

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it  
C.F. e P.I. 00821180577

## Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Obesità nell'Adulto

### Togli peso alla vita



## **INDICE**

1. Premessa.
2. Obiettivi.
3. Criteri di inclusione nel percorso.
4. Metodologia operativa
5. Campo di applicazione e responsabilità.
6. Descrizione del percorso.
  - 6.1 L'accesso.
  - 6.2 La terapia - trattamento medico e dietologico.
  - 6.3 Il percorso psicologico – psichiatrico
7. Programma fisioterapico.
8. Attività infermiere di percorso.
9. Follow-up.
10. Flow-Chart.
10. Monitoraggio PDTA.
11. Riferimenti bibliografici.

## 1. Premessa

L'obesità è una patologia cronica, caratterizzata da un significativo aumento della morbilità con ripercussioni gravi sulla aspettativa di vita e sulla qualità di vita.

La patogenesi dell'obesità è multifattoriale: legata a fattori predisponenti genetici, fattori ambientali (famigliari, lavorativi, micro e macrosociali), abitudini alimentari scorrette, alterazioni metaboliche, patologie cardiovascolari e osteoarticolari, disturbi dell'umore e della personalità....

Attualmente nel nostro Paese vi sono quasi 16,5 milioni di soggetti in sovrappeso e più di 6 milioni di pazienti obesi. Secondo i dati del sistema di sorveglianza Passi 2016-2019 i valori della Regione Lazio sono simili al dato nazionale per il sovrappeso (30,6 vs 31,5% ) ed inferiori al dato nazionale per l'obesità (9,1 vs 10,8%) (<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1>).

Le moderne acquisizioni scientifiche hanno dimostrato come l'aumento di peso si proporziona ad un peggioramento della qualità della vita del soggetto e come costituisca un serio fattore di rischio per mortalità e morbilità sia per sé, (complicanze cardiovascolari e respiratorie) sia per le patologie ad esse correlate quali il diabete mellito tipo 2 ipertensione arteriosa, iperlipidemia calcolosi della colecisti e osteoporosi....

E' stato ormai ampiamente dimostrato che è sufficiente una riduzione del 10-15 % del peso iniziale, per indurre significativi miglioramenti di ipertensione, diabete e patologie cardiovascolari

## 2. Obiettivi

Il presente documento ha lo scopo di definire il percorso di cura aziendale, per la presa in carico multidisciplinare del paziente obeso dal momento del suo accesso in ambulatorio fino alla sua dimissione dal percorso clinico terapeutico e al follow-up per il recupero e il mantenimento dello stato di salute psico-fisica, al fine di unificare i comportamenti professionali ispirati alle evidenze scientifiche, personalizzare la cura dei pazienti, ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili anche ai fini della prevenzione delle malattie croniche correlate all'obesità e promuovere il self-management del paziente.

## 3. Criteri di inclusione nel percorso

Rientrano in questo percorso tutti i pazienti adulti affetti da obesità ( $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) e pazienti in sovrappeso ( $BMI 25-29.9 \text{ kg/m}^2$ ) con comorbidità associate.

Criteri di inclusione: pazienti di età  $\geq 18$  anni, affetti da obesità di I° grado ( $BMI 30-34.9 \text{ kg/m}^2$ ), obesità di II° grado ( $BMI 35-39.9 \text{ kg/m}^2$ ) o III° grado ( $BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ) con o senza complicanze associate, pazienti in sovrappeso ( $BMI 25-29.9 \text{ kg/m}^2$ ) con comorbidità associate.

Criteri di esclusione: pazienti normopeso ( $BMI 18-24.9 \text{ kg/m}^2$ ) e pazienti di età  $< 18$  anni, casi di obesità genetica, donne in gravidanza o durante allattamento

## 4. Metodologia operativa

È stata effettuata la revisione della letteratura scientifica di primo e secondo livello con la ricerca delle Linee Guida Nazionali e Internazionali.

Le fonti per la definizione degli standard di riferimento clinico-assistenziali e organizzativi, sono rappresentate dalle linee guida della Società Italiana dell'Obesità (SIO) (2), dell'Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity (3), e dal Manuale della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche (SICOB) (4).

## 5. Campo di applicazione e responsabilità

L'applicazione del PDTA prevede il coinvolgimento e l'interazione delle seguenti strutture aziendali:

- Endocrinologia – Fisiocinesiterapia - Medicina Interna - Nutrizione clinica - Pneumologia
- Psicologia- Psichiatria- MMG
- Infermiere di Percorso “*case manager*”

## 6. Descrizione del percorso

### 6.1 L'accesso

L'accesso al PDTA del paziente, potrà avvenire attraverso la prescrizione, da parte delle seguenti figure professionali:

Medico di Medicina Generale (MMG),  
Medico specialista ambulatoriale o ospedaliero,  
Medico di pronto soccorso.

della prestazione, in modalità dematerializzata:

- prima visita internistica per nutrizione: obesità/sovrappeso e comorbidità. La visita sarà prenotabile tramite CUP aziendale, tutte le successive prestazioni previste nel PDTA dovranno essere prescritte, in modalità dematerializzata, dallo specialista, gestite dal *case manager (Infermiera di percorso)* e prenotate su agende di continuità interne, visibili e non prenotabili da *call center* regionale.

Il *case manager* farà da collegamento e supporto al paziente per le attività amministrative collegate alla patologia (es. rilascio esenzione, etc).

È prevista la possibilità di personalizzazione dell'assistenza e delle cure in relazione alle caratteristiche e ai bisogni del paziente, tenendo in considerazione le categorie assistenziali così come individuate nelle note alla flow chart di seguito riportata e quella più estesa riportate nell'allegato

### 6.2 Algoritmo diagnostico

1. Misurazione peso, altezza e determinazione del BMI al fine di identificare il grado di sovrappeso (25-29,9) o obesità ( $\geq 30$ );
2. Misurazione della circonferenza dell'addome (a livello di cresta iliaca fianco dx) per valutare il rischio di obesità viscerale (parametri europei: per la donna  $\geq 80$  cm e per gli uomini  $\geq 94$  cm) e circonferenza del collo per valutare il rischio di apnee (uomini  $>43$  cm, donne  $>41$  cm) 5-6-7;

**Esame clinico** indagini ematochimiche per identificare la presenza di fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, dislipidemia, diabete) o altre condizioni mediche correlate all'obesità come problematiche osteoarticolari 8-9-10;

**Esame per immagini** (indagini ecografiche e con altre tecniche di imaging biomedico)

### Stato di nutrizione

- a. bilancio energetico: osservazione/registrazione del comportamento alimentare, MB, 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 (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)

### 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 Epworth Sleepiness Scale (ESS). La versione italiana è stata validata nel 2003

**Status psichico, 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]

**Funzionalità motoria e problematiche osteo-articolari:**

- a. resistenza [p.e. 6-minute-walk-test, 6MWT]
- b. percezione dello sforzo [p.e. scala 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)

**6.3 La terapia - trattamento medico e dietologico**

**Intervento nutrizionale** (attuato dalla figura professionale del medico nutrizionista) 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](http://www.piramideitaliana.it)) anche in una logica educativa
  - c. ottenere una *compliance* del paziente funzionale al raggiungimento degli obiettivi
- In casi selezionati può essere intrapresa o indicata una terapia farmacologica, chirurgica (per le linee-guida v. <http://www.sicob.org>), psicoterapeutica

**6.4 Il percorso psicologico – psichiatrico**

**Educazione terapeutica: interventi psico-pedagogici** (attuato dalle figure professionali Psicologo e Psichiatra) 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)

**7. Programma fisioterapico**

**Programma di riabilitazione motoria e ricondizionamento fisico** (attuato dalle figure professionali del Fisiatra e Fisioterapista) 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 la spesa energetica
- e. aumentare il rapporto massa magra/massa grassa

## **8 Attività infermiere di percorso**

Programmare e attuare interventi nell'ambito dell'equipe multidisciplinare e in particolar modo nel sistema integrato dei servizi socio-sanitari

## **9. Follow-up**

Il *follow-up* del paziente, deve essere articolato sull'educazione all'autocontrollo costante da parte del paziente sul peso, comportamento alimentare, livello di attività fisica, pressione arteriosa e/o glicemia, ove necessario - controlli periodici multidisciplinari sullo stato di nutrizione, sulle patologie obesità-correlate o sullo status psicologico.

Matrice di responsabilità / Valutazione Multidisciplinare e Algoritmo di cura

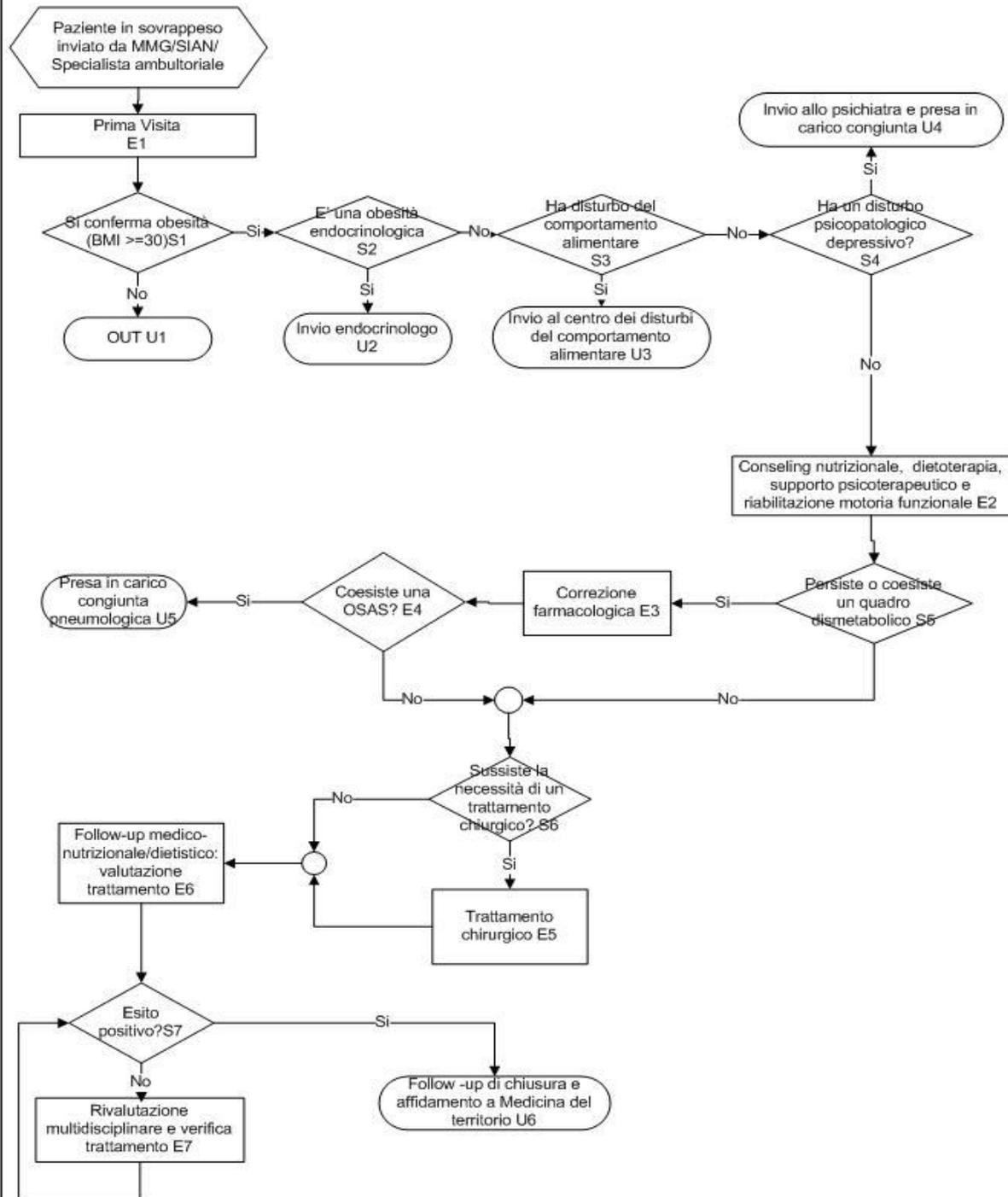
<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rileva peso, altezza, circonferenza addominale (valutazione antropometrica)</li> <li>▪ Valuta le condizioni fisiche della persona e la presenza di complicanze dell'obesità/sovrappeso</li> <li>▪ Valuta la storia del peso e le abitudini alimentari (anamnesi alimentare e ponderale) aiutando le persone a identificare e modificare le abitudini alimentari errate</li> <li>▪ Imposta il programma nutrizionale (terapia dietetica)</li> <li>▪ Coordina il lavoro del team di impostazione del programma terapeutico</li> <li>▪ Ha lo scopo di verificare l'eventuale appropriatezza di un percorso clinico terapeutico e di individuare eventuali controindicazioni allo stesso</li> </ul>
	<b>PERSONALE INFERMIERISTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantisce l'attività assistenziale e il supporto al paziente durante il percorso diagnostico terapeutico, fornisce indicazioni pratiche e supporto di carattere informativo ai pazienti che accedono ai servizi di diagnosi e cura;</li> <li>▪ Partecipa alle riunioni del team multidisciplinare quando viene discusso il programma di trattamento, supporta il paziente nelle fasi successive alla comunicazione della diagnosi;</li> <li>▪ Facilita le comunicazioni fra specialisti e la programmazione delle prestazioni previste, gestisce la documentazione sanitaria.</li> </ul>
	<b>ALTRI collaboratori Valutazione Psichiatrica/ Psicologica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Storia di ripetuti fallimenti e weight cycling</li> <li>▪ Bulimia nervosa o binge eating disorder</li> <li>▪ Anamnesi di disturbi psichiatrici</li> <li>▪ Sintomi depressivi</li> <li>▪ Grave insoddisfazione del corpo</li> <li>▪ Candidati a interventi di chirurgia bariatrica</li> </ul>
<b>COSA</b>	<b>ESAMI ED INTERVENTI</b>	<p>Screening ematochimico incluso funzionalità tiroidea, epato renale, Vit. D, Indici infiammatori, profilo lipidico, , iperomocisteinemia, OGTT</p> <p>Valutazione della composizione corporea, bioimpedenzometria, Test di screening dello stato psicologico (per esclusione DCA)</p>
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE ALLA PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA</b>	<p>Condivisione di un manuale educativo, indicazioni alimentari e dieta</p>
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE</b>	<p>Cartella elettronica con referto</p>

<b>CHI</b>	<b>ATTIVITA' MEDICHE/dietistica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rivalutazione antropometrica</li> <li>▪ Intervento psico educativo (counseling) con il supporto della dietista su applicazione efficace degli strumenti utilizzati in relazione ai primi risultati ottenuti</li> <li>▪ Intervento nutrizionale finalizzato al recupero del peso attraverso una corretta alimentazione</li> </ul>
	<b>PERSONALE INFERMIERISTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Coordina e fa da case manager gestendo l'interazione fra i vari specialisti e le varie figure professionali</b></li> </ul>
	<b>ALTRI collaboratori</b>	Programma di riabilitazione motoria Intervento psicologico/psichiatrico finalizzato all'analisi motivazionale, analisi del contesto familiare, problem solving, gestione delle ricadute, stimolo al buon uso di eventuali terapie psicofarmacologiche
<b>COSA</b>	<b>ESAMI ED INTERVENTI</b>	Monitoraggio laboratoristico trimestrale e successivamente semestrale ed annuale
	<b>INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE ALLA PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA</b>	Coinvolgimento del contesto familiari agli aspetti motivazionali
<b>DOCUMENTI</b>	<b>DOCUMENTAZIONE CLINICA DA PRODURRE</b>	Cartella elettronica con referto

## 10. Flow-Chart

<Presa in carico OBESITA' ADULTI>

### UOS DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA



Note Flow-chart

**E1:** Visita medica, conseling nutrizionale, valutazione antropometrica

**S1:** Si conferma obesità?

BMI  $\geq 30$  o BMI  $>27$  ma con comorbidità

Criterio di esclusione: età inferiore ai 18 anni e maggiore di 74 anni donne in gravidanza

**U1** Uscita percorso

**S2:** Obesità endocrinologica Sindrome di Cushing ,

Deficit di GH Ipopituitarismo; Ipotiroidismo, Ipogonadismo, Insulinoma

**U2** Visita endocrinologica

**S3:** disturbo del comportamento alimentare

Screening per il sospetto di DCA (Binge Eating Disorder ); valutazione psicometrica sintomo abbuffate compulsive ( BES Binge Eating Scale ) da somministrare durante la prima visita

**U3** Visita per disturbi del comportamento alimentare presso Ambulatorio DCA

**S4** disturbo depressivo

Screening per il sospetto di depressione valutazione psicometrica della depressione dell'umore (BDI Beck Depression Inventory)

**U4** Visita psichiatrica con presa in carico congiunta

**E2** Percorso medico internistico nutrizionale, dietoterapia e con supporto psicoterapeutico e riabilitativo motorio

Su Rieti la fase di trattamento viene svolta in seconda visita

**S5:** si conferma obesità / coesistenza disturbo dismetabolico

Presenza e persistenza dopo gli interventi dietoterapici di un dismetabolismo glicemico, lipidico, steatosi epatica non alcolica (NAFLD) valutazione di trattamento farmacologico specifico.

**U5** Visita pneumologica con esecuzione di polisonnografia se sintomi OSAS /ESS e presa in carico congiunta

**S6** Presenza di BMI  $> 40$  Kg/m<sup>2</sup> o BMI  $>35$  Kg/m<sup>2</sup> se in presenza di comorbidità associata; Eta compresa tra 18 e 60 aa; obesità di durata superiore a 5 anni dimostrato fallimento di precedenti tentativi di perdere peso e/o perdita di peso con tecniche non chirurgiche, disponibilità a un prolungato follow- up post-operatorio, ASA  $<IV$

**E5** Visita chirurgo bariatrico per presa in carico presso altra struttura

**E6** Follow – up Nutrizionale

Percorso nutrizionale strutturato in controlli periodici per:

Rivalutazione antropometrica e delle abitudini alimentari (diario o recall 24 h)

Confronto su applicazione ed efficacia degli strumenti dietologici utilizzati, e possibili modifiche degli stessi, in relazione ai risultati ottenuti

Seduta di counseling alimentare e motivazionale

**S7** Ottenimento del recupero e il mantenimento dello stato di salute psico-fisica, e calo ponderale > 5%

**U6** Affidamento alla medicina del territorio con possibilità di contatto con specialisti (nutrizionista dietista, fisiatra, psicologo, psichiatra) e proseguo del percorso riabilitativo educativo e terapeutico

**E 7** Valutazione Trattamento

Nel caso di persistenti o nuove problematiche Psichiatriche /psicologiche associate all'intervento dietoterapico si valuterà il tipo di gestione psicologica/ psichiatrica, interno al percorso e/o sul territorio più adatto al caso

Terapia cognitivo comportamentale individuale e/o di gruppo per la gestione della modificazione dello stile di vita e degli effetti emotivi e relazionali correlati al percorso dietoterapico

## **11. Monitoraggio PDTA Indicatori e Audit**

La verifica dell'applicazione coinvolge tutto il gruppo di lavoro, i MMG, le rappresentanze degli utenti e pazienti.

La verifica dell'applicazione viene effettuata attraverso:

- gli audit.

Sono individuati gli indicatori del PDTA di seguito riportati.

- numero di pazienti presi in carico nel PDTA annualmente (SISS) TREND
- numero di pazienti dimessi dal PDTA (UOS Dietologia e nutrizione clinica) TREND
- percentuale di pazienti aderenti al PDTA che abbiano eseguito una seconda visita entro 40 giorni (SISS) >90%
- Esecuzione esame di radiologia tradizionale (ecografia, TC, RM) entro 12 settimane (>90%)
- Consumo di risorse per paziente (costi sostenuti dalla UOS/pazienti in gestione) SISS
- Percentuali pazienti con inizio terapia medica entro 2 settimane dalla decisione multidisciplinare SISS (atteso >90%)

## **12 . Riferimenti bibliografici**

1. Watanabe M, Risi R, De Giorgi F, Tuccinardi D, Mariani S, Basciani S, Lubrano C, Lenzi A, Gnessi L. Obesity treatment within the Italian national healthcare system tertiary care centers: what can we learn? *Eating Weight Disord.* 2021 Apr;26(3):771-778
2. P. Sbraccia, E. Nisoli, R. Vettor: Clinical Management of Overweight and Obesity: Recommendations of the Italian Society of Obesity (SIO), DOI 10.1007/978-3.319-24532-4\_I
3. European Guidelines for Obesity Management in Adult. Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. *Obesity Facts* 2015; 8: 402-424
4. Carbonelli MG, Busetto L: *Nutrizione Clinica per la Chirurgia Bariatrica Manuale Sicob II* Pensiero Scientifico Editore, 2015