leggendo il valore nutrizionale sulle etichette, ed associ le calorie di ciò che desidererebbe mangiare con l'attività fisica necessaria a smaltirle: si accorgerà di quanto è facile introdurre calorie e quanto è difficile bruciarle!

Alimento (quantità)	Peso (g)	kcal	Attività necessarie a smaltire (minuti)			
			Seduto	Camminare	Correre	Stirare
Aranciata (lattina)	330	125	125	42	8	33
Frollini da latte (2)	20	85	85	28	6	22
Cornetto non farcito	40	165	165	55	11	43
Caramelle dure (3)	7.5	27	27	9	2	7
Ciocolatino (1)	7	39	39	13	3	10
Gelato alla crema	150	330	330	110	22	87
Panino + prosciutto crudo (40+30)	70	170	170	57	11	45

Aumentare il consumo



Nessuna riduzione del peso può essere mantenuta nel tempo se non *si trova il modo* di compiere tutti i giorni un'adeguata quantità di movimento. Purtroppo, l'attività fisica programmata richiede tempo e la **mancanza di tempo** è l'alibi più frequente per non compiere moto. In realtà alcuni accorgimenti uniti ad una piccola dose di buona volontà possono aiutare molto. Se Lei *trova tempo* per **camminare 45-60 minuti, a passo sostenuto tutti i giorni**, può *anche* lasciare invariate le altre tue abitudini.

Se non trova questa finestra da dedicare quotidianamente al movimento, adotti i seguenti accorgimenti:

- 1) posteggi la macchina più lontano del solito dal luogo di lavoro o scenda dal pullman un paio di fermate prima;
- 2) usi energicamente la cyclette mentre guarda la televisione per almeno 20 minuti;
- 3) non usi mai ascensore e scale mobili;
- 4) passeggi per un paio d'ore a ritmo sostenuto il sabato e la domenica: dedichi una parte del weekend alla Sua salute!



Bibliografia

1. **Albertini A, Tripodi A, Fabbri A, et al.** Prevalence of obesity in 6- and 9-years old children living in Central-North Italy. Analysis of determinants and indicators of risk of overweight. *Obes Rev* 2008; 9:4-10.
2. **ISTAT.** 4° Rapporto sull'Obesità in Italia. Istituto Auxologico Italiano, 2002.
3. **Chan J, Rimm EB, Colditz GA, et al.** Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care* 1994; 17:961-996.
4. **Colditz G, Willett WC, Rotnitzky A, et al.** Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Ann Intern Med* 1995; 122:481.
5. **Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, et al.** Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 1999; 341:1097-1105.
6. **Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, et al.** Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Ann Intern Med* 2003; 128:24-32.
7. **Forestieri P, Alkilani M, Amenta E, et al.** Linee Guida e stato dell'arte della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia. Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche, 2008.
8. **World Health Organization.** Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneva, 3-5 June 1997.
9. **National Institute of Health.** The Practical Guide: Identification Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIH Publication #004084. October 2000.
10. **Marchesini G, Melchionda N, Apolone G.** The metabolic syndrome in treatment-seeking obese persons. *Metabolism* 2004; 53:435-440.
11. **National Institute for Health and Clinical Excellence.** Obesity - guidance on the prevention, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE Clinical Guideline 43; 2006.