



Diamo Peso al Benessere
Percorso innovativo per il trattamento delle
persone obese

Valutazione del Progetto

Laura Pilotto, PhD, MPH, CFNP, CHES

Agosto 2007

Referente progetto per l'ASS4: dr.ssa Anita Cacitti

Progetto Diamo peso al benessere

2001- 2007

L'obesità è un accumulo eccessivo di grasso nel corpo, la cui percentuale è stata variamente definita, ma, in generale, viene accettato l'utilizzo del BMI (Body Mass Index – Indice di Massa Corporea –kg/m²), anche se per certi aspetti controverso, come misura di obesità. La tabella seguente riporta i parametri comunemente accettati nella definizione di obesità negli adulti.

	BMI
Soprappeso	25 – 29.9 Kg/m ²
Obesità moderata	30 – 34.9 Kg/m ²
Obesità severa	35 – 39.9 Kg/m ²
Obesità morbigena	40 Kg/m ² e oltre

L' epidemia dell'obesità è stata dichiarata una delle sfide più grandi di salute/sanità pubblica del 21 secolo dal WHO, che stima a circa 1 miliardo le persone soprappeso globalmente e 300.000 quelle obese (2006). In Europa la prevalenza di obesità è triplicata negli ultimi 20 anni, e la metà degli adulti e uno in 5 bambini sono soprappeso. Secondo il WHO, Regione europea, se non si attueranno iniziative per combattere l'obesità e la prevalenza continuerà ad aumentare secondo i tassi degli anni 90, ci saranno, nell'EU, 150 milioni di adulti e 15 milioni di bambini/adolescenti obesi entro il 2010. Sulla base di statistiche di varie nazioni dell'EU, la prevalenza di soprappeso va da 32% a 79% nei maschi e dal 28% al 78% nelle donne, mentre la prevalenza dell'obesità va da 5% a 23% e da 7% a 36% rispettivamente. Da notare che spesso questi dati sono basati su misurazioni riportate dall'individuo (self-reported) per cui la sottostima può raggiungere tassi anche del 50%. Annualmente, sempre nella comunità europea, dal 10% al 13% di morti sono attribuibili a malattie correlate all'obesità. Con l'aumentare del BMI aumenta il rischio di mortalità per tutte le cause nell'adulto, un incremento modesto fino ad un BMI di 30Kg/m², che però poi cresce rapidamente, in particolare per le malattie cardiovascolari dal 50 fino al 100%. Secondo il progetto Cuore (<http://www.cuore.iss.it>) in Italia, in media, il 18% degli uomini e il 22% delle donne è obeso. Nel Nord-est il 19% degli uomini e il 18% delle donne è obeso, mentre il 52% degli uomini e il 35% delle donne è in soprappeso. Negli anziani (≥65 anni) il tasso dell'obesità è del 20% negli uomini e del 32% nelle

donne; in soprappeso è il 51% degli uomini e il 40% delle donne; infine il 30% delle donne in menopausa è obeso, il 40% è in soprappeso.

Conseguenze economiche dell'obesità

L'obesità impone un costo economico (burden) sulla società che può essere diretto - costi sanitari dovuti al trattamento delle malattie associate all'obesità, indiretto - dovuti all'assenteismo, mancata produttività e mortalità prematura e intangibile - dovuti alle mancate opportunità, problemi psicologici e diminuita qualità della vita. Negli Stati Uniti si è calcolato che le persone con un BMI di 30 Kg/m² hanno costi sanitari del 36% più elevati di una persona con un BMI di 20-24.9 Kg/m² e quelli con un BMI da 25 a 29.9 Kg/m² 10% più alto di quelli con un BMI 20-24.9 Kg/m². Secondo le stime dell'Unione europea circa il 7% dei costi sanitari può essere attribuito all'obesità e tale percentuale è destinata ad aumentare in futuro; se si includono anche i costi indiretti dovuti alla perdita di vite, produttività, guadagno, QALY (quality-adjusted lifeyears), etc. le cifre sarebbero almeno due volte tanto. Nelle 15 nazioni che facevano parte dell'Unione Europea prima del 2004, i costi annuali, diretti ed indiretti, sono stati stimati, per il 2002, a 32.8 milioni di euro. Inoltre l'obesità colpisce prevalentemente le donne e in genere persone nelle fasce socioeconomiche più basse, contribuendo così al divario e disuguaglianza sociosanitario.

Le ragioni di questo problema di salute, ora considerato anche patologia, sono molteplici e dovute ad una varietà di fattori ambientali e biologici.

Fattori ambientali

Non ci sono dubbi che l'ambiente in senso lato, includendo anche fattori socio-culturali, contribuisca all'esplosione di questo problema, sia a livello macro - cioè comunitario - che micro - individuale. Sicuramente la tecnologia moderna ha portato ad una grande diminuzione di attività fisica, nella coltivazione e produzione del cibo, nei trasporti, nella comunicazione, e in genere, in tutte le attività quotidiane. La produzione industriale del cibo, l'utilizzo di conservanti, l'espansione di supermarket e ristoranti di fast food, i distributori automatici hanno contribuito ad un aumentato consumo di cibi e bibite ad alto contenuto di grassi e zuccheri, generalmente più a buon prezzo di quelli "sani", che contribuiscono ad uno squilibrio ponderale dovuto ad un apporto di energia eccessivo rispetto alla spesa energetica. Tra i fattori socio-culturali è importante notare che la pubblicità in tutti i media è prevalentemente dedicata a cibi confezionati e pronti al consumo, e mirata alle famiglie dove entrambi i genitori lavorano, per cui hanno meno tempo di preparare piatti

tradizionali. Inoltre, specialmente nei paesi più ricchi, sembrano moltiplicarsi le occasioni di festeggiamenti, sagre etc. dove si celebra con un consumo eccessivo di calorie.

Fattori biologici

I determinanti biologici dell'obesità non sono ancora completamente chiari: lo schema di trasmissione ereditaria implica una componente multigenetica con molti geni che influiscono sul peso dell'individuo. Il fenotipo è eterogeneo con due sottotipi distinti ma anche il parte sovrapponibili: l'obesità generale e quella addominale, quest'ultima generalmente associata ad un maggior rischio di malattia. Il genere femminile ha una prevalenza di obesità maggiore degli uomini e così pure in termini di disturbi del comportamento alimentare. Anche l'età in cui si sviluppa il soprappeso determina la presenza o grado di obesità: più giovane è la persona, più alta è la probabilità di essere obesi da adulto.

Effetti dell'obesità sulla salute

L'obesità contribuisce allo sviluppo di diverse malattie, tra cui l'ipertensione, l'iperlipidemia, le coronaropatie, l'ictus, il diabete di tipo 2, l'osteoartrite e altri problemi di articolazioni, e certi tipi di cancro. La tabella seguente (adattata da Aronne, 2002) riporta la percentuale della prevalenza della malattia attribuibile all'obesità in alcune malattie associate.

Percentuale della prevalenza della malattia attribuibile all'obesità	
Malattia	Prevalenza %
Diabete tipo 2	61
Cancro dell'utero	34
Colecistite	30
Osteoartrite	24
Ipertensione	17
Coronaropatie	17
Cancro della mammella	11
Cancro del colon	11

Studi epidemiologici inoltre dimostrano che l'obesità è associata ad un aumentato rischio di morte per tutte le cause. È stato calcolato che, a seconda della gravità della condizione, l'aspettativa di vita della persona obesa può ridursi fino alla metà rispetto a quella dei soggetti normopeso. Dal punto di vista psicologico l'obesità è associata ad una molteplicità di problemi, in particolare bassa autostima, percezione negativa di sé stessi, depressione, insicurezza, isolamento, etc.. Nell'ambiente sociale e del lavoro non è difficile incontrare pregiudizio e discriminazione e perfino mobbing contro le persone obese. In generale si può affermare che la qualità della vita diminuisce come aumenta il peso della persona.

Aspetti psicologici dell'obesità

Ci sono stati molti studi che hanno tentato di scoprire se le persone obese hanno caratteristiche psicologiche diverse da quelle non obese, ma in genere non sembrano aver rilevato nessuna differenza riguardo stati depressivi, adattamento sociale, luogo di controllo, assertività e tipo di personalità. Ciononostante è chiaro che le persone obese non sono a dir poco soddisfatte della loro situazione. Si presume che questa negatività possa riflettere l'atteggiamento generalmente negativo della cultura e della società, particolarmente quella occidentale, che impone modelli fisici alle volte di una magrezza estrema (vedi casi recenti di modelle morte per anoressia). Alcune indagini hanno rilevato come le stesse persone obese preferirebbero essere cieche, diabetiche, cardiopatiche, sorde o perfino avere una gamba amputata piuttosto che obese. Purtroppo, anche gli operatori sanitari, secondo alcuni studi, sembrano caratterizzare i loro pazienti obesi come persone deboli, non motivate, psicologicamente instabili, più brutte e generalmente non compliant. Inoltre alcuni studi hanno dimostrato che i datori di lavoro tendono ad escludere i candidati obesi e il mobbing sembra essere spesso diretto a queste persone.

Tutto questo è in contrasto con la letteratura sull'argomento, con le storie personali dei soggetti obesi, e anche con l'esperienza clinica che rilevano un forte pregiudizio culturale contro queste persone. Gli autori della revisione Cochrane (Shaw K, et al) concludono che la spiegazione di questo fenomeno sia da ricercarsi nelle limitazioni degli studi. A conferma di questo c'è anche la constatazione che quando le terapie comportamentali riescono ad aumentare, nei soggetti in trattamento, l'autostima, la capacità dell'individuo di far fronte alle barriere, di gestire l'esperienze negative, etc, l'efficacia del programma (di perdere peso) è aumentata. Una analisi recente di Sach e colleghi dimostra, comparando i risultati di 3 strumenti diversi, come la qualità di vita

relativa alla salute (health related quality of life – HrQOL) delle persone obese sia peggiore di quella di persone normopeso, anche tenendo conto delle comorbidità.

Terapie psicologiche

Vari tipi di terapie psicologiche sia individuali che di gruppo sono state utilizzate in programmi per la perdita del peso. Quelle più comuni sono generalmente di tipo cognitivo/comportamentale, mentre la psicoterapia è stata poco utilizzata. Le revisioni della letteratura (vedi Cochrane) fanno notare che le terapie cognitivo-comportamentale hanno dimostrato efficacia principalmente nel mantenere la perdita del peso nel tempo. Il loro modo di agire si incentra sul rinforzare l'autocontrollo nel mangiare tramite strategie che incoraggiano abitudini sane e attività motoria. L'obiettivo della terapia è quello di dare alle persone le capacità di gestire le situazioni critiche (coping skills) e le motivazioni per continuare il programma anche quando l'entusiasmo iniziale si è spento. Tra le strategie utilizzate nella terapia comportamentale per il controllo del peso le più comuni sono controllo degli stimoli (stimulus control), stabilire un obiettivo (goal setting) e automonitoraggio (self-monitoring).

Si è dimostrata una maggior efficacia nel perdere peso e limitare il recupero associando alla terapia comportamentale tecniche cognitive atte a modificare stati mentali negativi. Negli ultimi anni è aumentato l'interesse all'utilizzo di questo approccio cognitivo-comportamentale per ottenere una perdita di peso duratura anche se modesta, ma soprattutto per migliorare il benessere psicologico della persona. Le terapie umanistiche, psicoanalitiche o di gruppo non hanno invece dimostrato una chiara efficacia nel promuovere la perdita di peso.

Le terapie basate sul lavoro di gruppo (group therapy) generalmente combinano terapia con informazione e sono molto utilizzate in programmi che, senza un grande approfondimento psicologico, promuovono il problem-solving, il supporto sociale, l'informazione come strumenti per facilitare la perdita di peso. Al momento non ci sono stati abbastanza studi per valutarne l'efficacia. In conclusione quello che le revisioni sistematiche sono riuscite a dimostrare è che la combinazione di dieta, attività fisica e terapia comportamentale migliora la perdita di peso e il suo mantenimento (Cochrane).

Non una terapia psicologica di per sé, ma sta prendendo piede anche un movimento che combatte la stigmatizzazione delle persone obese. Il più noto è forse la National Association to Advance Fat Acceptance (NAAFA – <http://www.naafa.org/>) fondata in

America che si propone di eliminare la discriminazione basata sulla "taglia" tramite processi di self-empowerment, advocacy e informazione del pubblico.

Il progetto Diamo Peso al Benessere

Questo progetto è iniziato nel 2001 cercando di dare una risposta efficace al problema del sovrappeso e dell'obesità.

Le persone giunte a questo Servizio del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASS4 avevano già sperimentato dietologi, endocrinologi, terapie educazionali, psicoterapie individuali, e perfino chirurgia bariatrica senza che queste avessero prodotto un cambiamento stabile nel tempo. Era quindi necessario elaborare una proposta terapeutica che si differenziasse dalle precedenti e che agisse sugli aspetti motivazionali della personalità, non centrali nei precedenti approcci terapeutici.

È, dunque, un percorso terapeutico innovativo, centrato sulla promozione dell'**Empowerment** personale. Per Empowerment personale si intende un potere positivo improntato alla emancipazione, una costruzione, un cammino che alimenta la speranza nel futuro e fa percepire sé stesso come persona capace di acquisire responsabilità, di scegliere e di raggiungere obiettivi.

La popolazione target

Gli utenti sono persone che presentano diversi livelli di obesità associata ad altre patologie, sia di tipo fisico che psicologico, delineando un quadro caratterizzato da complessità e multiproblematicità.

Altra caratteristica è che questo è un approccio che segue molti altri già sperimentati dalle persone, in genere senza successo. L'accesso a questo progetto terapeutico avviene dopo 2 colloqui anamnestici e motivazionali con la psicoterapeuta, dove viene delineato il percorso e il soggetto si impegna formalmente a seguirlo.

L'invio e la conoscenza avvengono primariamente attraverso i Servizi specialistici e in seconda battuta attraverso i Medici di Medicina Generale, i Mass Media e i "passa parola".

Obiettivo generale: le persone con problemi di sovrappeso e di obesità, prese in carico, saranno aiutate a riappropriarsi della propria vita, ponendosi obiettivi ed elaborando strategie per raggiungerli, riscoprendo e potenziando le proprie conoscenze, competenze e modalità relazionali

Obiettivo specifico: entro il primo anno, i partecipanti avranno ridotto il peso corporeo come conseguenza dell'acquisizione di uno stile di vita centrato sull'ascolto, accoglienza, valorizzazione di sé e del consolidarsi di comportamenti congrui

Teorie di riferimento

- Approccio dell'Empowerment (Bandura, Zimmerman, Rotter, Salligan, Brusaglioni, Francescato, Gheno, Piccardo, Putton)
- Psicologia di comunità (Francescato, Rapaport)
- Psicologia sociale (Zani)
- Psicologia umanistica (May, Rogers, Maslow)

Sistema teorico che concepisce:

- La persona come valore
- Il comportamento come conseguenza della percezione personale di successo o di insuccesso
- L'empowerment personale come misura del cambiamento e del potere personale (self efficacy)
- Il gruppo come spazio nel quale attivare questi processi a livello conscio

L'armonizzazione percettiva (allegato 1) è una strategia innovativa creata dalle fisioterapiste per portare le persone ad una conoscenza graduale e armoniosa del proprio corpo e acquisirne una consapevolezza più approfondita in stato di riposo, di movimento, di sforzo. Questo in quanto le persone con disturbi del comportamento alimentare presentano sì dei problemi relativi alla dieta, al cibo e al sovrappeso, ma spesso a monte vi è un difficile rapporto con se stessi e con il proprio corpo che diventa l'elemento tangibile di un disagio più profondo e l'espressione di una non accettazione di sé. La strategia dell'armonizzazione percettiva è stata anche l'argomento di tesi di laurea di una delle fisioterapiste (dr.ssa Marzona)

Finalità del Percorso Terapeutico

1. Collocare il problema dell'obesità all'interno del proprio stile di vita, considerandolo determinante nella costruzione del proprio stare bene personale.
2. Costruire un cammino che permetta alle persone di riconoscere il proprio Potere:
 - a. di percepirsi come capaci di acquisire responsabilità
 - b. di scegliere diversi obiettivi
 - c. di raggiungerli
 - d. di aumentare la speranza verso il proprio futuro
 - e. di modificare i comportamenti, alimentari e non solo, che producono obesità
 - f. di ridurre il proprio peso

Percorso terapeutico

Il percorso terapeutico si articola in:

1. terapia in gruppo centrata sull' Empowerment personale che si sviluppa in un anno con sedute settimanali condotte da un operatore esperto in Empowerment
2. un percorso di armonizzazione percettiva finalizzato alla costruzione di un rapporto positivo con la corporeità e la fisicità, condotto da Fisioterapiste esperte
3. Momenti educazionali programmati
4. Counselling individuale

La misura del cambiamento

La misurazione del processo di cambiamento avviene:

- a. inizialmente per stabilire un baseline
- b. periodicamente durante il percorso terapeutico in due momenti a 6 mesi e 9 mesi
- c. a conclusione del percorso terapeutico

La valutazione comprende:

- il cambiamento dell' Empowerment personale
- il cambiamento percepito dalla persona
- il cambiamento del B.M.I.
- il cambiamento dei fattori di rischio

Percorso del paziente

Segnalazione da:

MMG

Specialista di 2° livello (cardiologia, diabetologia...)

Associazione Diamo Peso al Benessere – sportello di ascolto

Passa parola

Mass media

1. primo colloquio con psico-sociologa terapeuta
2. test motivazionale
3. secondo colloquio e sottoscrizione contratto terapeutico,
4. inserimento nel gruppo, misurazione BMI e QOL (quality of life), inizio incontri settimanali per 1 anno con psicoterapeuta esperta in empowerment (inizio diario di bordo)
5. a 2 mesi, inizio Armonizzazione percettiva (imparare a conoscere il proprio corpo) (10 incontri a cadenza settimanale con fisioterapiste esperte) (pre test)
6. al 6 mese riprende il ciclo dell'armonizzazione percettiva con acquisizione di tecniche di rilassamento (10 incontri) (post test)

7. partecipazione dei familiari o persone significative ad un incontro di gruppo
8. lettere "formali" sul cambiamento – riflessioni personali di ogni partecipante sul percorso (ultimo quarto del percorso)
9. a seconda delle "singole storie" dei gruppi si inseriscono, durante l'anno, gli specialisti (cardiologo, ortopedico, pneumonologo, ginecologo/sexuologo)
10. introduzione al percorso successivo con il supporto dell'Associazione, sviluppandone il senso di appartenenza.
11. valutazione finale – bilancio dei risultati raggiunti
12. inizio percorso con Associazione

Valutazione

- percentuale dei partecipanti che conclude il percorso terapeutico
- percentuale di peso perso (BMI all'inizio, a 6 mesi, 1 anno, ...alla fine)
- pre-test motivazionale (analisi qualitativa delle motivazioni) e Contratto terapeutico
- analisi qualitativa di una "lettera ufficiale" (QOL) scritta da ogni partecipante per misurare il progresso del cambiamento dopo 6 mesi (a metà percorso del primo anno)
- diario di bordo
- questionario sulla percezione corporea (pre-post)
- bilancio del percorso compiuto sulla QOL (questionario post)

Sintesi dei risultati

Dall'inizio nel 2001 ad oggi (giugno 2007) sono stati attivati 17 gruppi, di cui gli ultimi 3 sono ancora in corso, per un totale di 246 persone, una media di 14.5 persone per gruppo. La percentuale di quelli che non hanno finito il percorso (drop-outs) è del 20.7% (n.=51), di cui 22 per gravi motivi di salute. Inoltre solo un partecipante si è sottoposto ad un intervento bariatrico durante il percorso, e 2 l'hanno fatto mesi dopo. (Allegato 2).

Per quanto riguarda la perdita del peso, questa, come già detto, viene valutata con le variazioni del BMI misurato inizialmente, e poi a distanza di un anno e poi annualmente per i gruppi che hanno smesso il percorso psicoterapeutico, ma continuano nel loro cammino individuale con il supporto dell'Associazione DPAB. L'elemento più rilevante che emerge dall'osservazione dei grafici (vedi allegato 2) è che in genere vi è un mantenimento nel tempo del peso raggiunto alla fine del

percorso terapeutico ed anche a distanza di quattro anni; in sette gruppi su dieci il processo di perdita di peso è proseguita anche successivamente, seppur lievemente. Nei gruppi n. 5, 6 e 9 a distanza di alcuni anni vi è stato un recupero del peso, anche se minimo. Questo è dovuto in gran parte al fatto che, per varie ragioni, il processo terapeutico è terminato dopo un anno, mentre tutti gli altri gruppi hanno goduto di un percorso che si è sviluppato su due annualità.

In base all'analisi dei primi 13 gruppi (di cui c'è una documentazione completa, n. = 195) (Allegato 3) si rileva che nelle Motivazioni per perdere peso la maggior parte delle persone evidenzia problematiche relative alla stima di sé, all'accettazione e all'amore verso se stessi. Alla domanda Come mangio relativa al modo in cui la persona si avvicina al cibo, tre sono le caratteristiche che emergono:

- l'alterata percezione del senso di sazietà, che generalmente non viene percepito
- incapacità ad esercitare un controllo efficace sull'assunzione di cibo
- assoluta incapacità di rispettare i tempi e i ritmi classici di assunzione di cibo.

Riguardo al Perché mangio è evidente come tutte le ragioni degli eccessi alimentari si collocano su dimensioni emotive ed affettive. Anche la voce fatica viene intesa non come fatica fisica, ma come fatica di vivere.

Processo di empowerment e qualità della vita

La misurazione della qualità della vita è stata fatta sulla base dell'analisi qualitativa dei commenti scritti da ogni partecipante nel questionario iniziale e nelle lettere formali, sintetizzati poi in categorie, come illustrate dai grafici sulla qualità della vita (Allegato 3).

Nelle persone partecipanti al progetto non è avvenuta una semplice riduzione del peso, già di per sé importante, ma si è prodotto anche un cambiamento profondo nella percezione di sé e nell'orientamento alla vita. Infatti dai grafici si nota chiaramente lo spostamento verso destra (miglioramento) dei processi di cambiamento relativi all'accettazione di sé, alla fiducia e alla "forza" con conseguente miglioramento della qualità della vita. Se inizialmente i gruppi erano avvolti da sentimenti di impotenza, fallimento, ineluttabilità della propria condizione, ora l'atteggiamento nei confronti della vita e degli eventi appare mutato e caratterizzato da speranza, fiducia in sé e orientamento al fare.

Uno dei risultati più importanti è stato quello della fondazione dell'Associazione "Diamo Peso al Benessere", risultato inaspettato, perché sicuramente non programmato, ma che coglie perfettamente l'essenza dell'empowerment e concretizza a livello comunitario i suoi principi. In effetti l'associazione creata per dare supporto a

coloro che avevano terminato il primo anno di terapia, ne continua il percorso coinvolgendo i membri in azioni non solo di auto-mutuo aiuto, ma specialmente di esternazioni di auto-stima (pride e self-worth), di advocacy e di azioni comunitarie. (allegato 4)

Evidenza e Best Practices

Negli ultimi anni, a livello mondiale, sono state prodotte diverse linee guida per il trattamento del sovrappeso e dell'obesità (vedi Bibliografia), ma in generale differiscono poco l'una dall'altra, se non in aggiornamenti della letteratura sulla base di nuove evidenze. Comunque, la definizione di obesità e sovrappeso è stata chiaramente definita (vedi paragrafo iniziale) anche se ultimamente l'accuratezza del BMI è stata messa in discussione per quanto riguarda alcune etnie e, nonostante la forte correlazione con la quantità di grasso corporeo, per l'incapacità di distinguere tra adiposità e massa muscolare in certe categorie di individui. Gli esperti quindi raccomandano anche l'utilizzo della misurazione del vita (circonferenza addominale – CA), particolarmente rilevante nell'adiposità centrale, come indice aggiuntivo di livello dell'obesità, tenendo presente però che al di sopra di un BMI di ≥ 35 Kg/m² perde il suo valore predittivo.

La tabella seguente, tratta dal WHO, identifica la relazione tra BMI, CA e rischio associato.

Classificazione di sovrappeso ed obesità secondo il BMI, circonferenza addominale e rischio di malattia

	BMI (Kg/m ²)	Classe di obesità	Rischio di malattia* (relativo a peso e CA normale)	
			Uomo ≤ 102 cm Donna ≤ 88 cm	> 102 cm > 88 cm
Sottopeso	<18.5			
Normale	18.5 -24.9			
Sovrappeso	25.0 – 29.9		Aumentato	Elevato
Obesità moderata	30.0 – 34.9	I	Elevato	Molto elevato
Obesità severa	35.9 – 39.9	II	Molto elevato	Molto elevato
Obesità morbigena	≥ 40	III	Estremamente elevato	Estremamente elevato

*rischio di malattia per diabete tipo 2, ipertensione e patologie cardiovascolari

**Una circonferenza addominale aumentata può indicare un rischio più elevato anche in soggetti normopeso

Generalmente l'approccio al trattamento dell'obesità è più quello di prevenire lo sviluppo o il peggioramento di certe malattie associate all'obesità, piuttosto che quello

di trattarla come una patologia in sé stessa. Per cui le linee guida per la maggior parte raccomandano che:

- a tutti i soggetti con BMI tra 25 e 29.9 kg/m² e circonferenza addominale nei limiti, che presentano solo un fattore di rischio (che non sia l'ipertensione) dovrebbe essere proposto da parte del MMG (operatore sanitario) un programma di mantenimento del peso, a meno che non manifestino una esplicita intenzione a perdere peso. In questo caso è importante chiarire al paziente che per la sua situazione non è dimostrato un rapporto favorevole tra i costi e i benefici di un programma per la perdita del peso, mentre è essenziale che non guadagni ulteriormente peso. Diventa prioritario proporre una perdita di peso nel caso in cui il solo fattore di rischio associato sia l'ipertensione.
- a tutti i soggetti con un BMI ≥ 30 kg/m² - o un BMI compreso tra 25 e 29,9 kg/m² e una circonferenza addominale superiore ai limiti con 2 o più fattori di rischio o una patologia associata (malattie cardiovascolari, diabete, sleep apnea) dovrebbe essere proposto un programma di perdita di peso. È indispensabile in questo caso chiarire che si tratta di un intervento sanitario e che come tutte le terapie non è esente da rischi (NIH, USL2).

La prima fase del trattamento è quindi quella di valutare il paziente in termini di BMI, CA, livello di rischio e motivazione a perdere peso, includendo anche tutta una serie di fattori relativi a tentativi fatti in passato, tipo di supporto da parte di parenti, amici, situazione sul posto di lavoro, etc. Dopodiché al paziente che viene ritenuto sufficientemente motivato viene proposto un programma per perdere peso i cui obiettivi sono: 1. come minimo, non aumentare di peso, 2. puntare su una perdita di circa il 10% del peso al baseline in 6 mesi e 3. mantenere il peso ridotto nel lungo termine.

Le strategie terapeutiche

Inizialmente la terapia per la perdita ed il mantenimento del peso corporeo dovrebbe basarsi sulla combinazione di **dieta ipocalorica**, **incremento dell'attività fisica** e **terapia comportamentale**. Il modello cognitivo comportamentale è la forma di trattamento dell'obesità più ampiamente studiata e la sua efficacia è stata ampiamente documentata sia a breve che medio termine. Alcune tecniche come l'auto monitoraggio, l'auto-rinforzo, il controllo degli stimoli, il supporto sociale, la ristrutturazione cognitiva ed alcune strategie per il mantenimento del peso dovrebbero essere incluse in ogni programma di trattamento dell'obesità.

L'intervento combinato della dieta ipocalorica, con l'attività fisica e la terapia psicologica di tipo cognitivo-comportamentale, appare essere il modello più efficace per la perdita e il mantenimento del peso.

Basi teoriche

È stato detto che il problema non è tanto il perdere peso, ma piuttosto il mantenere la perdita nel tempo e questo dipende principalmente da fattori cognitivi e comportamentali, perchè il meccanismo chiave è essenzialmente psicologico e i fattori biologici fungono da fattori di rinforzo o abilitanti per l'eventuale perdita o recupero del peso corporeo.

Da un punto di vista cognitivo due processi sono alla base del recupero del peso perduto:

1. la mancanza di self-efficacy che porta ad una convinzione progressiva di non poter controllare il proprio peso corporeo e quindi abbandono del programma e di conseguenza
2. il ritorno alle abitudini alimentari precedenti e recupero del peso.

Le situazioni tipo che portano ai processi sopraccitati ricadono generalmente in 3 categorie:

1. incapacità nel fronteggiare situazioni ad alto rischio che portano a mangiare in eccesso e ad evitare l'attività fisica
2. utilizzo del cibo come mezzo di conforto/gratificazione per far fronte a stati di frustrazione e/o depressione nella vita quotidiana
3. mancato raggiungimento degli obiettivi di peso e di quelli ad essi collegati

Sulla base di queste premesse teoriche le strategie di un approccio terapeutico, basato sull'utilizzo di specifiche tecniche di terapia comportamentale, sono:

- valutazione della motivazione della persona, includendo anche una valutazione dello stadio (stages of change) in quanto è stato dimostrato che questo aiuta nel programmare un percorso più efficace
- monitoraggio della dieta, attività fisica e peso
- modificazione dello stile di vita
- identificazione delle barriere, sia interne che esterne, all'adesione del soggetto al programma
- identificazione degli ostacoli al mantenimento del peso perduto
- attuazione di un programma di mantenimento.

Se il soggetto non risponde alla triade descritta sopra (dieta, attività fisica e terapia comportamentale) le linee guida suggeriscono l'aggiunta di farmaci, prevalentemente

orlistat (gastrointestinal lipase inhibitor) o sibutramine (dopamine, norepinephrine and serotonin reuptake inhibitor) a persone con un BMI ≥ 30 kg/m² o ≥ 27 kg/m² che però hanno anche altri fattori di rischio (ipertensione, diabete etc.).

Infine, esiste anche l'opzione chirurgica che è indicata per gli obesi che:

- hanno un BMI ≥ 40 kg/m² o tra 35kg/m² e 40kg/m² e altre patologie significative (ipertensione, diabete)
- tutte le misure non chirurgiche sono state tentate e non hanno portato ad un miglioramento sostenuto nel tempo (>6 mesi)
- il soggetto verrà seguito regolarmente e attentamente da un team di specialisti dell'obesità
- la persona può fisicamente sostenere un'operazione
- la persona è disposta ad un lungo follow-up.

I trend internazionali dimostrano che il numero di operazioni continua a crescere, perché viene considerata l'opzione più efficace per i grandi obesi. Un recente studio dell'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) rivela che il numero di chirurgie bariatriche è aumentato del 400% dal 1998 al 2002. Due studi pubblicati recentemente sul NEJM (Adams e Sjöström L) documentano a distanza di 7-11 anni una perdita di peso tra quelli che avevano fatto l'operazione dal 14 al 25% mentre era solo del 2% per i controlli. Inoltre la mortalità (end point dello studio) era diminuita per tutte le cause del 40%, per il diabete del 92%, per coronaropatie del 56% e per cancro del 60%.

Conclusioni e raccomandazioni

È difficile valutare il progetto Diamo Peso al Benessere sulla base delle linee guida discusse sopra, in quanto utilizza un approccio molto innovativo, possibilmente unico in Italia, che non rientra nelle tecniche psicoterapeutiche descritte sopra e comunemente utilizzate nei progetti per perdere peso. Infatti combina la strategia dell'empowerment (referenti in Italia Brusciaglioni e Putton, entrambi "maestri" della dr.ssa Cacitti) con il lavoro di gruppo (supporto sociale e auto-mutuo aiuto), con tecniche comportamentali, con in-formazione, il tutto non tanto con l'obiettivo di perdere peso, ma quanto di cambiar vita. Secondo la visione di Brusciaglioni (allegato 5 -Tab. 1-2) il processo di empowerment della persona è una sequenza di fasi interdipendenti tra loro, il cui risultato è il passaggio del soggetto da una condizione in cui questi era in possesso di un'unica possibilità ad una in cui la gamma delle

possibilità tra cui scegliere è più vasta. La sperimentazione sul campo dell'opportunità positiva offerta dalla nuova pensabilità dà poi alla persona la possibilità di cambiare se sceglierà di farlo. In questo sviluppo è evidente che è l'individuo il vero artefice del cambiamento attraverso l'aiuto di un operatore che gli renda più facile il cammino. (Gheno S). Le analisi dei gruppi (allegato) dimostrano che in effetti la pensabilità, la speranza, la qualità della vita sono migliorate per tutti i partecipanti, spesso anche per quelli che hanno perso pochissimo peso.

La durata del percorso – 1 anno di terapia di gruppo – più 1 anno di supporto e monitoraggio da parte dell'Associazione – è coerente con l'evidenza che dimostra, come per ogni altro problema cronico, la necessità di una programmazione a lungo termine per mantenere i risultati. Non sono molti gli studi che coinvolgono i pazienti in maniera attiva oltre i 6 mesi, ma quelli che lo hanno fatto e in particolare hanno sperimentato con sessioni settimanali come in questo progetto, hanno avuto i risultati migliori, particolarmente riguardo al mantenimento del peso perso (McTigue – US Preventive Service Task Force). Tramite l'associazione c'è pure un monitoraggio, anche se un po' informale, delle persone che hanno finito il percorso e una misurazione, almeno annuale, del peso.

Dal punto di vista di Promozione della salute, questo progetto sicuramente si attiene ai principi fondamentali della Carta di Ottawa, prima di tutto perché parte appunto dalla definizione stessa di promozione della salute attraverso l'empowerment: un processo grazie al quale le persone conquistano un maggior controllo sulle decisioni e le iniziative personali ma anche comunitarie che riguardano la loro salute (determinanti sociali) (Glossario WHO). Inoltre, l'attività dell'Associazione è un chiarissimo esempio di una delle strategie più importanti della Carta, e cioè Advocacy, definita come un insieme di azioni condotte a livello individuale e sociale, volte a acquisire l'impegno del mondo politico, l'appoggio di una linea politica, l'accettazione sociale e il sostegno dei sistemi a favore di uno specifico obiettivo o programma sanitario.

Non c'è dubbio che il "progetto" abbia avuto successo, ma, anche perché ci sono state varie richieste di esportarlo ad altre aziende sanitarie e associazioni, è assolutamente necessario apportare modifiche ad alcuni aspetti.

Prima di tutto è imperativo rivedere la struttura organizzativa. Una delle difficoltà più grandi nel valutare questo progetto è stata quella di reperire i dati: non esiste infatti un database né quantomeno uno schema per la raccolta dei dati relativi ai partecipanti che sia continuo e integrato. Inoltre, gran parte dei dati sono relativi ad analisi

qualitative compiute sui diari di bordo, le lettere formali, i questionari di empowerment etc. che sono spesso letteralmente fogli di carta scritti a mano. Esistono dei software in commercio che sono molto utili nell'analisi di dati basati sulla narrativa: sarebbe opportuno investire in uno di questi.

Inoltre è assolutamente necessario che ci sia almeno una persona dedicata alla raccolta, elaborazione ed analisi dei dati.

Una delle caratteristiche dell'efficacia è anche quella di poter paragonare i risultati ottenuti con quelli di altri studi. Per fare questo è necessario però avere degli strumenti validi o utilizzare quelli già esistenti e validati; si dovrebbe perciò fare una revisione dei questionari ed altri strumenti attualmente in uso nel progetto per verificarne la loro validità. Dal punto di vista clinico/scientifico sarebbe anche importante verificare la comparabilità di questi strumenti con quelli più comunemente riscontrati nella letteratura internazionale. Una delle possibilità potrebbe essere quella di aggiungere un questionario di HrQOL, poiché questo aspetto non è al momento indagato in dettaglio. Inoltre, senza medicalizzare troppo il percorso, sarebbe utile raccogliere sistematicamente i dati che indicano miglioramenti nelle patologie presenti nei partecipanti, per es. diminuzione della glicemia, pressione arteriosa, sleep-apnea, dati finora presenti principalmente nelle storie e negli scritti dei pazienti, ma che sono un importante end point dei progetti di perdere peso. Infatti la maggior parte degli studi vengono fatti per prevenire o diminuire il rischio di malattie associate all'obesità, in particolare diabete e malattie cardiovascolari. L'analisi di questi cambiamenti consentirebbe poi di valutare l'efficacia del progetto anche in termini di costi sanitari diminuiti o evitati, basti pensare che il costo "base" di una operazione bariatrica è di circa 15.000 € e una giornata a Gaiato (i ricoveri vanno da 30 a 60 giorni all'anno per la maggior parte delle persone) si aggira sui 250 €.

Sempre in termini di efficacia, è ormai accettato che ogni progetto per perdere peso deve anche includere una componente di attività fisica. Diamo Peso al Benessere si concentra principalmente sulla armonizzazione percettiva, che è più che altro un utilizzo del corpo di tipo meditativo e non aiuta a bruciare calorie. L'Associazione ha sottoscritto un accordo con una palestra in città dove i membri possono andare, anche in gruppo, a fare ginnastica, utilizzare le macchine etc. Forse è opportuno considerare l'inserimento di attività motoria regolare e costante nel percorso delle persone, senza tuttavia "snaturare" il processo di empowerment. Lo stesso vale per la dieta che non viene neanche discussa in termini "tradizionali", ma invece i partecipanti vengono

stimolati a cambiare in termini di come mangio e perché mangio, di sperimentare nuovi modi di avvicinarsi al cibo, di aggiungere anziché togliere.

Un altro punto che merita attenzione (e soluzione) è sottoscrivere un accordo di programma che istituisca e formalizzi la collaborazione tra i vari servizi dell'ASS. Infatti il percorso del paziente prevede sessioni di armonizzazione percettiva in palestra con le fisioterapiste: un accordo tra il Dipartimento di Salute Mentale e l'IMFR sarebbe opportuno per evitare che i pazienti debbano mendicare una palestra e pagarsi le fisioterapiste, come è già accaduto. Inoltre, poiché questi pazienti presentano un certo numero di comorbidità, anche abbastanza severe, sarebbe utile pensare ad un "percorso" di consultazioni specialistiche, meglio se nell'Azienda, affinché il paziente venga veramente preso in carica a 360 gradi. Se la situazione fisico-mentale del paziente peggiora e deve essere ricoverato, al momento questo avviene spesso fuori Regione in uno di 3 centri del Nord Italia abilitato a tal scopo; il ricovero può anche durare un mese (e questo incide non poco sui costi all'Azienda/Regione). Ultimamente le persone ricoverate a Gaiato (MO) vengono inviate, alla dimissione, al progetto DPaB, principalmente perché sanno che così i progressi fatti non verranno vanificati. Sarebbe nell'interesse dell'Azienda esplorare con altre Aziende/Enti la fattibilità di centro simile in regione, tanto più che personale qualificato già esiste.

La funzione svolta dall'Associazione Diamo Peso al Benessere è parte integrale del percorso terapeutico; infatti prima della fondazione dell'Associazione il percorso di empowerment era configurato per 2 anni: nel secondo anno gli incontri con la psicoterapeuta erano meno frequenti ed il paziente imparava da solo ad esercitare le sue nuove capacità. Con l'Associazione invece continua il lavoro di gruppo che fornisce il supporto sociale necessario per mantenere i comportamenti acquisiti. Inoltre l'Associazione ha anche impostato una serie di eventi designati a dare una immagine positiva delle persone obese, ad informare e fare advocacy presso coloro che hanno il potere di impostare politiche, regole, normative etc. (policy makers). Per tutto questo i membri si sono attivati molto e con successo per trovare le risorse necessarie. È importante dunque che l'Associazione venga riconosciuta dall'Azienda sanitaria, tramite una convenzione, come un partner a pari livello.

Il successo del progetto è in gran parte dovuto alla personalità carismatica della psicoterapeuta che lo ha creato e continua a condurlo. Tuttavia, se da un lato la figura del "champion" di un progetto è all'inizio una garanzia di successo, d'altra parte, quando la sostenibilità nel tempo è uno degli obiettivi, bisogna anche prevedere per

una continuazione anche quando il leader non c'è più – in questo caso, un semplice pensionamento. Per cui è imperativo che, al più presto possibile, vengano reclutati o formati operatori specificamente nel campo dell'empowerment per continuare ed anche esportare il percorso terapeutico in altre aziende ed enti regionali (sono già pervenute diverse richieste di iniziare gruppi). Sarebbe anche opportuno prevedere dei corsi di sensibilizzazione e aggiornamento per gli operatori socio-sanitari sulle problematiche legate all'obesità.

In conclusione, il progetto Diamo Peso al Benessere risulta valido sotto molti aspetti e certamente degno di essere potenziato nell'ambito dell'Azienda, ma soprattutto rappresenta uno dei migliori esempi di come si può "fare" promozione della salute anche in situazioni che vengono considerate quasi esclusivamente dal punto di vista patologico e trattate conseguentemente.

BIBLIOGRAFIA

- Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *NEJM* 2007;357:753-61.
- Aronne LJ. Classification of obesity and assessment of obesity-related health risks. *Obesity research* 2002;10:105S-115S
- Avenell A, Broom J, Brown TJ, et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technology Assessment* 2004; Vol. 8: No. 21
-
- Azienda Sanitaria Regionale dell'Umbria, USL2. Linee guida per il trattamento del sovrappeso e dell'obesità. 2002
[http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/Lin.Guida%20obesit%C3%A0%20\(1\).pdf](http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/Lin.Guida%20obesit%C3%A0%20(1).pdf)
- Blissmer B, Riebe D, Dye G, et al. Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24 month follow-up effects. *Health Qual Life Outcomes* 2006;4:43-50
- Bray G. The missing link – lose weight, live longer. *NEJM* 2007;357;818-20.
- Cawley J. The cost-effectiveness of program sto prevent or reduce obesità. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:611-614.
- Coluccia A, Di Cosmo L, Ferretti F, Vuolo G, Lorini F. Chirurgia della grande obesità e patient satisfaction: uno studio condotto presso il centro interdipartimentale per il trattamento dell'obesità. *Difesa Sociale* 2006;LXXXV:63-76.
- Commissione delle Comunità Europee. Libro verde. Promuovere le diete sane e l'attività fisica:una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche. Bruxelles 2005
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm
- Commissione delle Comunità Europee. Libro bianco. Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alimentazione, al sovrappeso e all'obesità. Bruxelles 2007
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/keydocs_nutrition_en.htm

- Croce D, Banfi G, Braghiroli A, et al. Il costo delle malattie: valutazione dell'impatto della sindrome da apnea ostruttiva nel sonno sull'economia italiana. *Sanità Pubblica e Privata* 2006;5 (settembre-ottobre):26-43.
- Gheno S. L'uso della forza. Fondamenti metodologici e linee applicative dell'empowerment della persona. Milano: Cooperativa Universitaria Studio e Lavoro (CUSL), 2002.
- Jakicic JM, Otto AD. Physical activity considerations for the treatment and prevention of obesity. *Am J Clin Nutr* 2005;82(suppl):226S-29S.
- Keith SW, Redden DT, Katzmarzyk PT, et al. Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the road less travelled. *Int J Obes* 2006;30:1585-94.
- Kushner RF, Foster GD. Obesity and quality of life. *Nutrition* 2000;16:947-52.
- Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ* 2007;176(suppl.8):S1-S13
- McTigue KM, Harris R, Hemphill B, et al. Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the US Preventive Service Task Force. *Ann Intern Med* 2003;139:933-49.
- National Institutes of Health (NIH). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. NIH publication no. 98-4083, 1998
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE Clinical guideline 43. 2006
<http://www.library.nhs.uk/guidelinesfinder/ViewResource.aspx?resID=213116>
- Neumark-Sztainer D. The weight dilemma: a range of philosophical perspectives. *Intern J Obesity* 1999;23(suppl.2):S31-S37.
- Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Brown TJ, Schmid CH, Lau J. Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD004095. DOI:10.1002/14651858.CD004095.pub2.
- Prentice AM, Jebb SA. Beyond body mass index. *Obes Rev* 2001;2:141-47.
- Raine K. Overweight and obesity in Canada: a population health perspective. Centre for Health Promotion Studies, University of Alberta, 2004
http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1130_E

- Sach TH, Barton GR, Doherty M, et al. The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *Intern J Obes* 2007;31:189-96.
- Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA* 2005;294:1909-17.
- Sarlio-Lahteenkorva S. Relapse stories in obesity. *Eur J Public Health* 1998;8:203-09.
- Sculati O, Bettoncelli G, Brignoli O, et al. La prevenzione efficace del soprappeso e dell'obesità sul territorio, esperienza in Lombardia fra u.o. nutrizione del SIAN e medici di famiglia. *Ann Ig* 2006;18:41-48.
- Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003817. DOI: 10.1002/14651858.CD003817.pub3.
- Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003818. DOI: 10.1002/14651858.CD003818.pub2.
- Sjöström L, Narbro K, Sjöström D, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *NEJM* 2007;357:741-52.
- Smith West D, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:1081-87.
- Snow V, Barry P, Fitterman N, et al. Pharmacological and surgical management of obesity in primary care: a clinical practice guideline from the American College of physicians. *Ann Intern Med* 2005;142:525-31.
- Stubbs CO, Lee AJ. The obesity epidemic: both energy intake and physical activity contribute. *MJA* 2004;181:489-91.
- Vallis M. Behaviour therapy. *CMAJ* 2007;176(8):54-56.
- Vartanian LR, Herman CP, Polivy J. consumption stereotypes and impression management: how you are what you eat. *Appetite* 2007;48:265-77.
- Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 2005;82(suppl):222S-25S.
- World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva, CH: Technical Report Series, 894, 1999, reprint 2004
<http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/en/index.html>

- World Health Organization (WHO). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary /edited by F. Branca, H. Nikogosian and T. Lobstein. Copenhagen, DK: WHO Regional Office for Europe 2007
http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20070220_1
- Zhao Y, and Encinosa, W. Bariatric Surgery Utilization and Outcomes in 1998 and 2004. Statistical Brief #23. January 2007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Md.
<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb23.pdf>