LiGIO'99

Linee Guida Italiane Obesità

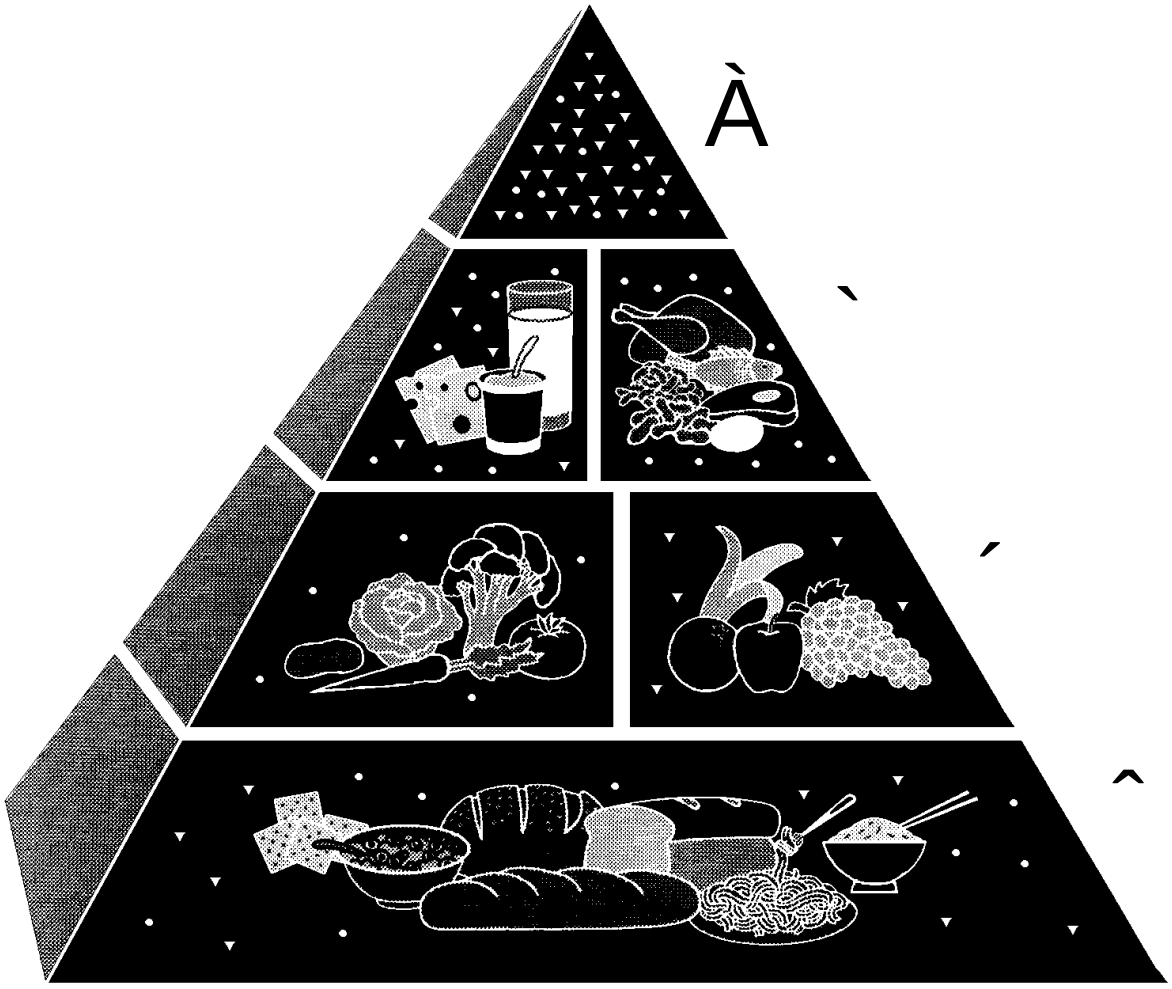
Identificare Valutare Trattare

La trasmissione del messaggio globale contenuto nelle raccomandazioni è rappresentata in modo sintetico nell'Iconografia delle 11 **"Piramidi"** e dei 9 **"Goal"** (vedi cap. I.H.).

J **1° Illustrazione Fuori Tutto (IFT)**

La Piramide Alimentare

4. Cereali
3. Frutta, Verdura
2. Latticini, Carne, Pesce
1. Grassi, Zuccheri, Dolciumi, Alcoolici



The Food Guide Pyramid (1994), U.S. Department of Agriculture

A. Prefazione

Le LiGIO'99 costituiscono un punto di riferimento culturale che scaturisce dal confronto delle esperienze cliniche, dalla revisione della letteratura e dalle riflessioni di un folto gruppo di esperti.

Dopo decadi in cui l'Obesità è stata considerata con futilità e disinteresse[1] è nata l'esigenza di fornire alle Comunità scientifiche, sanitaria e politica italiana un documento per la progettazione di piani di intervento. Gli obiettivi principali sono: 1. la prevenzione (vedi App. IV.5); 2. fornire indicazioni alla popolazione che ha bisogno di risposte deontologicamente corrette e clinicamente adeguate, come fino ad ora è spesso mancata (vedi App. IV.1); 3. infine dare ai medici di medicina generale e agli specialisti di settori disciplinari strettamente implicati una base tecnica per migliorare la propria professionalità (vedi App. IV.2).

Le **Istituzioni Italiane** (vedi par. I.F.) hanno recepito tale necessità e possono ora avere definitivamente gli elementi per un riorientamento della programmazione sanitaria perché l'Obesità è una delle più importanti macropatologie e rappresenta la seconda causa di mortalità e di morbosità dopo il fumo. Per la prima volta viene considerata anche nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Deve essere ricordato in questa sede che già nel 1991 è stata lanciata in Italia una Consensus Conference su Sovrappeso, Obesità e Salute (vedi par. I.B.), tuttavia non era ancora maturo il problema del trattamento e tale evento non è stato sufficientemente propositivo. Inoltre solo gli Stati Uniti avevano precedentemente considerato il problema con una analoga Consensus Conference sponsorizzata dai National Institutes of Health, mentre l'Europa taceva e le Società Scientifiche per lo studio dell'Obesità consideravano prevalentemente gli aspetti biologici della malattia e meno quelli sociali. Esiste l'impellente necessità di ammodernamento delle stesse, facendo propri indirizzi sull'accreditamento delle strutture e dei programmi nonché pubblicizzando, secondo le modalità dell'attuale comunicazione e del marketing, le proprie iniziative all'opinione pubblica.

Le LiGIO'99 sono state disegnate come risorsa educazionale per i medici di medicina generale, per tutte le figure professionali che operano all'interno di un team multidisciplinare, oltre che per tutti gli addetti alla salute, politici e amministratori.

Le LiGIO'99 sono il prodotto di un gruppo di esperti che hanno effettuato una ampia revisione della letteratura e hanno messo a frutto la propria esperienza clinica e culturale (vedi par. I.D.4.). Il licenziamento nel giugno 1998 delle **NIH Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults**[2] ha indotto la Task Force Obesità Italia a preparare un documento che contiene, anzitutto, la fedele traduzione di quello Nord-Americano piuttosto che preparare un documento totalmente italiano. Il razionale di tale strategia è

1: Editoriale. L'Obesità: una malattia orfana, ma con pesanti paternità e monumentali dimensioni. Necessità dello sviluppo di modelli di Educazione Integrata. QUON 1, 2, 1994. Editoriale. L'Obesità: una malattia della cultura. QUON 1, 3, 1994

2: Il documento è reperibile al sito Internet: http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/nhlbi.htm. Le Guidelines sono state preparate dal NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel dei National Institutes of Health. Il National Heart, Lung, and Blood Institute Information Center può essere consultato al: P.O. Box 30105 - Bethesda, MD 20824-0105 - E-mail: nhlbi@dgsys.com - Obesity and Physical Activity (vedi W.28., W.33., W.34.)

stato tecnico scientifico poiché il Panel del NHLBI[3] ha utilizzato gli strumenti informatici del San Antonio Cochrane Center la cui missione è quella di preparare e fornire revisioni sistematiche e metanalisi della letteratura sulla salute. Nessuna istituzione italiana avrebbe potuto eguagliare la metodologia del NHLBI (vedi cap. W.1.29., 30., 31., 32.).

Le LiGIO'99 contengono **Raccomandazioni** (m) **e Dichiarazioni** (p), **basate sull'evidenza**, che non assicurano necessariamente il successo della Prevenzione e del Trattamento dell'Obesità ma invitano a tenere in considerazione un nuovo modello operativo assistenziale non lasciato alla semplice volontà dei soggetti con Obesità. Ciascuno potrà utilizzarle in modo del tutto libero facendo riferimento, in particolari circostanze, anche al proprio giudizio professionale.

Il rigore scientifico con il quale sono state preparate queste LiGIO'99 e il vaglio istituzionale che esse hanno subito sono di garanzia per quanti vogliono utilizzarle ed essere stimolati a considerare non solo le Raccomandazioni e le Dichiarazioni ma anche tutti i messaggi scientifici in esse contenuti nell'Introduzione e nelle Appendici.

Va precisato che l'interesse per l'Obesità ha investito negli ultimi anni la massima Istituzione nel mondo che opera nel campo della salute: l'**Organizzazione Mondiale della Sanità**. Infatti nel 1997 la OMS, in collaborazione con la International Obesity Task Force (vedi cap. I.C., W.1.20.), ha preparato un Report per la Comunità sanitaria mondiale e per tutti i Governi perché il problema dell'Obesità è ancora in fase di crescita e per molte popolazioni, culturalmente non protette, assume una prevalenza e un impatto devastante per la salute (Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity: Report of the World Health Organization Consultation of Obesity. WHO, Geneva, June 1997)[4]. È noto che in alcune popolazioni esposte brutalmente all'impatto della civilizzazione la prevalenza dell'Obesità è arrivata al 99% (Indiani Pima, Nauruani della Micronesia).

L'**Istituto Superiore di Sanità** ha riconosciuto il problema e contribuisce all'azione locale della **Task Force Obesità Italia** diretta a preparare un Documento che adegui l'atteggiamento professionale alle evidenze scientifiche e ai risultati delle ricerche cliniche. Le LiGIO'99 infatti enunciano Dichiarazioni e formulano Raccomandazioni per:

a. il **medico di medicina generale** che deve imparare ad instaurare una relazione terapeutica positiva e a offrire un supporto adeguato al soggetto che persegue il difficile obiettivo di tenere sotto controllo il peso corporeo (vedi App. IV.4).

b. il **politico amministratore della salute**, che dovrà prendere in considerazione il problema in modo adeguato ai bisogni della popolazione (vedi par. I.E. e I.F., App. IV.9).

c. il **professionista specializzato** nel trattamento dell'Obesità che potrà trovare gli elementi di programmazione e di completamento della propria attività professionale (vedi App. IV.2, IV.9, cap. W.).

Le LiGIO'99 sono costituite da quattro sezioni: I. Introduzione (pag.i-xxxviii), II. Documento Riassuntivo (pag.1-28), III. Razionali, Dichiarazioni, Raccomandazioni, Evidenze (pag.29-76) e IV. Appendici (pag.77-148). È incluso un Indice degli Acronimi

---

[3]: Il NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel è stato costituito da Pi-Sunyer F.X., Becker D.M., Bouchard C., Carleton R.A., Colditz G.A., Dietz W.H., Foreyt J.P., Garrison R.J., Grundy S.M., Hansen B.C., Hill J.O., Howard B.V., Kuckmarski R.J., Kumanyka S., Legako R.D., Prewitt T.E., Rocchini A.P., Smith P.L., Snetselaar L.G., Sowers J.R., Weintraub M., Williamson D.F., Wilson G.T.

[4]: Come ordinare il Report: WWW: e-mail <nishidac@who.ch>

(vedi cap. K., pag.149-150), una guida per la consultazione di siti Internet (vedi cap. W., pag.151-164), una Bibliografia Essenziale (vedi cap. X., pag.165-180), un Indice Analitico (vedi cap. Y., pag.181-186), un Sommario Automatico (vedi cap. Z., pag.187-188).

Nella prima Sezione, **I. Introduzione** il Sottogruppo LiGIO'99 della Task Force Obesità Italia (vedi par. I.D.) ha voluto mettere in evidenza il superamento del presupposto moralistico, sostituito dal modello bio-psico-sociale con cui oggi deve essere affrontato il Management dell'Obesità. Questa ottica culturale risale alla Consensus Conference Italiana del 1991, ai lavori della International Obesity Task Force, al Report della Organizzazione Mondiale della Sanità, alla Task Force Obesità Italia che ha interagito con l'Istituto Superiore di Sanità e infine al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che deve fare i conti con gli alti costi che l'Obesità comporta per le sue implicazioni con la salute e per la sua elevata prevalenza. L'introduzione termina con un Indice Circostanziato (vedi cap. I.G.) per dare una informazione capillare dei contenuti (pag.ix-xxxiv) e con la Versione **Pocket** delle LiGIO'99 (vedi cap. I.I.) che contiene tutte le Raccomandazioni della Sezione II. e tutte le Dichiarazioni (pag.I-XIV)

La seconda Sezione, **II. Documento Riassuntivo**, costituisce un riassunto delle NIH Guidelines e contiene le Raccomandazioni (m). Permette una rapida e semplice consultazione per chi desidera essere immediatamente operativo (pag.1-28).

La terza Sezione, **III. Razionali, Dichiarazioni, Raccomandazioni, Evidenze**, fornisce una rassegna dei razionali e delle conoscenze che hanno portato alle Dichiarazioni basate su una graduazione di evidenze necessarie a dare un peso differenziato all'operatore attento e critico (pag.29-76). Si è ritenuto opportuno riportare integralmente anche il testo dei razionali, nonostante le ripetizioni, rispettandone gli intenti.

La quarta Sezione, **IV. Appendici**, rappresenta una concreta integrazione al testo del NHLBI ad opera del Sottogruppo LiGIO'99 della TFOI. I contenuti delle Appendici rappresentano un aggiornamento e una integrazione preparati da esperti che hanno voluto aggiungere altri elementi di conoscenza indispensabili e condivisi per lettori più attenti e desiderosi di formazione. Sono trattati come la "Diet Industry", i criteri per la valutazione dei programmi per perdere peso, i metodi di valutazione del comportamento alimentare, le prevenzione, l'infanzia, il modello cognitivo-comportamentale, la terapia farmacologica, ecc. (pag.77-148).

L'Iconografia è stata curata con particolare interesse per la trasmissione del messaggio scientifico. Il complesso generale della "raccomandazione" è contenuto in modo sintetico in 11 Illustrazioni Fuori Testo, **"Piramidi"**, e in 9 **"Goal"** (vedi cap. I.H.).

Spesso e in gran parte inconsciamente il medico di medicina generale manifesta sentimenti negativi nei riguardi del soggetto con Obesità che non riesce a perdere peso o che riprende il peso perduto; tende ad inculcare un senso di colpa che interrompe la relazione terapeutica e spinge a rinunciare o a cercare nuove soluzioni. E' facile allora cadere nelle trappole della "Diet Industry" che strumentalizza i bisogni dei soggetti obesi (vedi App. IV.1).

L'esistenza di fattori eziologici, solo in parte noti, porta invece alla convinzione che il soggetto con Obesità non è il solo responsabile del problema e merita rispetto, dignità, comprensione, empatia, incoraggiamento, tempo e impegno professionale. Questo atteggiamento è essenziale per il raggiungimento dell'obiettivo a lungo termine.

Tuttavia il soggetto con Obesità è ancora sottoposto a pregiudizi e discriminazioni e, alla sofferenza morale e fisica dell'essere in eccesso di peso, si aggiunge quella del

senso di colpa e dell'atteggiamento negativo anche da parte di chi lo deve curare o lo deve aiutare sul piano istituzionale. In questo clima di disinteresse e di futile considerazione del problema ha preso forza la "Diet Industry" (vedi App. 1). È questa la prima e insormontabile barriera che impedisce di vincere l'Obesità, almeno fino a quando si permetterà che possa agire indisturbata e senza alcuna opposizione da parte della Comunità scientifica e politica.

È necessaria pertanto una legislazione protettiva dei diritti alla salute che ponga freno alla "deregulation" con cui le frodi, le ciarlatanerie, le stupidità e le mistificazioni hanno agito e agiscono da sempre e tuttora. Un ruolo importante in tal senso sarà giocato dalle Società Scientifiche, se avranno il coraggio di cambiare le modalità gestionali.

È indispensabile infine una intensa e capillare opera di informazione e di psico-educazione per l'utente, per la sua famiglia, per il medico di medicina generale, per il politico amministratore della salute e infine per i media.

Nazario Melchionda

Chairman Task Force Obesità Italia (TFOI)
Coordinatore del Sottogruppo LiGIO'99

Comitato Editoriale

Francesco Caviezel
Massimo Cuzzolaro
Riccardo Dalle Grave
Giulio Marchesini
Nazario Melchionda
Stefano Scucchi

Sottogruppo di Lavoro LiGIO'99

Fabio Armellini
Nino Battistini
Maria Rosa Bollea
Ottavio Bosello
Francesco Caviezel
Massimo Cuzzolaro
Riccardo Dalle Grave
Giovanni De Pergola
Claudio Maffeis
Giulio Marchesini
Nazario Melchionda
Carlo Maria Rotella
Stefano Scucchi
Roberto Vettor
Mauro Zamboni

Bologna 26 Febbraio 1999

1. IOTF News. The Newsletter of the International Obesity Task Force. Issue 1, 1997

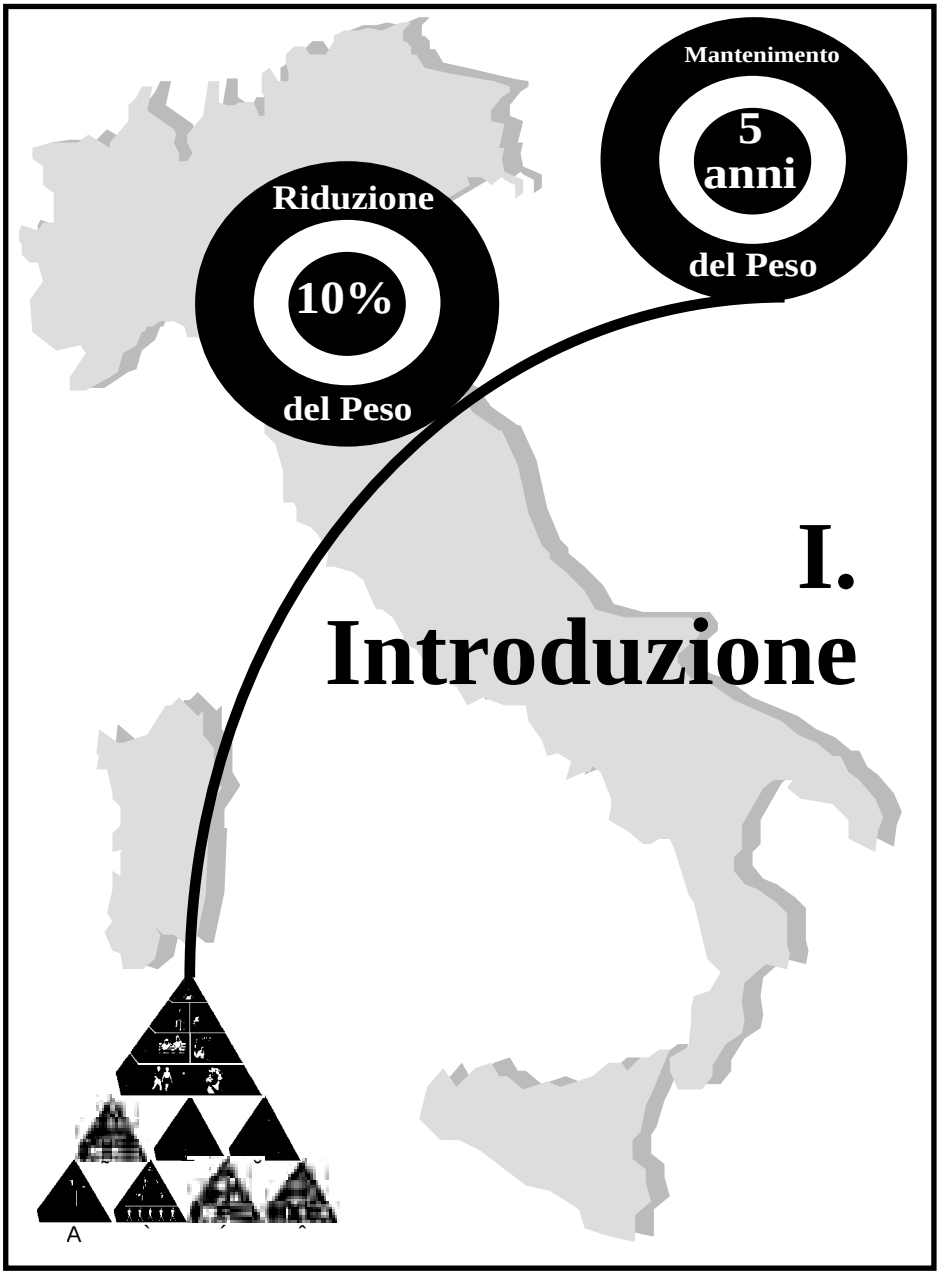
B. Indice Generale

A. Prefazione iii
B. Indice Generale vii
I. Introduzione ix
Indice x
I.A. La ripartizione della responsabilità e superamento del presupposto moralistico xi
I.B. La Consensus Conference Italiana Sovrappeso, Obesità e Salute xi
I.C. La International Obesity Task Force xv
I.D. La Task Force Obesità Italia xvii
I.E. L'Obesità nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 xx
I.F. Valutazione del costo dell'Obesità nella spesa sanitaria per la salute xx
I.G. Indice circostanziato xxv
I.H. Iconografia xxxv
I.I. Versione Pocket I
Indice III
Prefazione IV
I.I.1. Raccomandazioni V
I.I.2. Dichiarazioni IX
II. Documento riassuntivo 1
Indice 3
II.A. Introduzione 4
II.B. La metodologia di lavoro che ha condotto alla produzione delle NIH Guidelines 5
II.C. Categorie basate sull'evidenza clinica 7
II.D. Linee Guida Cliniche: valutazione e trattamento 8
II.E. Sommario delle raccomandazioni basate su evidenze 16
III. Razionali, Dichiarazioni, Raccomandazioni, Evidenze 29
Indice 30
III.A Riassunto 31
III.B Valutazione e classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 31
III.C. Valutazione dello stato di rischio 38
III.D. Strategie di valutazione e trattamento 42
III.E. Esclusione della terapia mirata alla perdita di peso 47
III.F. Motivazione dei soggetti con Obesità 47
III.G. Obiettivi della perdita di peso e del trattamento 48
III.H. Strategie per perdere peso e per mantenere il peso 52
III.I. Sospensione del fumo in soggetti in Sovrappeso o con Obesità 73
III.L. Ruolo degli operatori sanitari 75
IV. Appendici 77
Indice 78
IV. Appendice 1. La "Diet Industry" 80
IV. Appendice 2. Criteri per la valutazione delle strutture e dei programmi per perdere Peso 84
IV. Appendice 3. Metodi di valutazione del Comportamento Alimentare 91
IV. Appendice 4. Chi deve curare l'Obesità? 97

IV. Appendice 5. La prevenzione 102
IV. Appendice 6. La riduzione del peso nel soggetto anziano 108
IV. Appendice 7. La perdita di peso nell'infanzia 110
IV. Appendice 8. Prevalenza dell'Obesità in Italia 113
IV. Appendice 9. Il Modello Cognitivo-Comportamentale 115
IV. Appendice 10. Nomogramma di Thomas 125
IV. Appendice 11. Terapia Farmacologica 126
IV. Appendice 12. Comorbosità e complicanze psicopatologiche 131
IV. Appendice 13. Ottenere una migliore compliance per l'esercizio fisico 136
IV. Appendice 14. Riconsiderare l'opzione del modello chirurgico 139
K. Indice degli Acronimi 149
W. Siti Internet di maggiore interesse, indirizzi utili e periodici 151
X. Bibliografia essenziale 155
Y. Indice Analitico 181
Z. Sommario Automatico 187

Struttura testuale del Documento

A. Prefazione	Servizio	iii-vi
B. Indice Generale	Servizio	vii-viii
I. Introduzione	Sezione	ix-xxxvi
n **I.A. - I.F.**	Paragrafo 1°	-
I.A.1.	Paragrafo 2°	-
1.	Paragrafo 3°	-
a.	Paragrafo 4°	-
1.	Rientro 1	-
-	Rientro 2	-
n **I.G. Indice Circostanziato**	Paragrafo	xxv
n **I.H. Iconografia**	Paragrafo	xxxiv
J IFT (1°-11°)	Illustrazioni	-
¶ Goal (1-9)	Goal	-
• Tab. (1-29)	Tabelle	-
u Fig. (1-6)	Figure	-
n **I.I. Versione Pocket**	Paragrafo	I-XIV
Razionali	-	-
q **Dichiarazioni**	D.I.A.1.1.a.	-
l **Raccomandazioni**	R.I.A.1.1.a.	-
II. Documento Riassuntivo	Sezione	1-28
n **II.A. - II.E.**	Paragrafo 1°	-
III. Razionali, Dichiarazioni, Raccom., Evidenze	Sezione	29-76
n **III.A. - III.L.**	Paragrafo	-
IV. Appendici 1. - 14.	Sezione	77-148
K. Indice degli Acronimi	Servizio	149-150
W. Siti Internet, indirizzi e periodici	Servizio	151-164
X. Bibliografia Essenziale	Servizio	165-180
Y. Indice Analitico	Servizio	181-189
Z. Sommario Automatico	Servizio	187-198



I. Introduzione

Indice

I. Introduzione ix

I.A. La ripartizione della responsabilità e superamento del presupposto moralistico xi

I.B. La Consensus Conference Italiana Sovrappeso, Obesità e Salute xi
I.B.1. Le premesse xii
I.B.2. Lo svolgimento xii
I.B.3. I quesiti xiii
I.B.4. Le risposte ai quesiti xiii
I.B.5. Epidemiologia dell'Obesità in Italia xv

I.C. La International Obesity Task Force xv
I.C.1. Costituzione xvi
I.C.2. Network della IOTF xvi
I.C.3. Obiettivi xvii
I.C.4. Membri del Council xvii

I.D. La Task Force Obesità Italia xvii
I.D.1. Costituzione e cooptazione dei membri del Council nazionale xvii
I.D.2. Membri del consiglio nazionale xviii
I.D.3. Obiettivi xviii
I.D.4. Attività svolta xix

I.E. L'Obesità nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 xx

I.F. Valutazione del costo dell'Obesità nella spesa sanitaria per la salute xx
I.F.1. Premesse xx
I.F.2. Revisione degli studi xxi

I.G. Indice circostanziato xxv

I.H. Iconografia xxxv
I.H.1. Illustrazioni Fuori Testo (IFT) xxxv
I.H.2. I Goal xxxv
I.H.3. Figure xxxvi
I.H.4. Tabelle xxxvi

I.I. Versione Pocket I
Indice III
Prefazione IV
I.I.1. Raccomandazioni V
I.I.2. Dichiarazioni IX

I. Introduzione

Le conoscenze attuali sull'Obesità si sono notevolmente ampliate rispetto alle generalizzazioni del passato, quando l'Obesità era considerata e completamente spiegata come una singola alterazione del comportamento alimentare. Pertanto si può attualmente affermare che tale malattia nell'uomo deve essere tenuta in alta considerazione e con un'ottica del tutto differente rispetto al passato.

I.A. La ripartizione della Responsabilità e superamento del presupposto moralistico

È tempo di modificare il presupposto moralistico dei trattamenti che attribuivano alla sola volontà del paziente la soluzione del problema. È ormai inequivocabile che tale approccio non ha dato risultati soddisfacenti e quindi va sostituito dal modello psico-biologico-sociale che tiene in giusta considerazione l'importanza dei fattori psico-biologici e di quelli ambientali dove il soggetto è indifeso se non intervengono supporti sociali, psico-educativi, cognitivi e professionali come possono essere desunti dalle Dichiarazioni e dalle Raccomandazioni di queste Linee Guida.[5]

Esistono evidenze scientifiche che dimostrano la presenza di fattori eziologici complessi, in gran parte genetici e solo parzialmente noti. La tossicità dell'ambiente permette l'espressione dei fattori genetici che, di per sé, non sono sufficienti. L'eziopatogenesi infatti, non ancora pienamente conosciuta, è multifattoriale e legata ad una complessità di meccanismi genetici, metabolici, neuroendocrini, psicologici, ambientali, sociali e culturali. Essi intervengono ad alterare il bilancio calorico in misura impercettibile nelle 24 ore ma con una rilevante ricaduta nel processo cumulativo degli anni.

Le cause ambientali sono molto potenti e permettono l'espressione di quelle biologiche, che di per sé non sono sufficienti a determinare il fenotipo. Questa ottica, basata sulle evidenze rappresenta quindi un nuovo modello che ispirerà una guida operativa per tutta la comunità nel III millennio.

Dichiarazione basata sull'evidenza:* **D.I.A.**
Non un presupposto moralistico ma un modello psico-biologico-sociale per la valutazione delle responsabilità
Categoria di evidenza B
***** Vedi • **Tab. 6**

I.B. La Consensus Conference Italiana Sovrappeso, Obesità e Salute

I.B.1. Le Premesse

Fino ai primi del 1900 l'Obesità era stata oggetto di studio solo in riferimento a casi eclatanti descritti nella storia della medicina. L'interesse per l'Obesità come problema

[5]: Editoriale. Processo al paziente. Assoluzione per insufficienza di prove, ma necessità di modelli educativi integrati. QUON 2, 2, 1995.

della salute inizia nei primi anni del secolo con gli studi delle Compagnie di Assicurazione americane che si concludono nel 1959 col Build and Blood Pressure Study, in cui l'esperienza della minima mortalità portò alla pubblicazione delle famose tabelle del peso desiderabile.

Successivamente numerosi dati in rapporto alla mortalità cardio-vascolare scaturiscono dagli studi sui fattori di rischio delle malattie cardio-vascolari sulla popolazione generale e nel 1960 iniziano negli USA i grandi studi epidemiologici trasversali, le Health and Examination Surveys e successivamente negli anni 70-80 le National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES I, II e III). Nel 1987 si concludono in Italia lo Studio INESE del CNR: Italian Nutrition Examination Survey on the Elderly e lo Studio EROS: Emilia-Romagna Obesity Study.

Già negli anni 70, in Inghilterra e negli Stati Uniti, l'Obesità rappresenta: “un significativo problema per la salute delle società del benessere" e "uno dei più importanti problemi della salute di tutte le comunità del nostro tempo". Queste evidenze hanno portato allo sviluppo negli Stati Uniti nel 1985 di una National Institutes of Health Consensus Development Conference: "Health Implications of Obesity", voluta dall'Office of Disease Prevention and Technology Transfer e dai National Institutes of Health.

Dopo 6 anni dalla Consensus di Bethesda, passata forse inosservata nel nostro Paese, si è conclusa la Consensus Conference Italiana Sovrappeso, Obesità e Salute ed è giunta opportuna e indispensabile per tutta la Comunità Scientifica e Sanitaria Nazionale. La Consensus è stata promossa dalla Unione Italiana Contro l'Obesità (UICO) e dal Progetto Finalizzato "FATMA" (Fattori di Malattia) del CNR.

Lo scopo della Consensus è stato quello di fare cultura e di stabilire linee guida per la corretta valutazione del Sovrappeso e dell’Obesità.

I.B.2. Lo Svolgimento

La Consensus si è svolta secondo le linee guida messe a punto dall'Office of Medical Applications of Research. dei National Institutes of Health necessarie per ottenere un consenso corretto. Il modello si è basato sull'interazione tra i suoi Panel e Comitati e ha prodotto un Documento approvato da tutti i partecipanti rappresentanti di una vasta area della cultura medico-biologica italiana.

Sono stati presenti 307 partecipanti provenienti da tutte le regioni Italiane, come rappresentanti di una vasta area della Comunità Culturale, Scientifica e Sanitaria Italiana. In particolare: 74 rappresentanti delle Società Scientifiche, 57 rappresentanti delle Scuole di Specializzazione delle Università Italiane, 14 rappresentanti di Istituzioni e Associazioni Mediche, 87 Esperti e Cultori in numerose Discipline, 69 Rappresentanti di Strutture Assistenziali, l'Editor in Chief del International Journal of Obesity, l'Executive Director of WHO Obesity Publication e i rappresentanti delle Società Scientifiche Europee per lo Studio dell'Obesità.

I.B.3. I Quesiti

Sono stati preparati in antecedenza e attentamente valutati dal Comitato di Presidenza, dagli Enti Promotori e dal Planning Committee e sono stati portati a conoscenza di tutti i partecipanti e ampiamente diffusi a tutta la Comunità Scientifica e Sanitaria.

1. Che cosa è l'Obesità?

2. L'Obesità ha un effetto sulla morbosità e sulla mortalità?

a. Quali sono le malattie associate e le complicanze?
b. Il Sovrappeso è un fattore di rischio cardio-vascolare?
c. La distribuzione viscerale del tessuto adiposo è un fattore di rischio cardio-vascolare?
d. L'Obesità riduce l'aspettativa di vita?

3. È l'Obesità una Malattia Sociale?

4. Quali sono gli strumenti per la valutazione del Sovrappeso?

5. Indicazioni per raccomandare la riduzione ponderale

6. Quali sono le linee guida della ricerca per il futuro?

I.B.4. Le Risposte ai Quesiti

Sono ripottate in questa sede in particolare le risposte date ai primi tre quesiti lasciando al documento NIH del 1998 lo sviluppo del 4° e 5° quesito per le evidenze scaturite dal 1991 al 1998.

1. Che cosa è l'Obesità

L'Obesità e il Sovrappeso rappresentano una condizione in cui esiste un eccesso di massa corporea costituito mediamente da 75% di massa grassa e 25% di massa magra e si associano frequentemente a compromissione dello stato di salute.

a. Fattori eziologici. L'Obesità può ricondursi a numerosi fattori eziopatogenetici che si indentificano in 2 categorie:

- Genetici. Inducono alterazioni del comportamento alimentare e/o alterazioni del dispendio energetico. Ne derivano due principali sottotipi a seconda della alterazione prevalente ed è importante sottolineare che l'iperalimentazione non sempre è in grado di spiegare il fenomeno.

- Ambientali. Sono complessi e si possono ricondurre a determinanti psico-sociali ed economico-culturali. Complessi fenomeni di interazione tra i due complicano maggiormente il problema della patogenesi e pertanto si può affermare che: "l'Obesità rappresenta una profonda alterazione radicata nei sistemi biologici e nella vita di relazione".

b. Definizione della gravità. A seconda della entità dell'eccesso ponderale si considerano 3 livelli :

- Sovrappeso. È un livello intermedio con un rischio di mortalità lieve. Tale rischio non è certo se la distribuzione del tessuto adiposo è di tipo periferico o sottocutaneo

- Obesità manifesta. L'eccesso ponderale è significativamente correlato al rischio di mortalità

- Obesità morbigena. Il rischio di mortalità è molto elevato indipendentemente dal tipo di distribuzione.

c. Definizione della distribuzione. La distribuzione del tessuto adiposo dipende da fattori genetici soprattutto legati al sesso e, a seconda della localizzazione (viscerale o centrale, periferica o sottocutanea), si riconoscono due differenti biotipi della distribuzione:

- Tipo viscerale. È caratterizzato da prevalente localizzazione in sede intra-addominale e mediastinica. Tale localizzazione è strettamente collegata con un aumento della prevalenza dei fattori di rischio cardio-vascolare anche se la gravità dell'eccesso ponderale è nei limiti del Sovrappeso.

- Tipo sottocutaneo. È caratterizzato da prevalente localizzazione sottocutanea, poco correlato al rischio di mortalità, specie quando l'entità dell'eccesso ponderale è nei limiti fissati per il Sovrappeso.

Si concludeva che l'eccesso ponderale è un sintomo espressione di una eterogeneità di meccanismi eziopatogenetici non ancora chiaramente identificabili nell'uomo. La classificazione eziologica che si rifà ai modelli animali ha molte limitazioni, per cui è meglio ricorrere ad una strategia che permetta di caratterizzare i differenti modelli. È fondamentale una caratterizzazione che consideri almeno gli indicatori antropometrici di eccesso ponderale e di distribuzione del tessuto adiposo.

2. Ha l'Obesità un effetto sulla morbosità e sulla mortalità? Sì

a. Malattie associate e complicanze:

- Diabete di tipo 2
- Ipertensione
- Iperlipemie
- Patologia cardio-vascolare e Mortalità Generale
- Calcolosi biliare
- Tumori (utero, mammella e colon)
- Patologia delle Gonadi
- Patologia Ostetrica e Perinatale
- Patologia Respiratoria (sleep apnea)
- Patologia Osteo-articolare

b. Il Sovrappeso è un fattore di rischio cardio-vascolare? Sì.

c. La distribuzione viscerale è un fattore di rischio cardio-vascolare? Sì.

d. L'Obesità riduce l'aspettativa di vita? Sì.

---

p Dichiarazione basata sull'evidenza: D.I.B.4.2.

Il problema del Sovrappeso e dell'Obesità deve essere tenuto in considerazione nei Piani Sanitari Nazionali perché si associa a numerose malattie e complicanze

l Categoria di evidenza A

---

3. È l'Obesità una Malattia Sociale? Sì

I dati di prevalenza, che in Italia sono simili se non superiori a quelli delle altre Nazioni, i rapporti con la mortalità e la morbosità sono ormai consolidati, il rilevante peso della componente ambientale e delle sue interazioni con la componente genetica permettono di affermare senza dubbio che il Sovrappeso e l'Obesità rappresentano un importante problema per la Salute Pubblica e quindi una malattia sociale con tutte le ricadute di carattere organizzativo ed economico per il Servizio Sanitario Nazionale e sulla vita di relazione dei soggetti con Sovrappeso.

I.B.5. Epidemiologia dell'Obesità in Italia

In dati analizzati permettono di affermare che una elevatissima prevalenza del Sovrappeso e dell'Obesità è presente in Italia alla pari del Nord America, in relazione a studi epidemiologici effettuati in soggetti per tutte le classi di età, dall'infanzia fino a 95 anni. Nell'App. IV.8 è riportata una tabella analitica relativa ai dati esistenti (1991).

1. Prevalenza cumulativa del Sovrappeso+Obesità (BMI ≥25)

Bambini	M+F	28-31	-	-
Adolescenti	Maschi	18	Femmine	20
Adulti giovani	Maschi	23-37	Femmine	13-30
Adulti di mezza età	Maschi	57-79	Femmine	39-79
Anziani	Maschi	45-54	Femmine	72-80

2. Prevalenza dell'Obesità (BMI ≥30)

Adolescenti	M+F	6	-	-
Adulti giovani	Maschi	2-6	Femmine	3-8
Adulti di mezza età	Maschi	10-17	Femmine	10-36
Anziani	Maschi	4-16	Femmine	28-40

Dichiarazione basata sull'evidenza: D.I.B.5.

La prevalenza del Sovrappeso e dell'Obesità nella popolazione italiana adulta è stimata intorno al 50%

Categoria di evidenza B

I.C. La International Obesity Task Force (IOTF)

Nel mondo non esiste ancora una organizzazione che possa assumersi l'onere di portare a definizione gli aspetti sociali e comunitari dell'Obesità. Esiste la European Association Study Obesity (EASO) che ha solo interessi scientifici che si concretizzano nella organizzazione di un congresso annuale. Ogni tre anni viene organizzato un International Congress on Obesity dalla International Association Study Obesity (IASO.

Il compito comunitario spetta alla Organizzazione Mondiale della Sanità che dal 1995 collabora con la IOTF ad opera di W.P.T. James, direttore del Rowetr Research Institute di Aberdeen (UK) (vedi cap. W.1.20.).

I.C.1. Costituzione

Il 10 Marzo 1995 a Brussels è stata tenuta la prima riunione informale della IOTF. L'11 Maggio dello stesso anno si è tenuta una riunione a Ginevra alla presenza di W.P.T. James, rappresentante della IOTF e tre esperti della OMS. I risultati di questa riunione si compendiano nei seguenti punti:

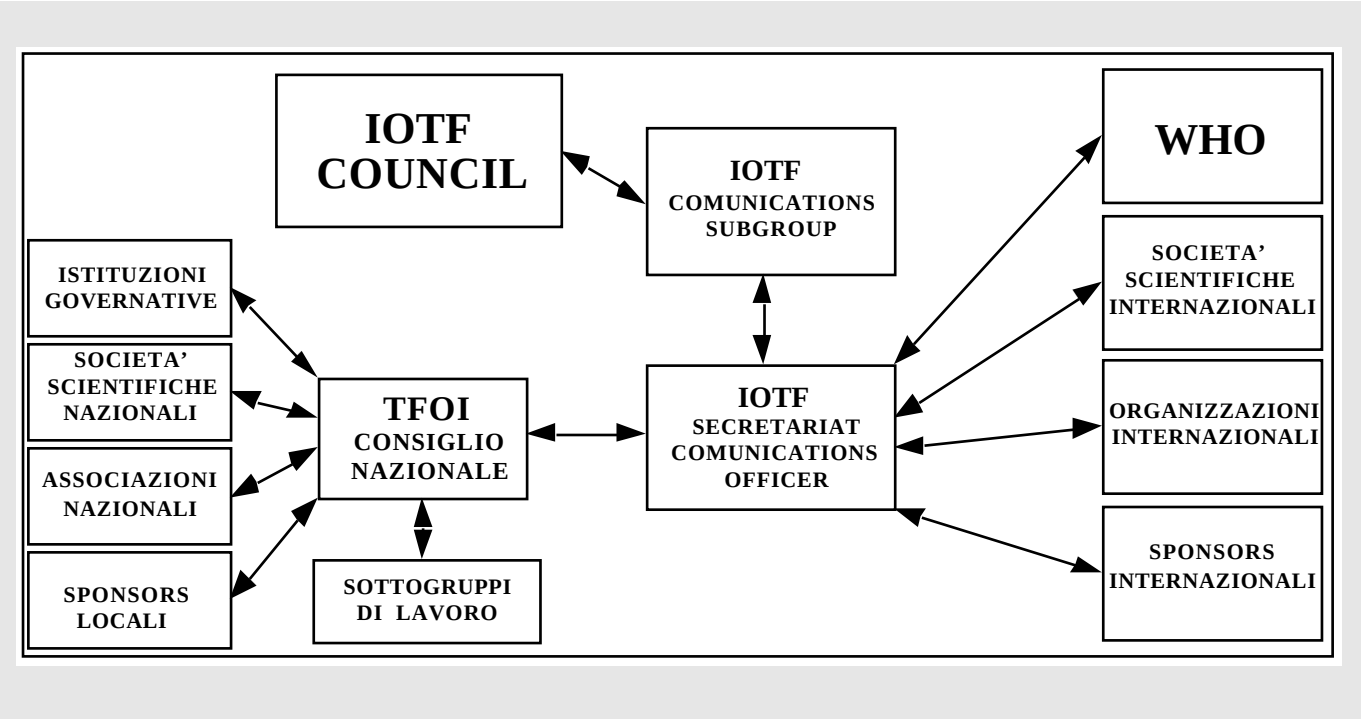
1. Preparazione di un Report.
2. La OMS ritiene fermamente che l'Obesità stia diventando un problema globale e che in Europa sia un evento esplosivo con un incremento del 50% negli ultimi 5-7 anni.
3. Si costituisce la IOTF per creare un network internazionale di esperti per mettere a fuoco il problema e sviluppare un consenso sulle azioni da programmare.

4. La IOTF necessita di collaborazioni da parte delle Società Scientifiche affini e si presume utile una strategia simile alla Dichiarazione di S. Vincent per il Diabete, che ha incontrato molto entusiasmo tra i Medici dell'area diabetologica.[6]

5. L'Obesità non è un problema solo per le civiltà occidentali ma emerge anche nelle società in corso di industrializzazione, assolutamente impreparate a difendersi dall'assalto del consumismo.

I.C.2. Network

La IOTF si è collegata con tutte le nazioni del mondo attraverso i suoi delegati nazionali con la creazione di un Network internazionale per collegare il Council con tutte le organizzazioni scientifiche e governative al fine di fare chiarezza sul problema più importante per la salute nel III Millennio.



I.C.3. Obiettivi

1. Persuadere i Governi dell'importanza dell'Obesità come serio problema per la salute.

2. Considerare la individuazione delle migliori strategie di prevenzione in prospettiva di un miglioramento della salute pubblica (vedi App. IV.5).

3. Sviluppare un approccio coerente per la gestione clinica della malattia basata sui risultati di ricerche effettive e chiare.

4. Considerare le implicazioni di nuove strategie per la gestione dell'Obesità nei Servizi Sanitari.

5. preparazione di materiale per la preparazione di un Report da parte della OMS.

6: La Dichiarazione di S. Vincent si è dimostrata essere un buon modello per il coordinamento dell'azione a tutti i livelli dell'interesse sociale per il diabete. Il primo Meeting si è tenuto nel 1989 tra i rappresentanti dei Governi Europei, delle organizzazioni dei Pazienti e degli Esperti della OMS e della International Diabetes Federation. Il Meeting più recente si é tenuto a Lisbona con una partecipazione estensiva di tutte le nazioni europee.

I.C.4. Membri del Council

Sono 37 e rappresentativi delle più importanti nazioni del mondo.

Philip James (Chairman)	UK	Alfredo Halpern	Brazil
George Alberti	UK	Hans Hauner	Germany
Arne Astrup	Denmark	Peter Kopelman	UK
Jorge G Barranco	Mexico	Shriki Kumanyka	USA
Per Björntorp	Sweden	Yuji Matsuzawa	Japan
Ian Caterson	Australia	Nazario Melchionda	Italy
Claude Bouchard	Canada	WF Mollentze	South Africa
George A Bray	USA	Xavier Pi-Sunyer	USA
Ian Caterson	Australia	Stephan Rössner	Sweden
Chen Chun-Ming	China	Susanna Sans	Spain
Guy De Backer	Belgium	William Saris	Netherlands
Jean-Paul Delsypere	Belgium	Jaap Seidel	Netherlands
William Dietz	USA	Ricardo Uauy	Chile
Bernard Guy-Grand	France	Rena Wing	USA
Vojtech Hainer	Czech Repub.	Paul Zimmet	Australia

n I.D. La Task Force Obesità Italia (TFOI)

La numerosità di Società e Associazioni che si interessano all'Obesità, le differenti modalità gestionali, la molteplice e caleidoscopica tipologia degli iscritti, i conflitti di interessi personali e statutari, le differenti caratteristiche relative al rinnovo dei membri dei consigli direttivi sono elementi che non hanno permesso fino ad ora la coesione e l'unità di intenti che in questo momento sarebbero necessari per affrontare con successo il problema dell'Obesità.

In Italia esistono tre associazioni che si occupano dell'Obesità:

1. SISO: Società Italiana per lo Studio dell'Obesità costituita nel 1995 con uno statuto che ha le caratteristiche di tutte le altre Società Scientifiche Italiane. Ha tenuto il primo Congresso Nazionale a Milano nel 1996

2. SIS.DCA: Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare che si è costituita nel 1991 e ha tenuto il primo congresso nazionale a Bologna nel 1998 con uno statuto che non ha le caratteristiche di tutte le altre Società Scientifiche Italiane. Il Consiglio Direttivo è formato da Psichiatri, Psicologi, Internisti, Endocrinologi, e presenta quindi una valenza multidisciplinare

3. UICO: Unione Italiana Contro l'Obesità costituita nel 1970 con uno statuto non allineato a quello delle altre Società Scientifiche Italiane. Il Consiglio Direttivo e il Presidente sono eletti dalla assemblea dei Soci con un rinnovamento ogni 4 anni. Tra i Soci possono essere accettati anche diplomati in Dietologia.

I.D.1. Costituzione e cooptazione dei Membri del Council Nazionale

La numerosità delle Società ha stimolato il Chairman della IOTF a delegare Melchionda Nazario, come membro del Council della IOTF, a formare una Task Force Obesità Italia con il meccanismo della cooptazione di tutti i componenti che potessero essere rappresentativi della Comunità Scientifica e Sanitaria Italiana e comunque delle Associazioni sopraelencate.

Il 12 Luglio 1996 si è tenuto il 1° Meeting con la cooptazione di 14 Membri che sono andati successivamente aumentando fino a 36 nel 5° Meeting che si è tenuto il 10 Giugno 1997 a Bologna.

I.D.2. Membri del Consiglio Nazionale

Nazario Melchionda (Chairman)	Metabolismo e Disturbi Comp. Alimentare	BO
Fabio Armellini	Gerontologia e Geriatria	VR
Nino Battistini	Fisiologia Umana	MO
Francesco Belfiore	Medicina Interna	CT
Giuseppe Benagiano[7]	Istituto Superiore di Sanità	Roma
Sergio Bernasconi	Pediatria	MO
Maria Rosa Bollea	Nutrizione Clinica	Roma
Ottavio Bosello	Gerontologia e Geriatria	VR
Furio Brighenti	Nutrizione	MI
Michele Carruba	Farmacologia	MI
Francesco Cavagnini	Endocrinologia	MI
Francesco Caviezel	Endocrinologia	MI
Saverio Cinti	Anatomia Umana	AN
Franco Contaldo	Nutrizione Clinica	NA
Renzo Cordera	Diabetologia	GE
Massimo Cuzzolaro	Psichiatria	Roma
Amleto D'Amicis	Istituto Nazionale della Nutrizione	Roma
Riccardo Dalle Grave	Disturbi Comportamento Alimentare	VR
Eugenio Del Toma	Dietologia	Roma
Giovanni De Pergola	Metabolismo	BA
Giuliano Enzi	Gerontologia e Geriatria	PD
Giovanni Federspil	Medicina Interna	PD
Ettore Ferrari	Gerontologia	PV
Sandro Fontana	Medicina Interna	BL
Michelangelo Giampietro	CONI	Roma
Ermanno Lanzola	Scienza dell'Alimentazione	PV
Lucio Lucchin	Dietologia	BZ
Claudio Maffeis	Pediatria	VR
Giulio Marchesini	Malattie del Metabolismo	BO
Massimo Pagani	Cardiologia	MI
Gabriele Riccardi	Diabetologia	NA
Carlo Maria Rotella	Endocrinologia	FI
Stefano Scucchi	Istituto Superiore di Sanità	Roma
Nicola Sicolo	Medicina Interna	PD
Andrea Strata	Nutrizione Clinica	PR
Salvatore Verga	Medicina Interna	PA
Roberto Vettor	Medicina Interna	PD

I.D.3. Obiettivi

Gli obiettivi della TFOI si sono chiaramente delineati nel 3° Meeting di Milano con la definizione in una newsletter. Essi sono identificati come impegno a termine della:

1. Diffusione dei lavori della IOTF in Italia
2. Informazione sulla "Diet Industry" quale barriera per il corretto trattamento dell'Obesità
3. Coinvolgimento dei media per la correttezza dell'informazione e per la lotta alla disinformazione
4. Coesione di tutte le forze scientifiche italiane interessate allo studio e alla ricerca nel campo dell'Obesità

---

[7]: Il Prof. Benagiano Giuseppe è entrato a far parte della TFOI nell'Ottobre 1997 in sostituzione di Angelo Stacchini, mancato alla Comunità Italiana nel Luglio 1997. Al Prof. Angelo Stacchini un ringraziamento per il suo capillare lavoro come coordinatore del Sottogruppo di lavoro della TFOI Rapporti con le Istituzioni Governative

5. Sensibilizzazione degli addetti alla salute (Operatori Sanitari e Istituzioni Governative), per impedire che l'Obesità sia una malattia orfana in costante aumento della sua prevalente alle soglie del III millennio

6. Organizzazione di una campagna educativa nazionale con la preparazione di materiale idoneo

7. Promozione di metodologie per accreditamento di strutture, programmi e professionisti che operano nel settore.

I.D.4. Attività svolta

L'attività della TFOI è andata concretizzandosi in questo periodo e può essere così riassunta:

1. Traduzione del Report della National Academy of Sciences (Weighing the Options): "Perdere peso: come orientarsi. Criteri di valutazione dei programmi per il management del peso". Esso rappresenta una guida per la valutazione dei programmi per la perdita di peso (vedi App. IV.2)

2. Preparazione di Linee Guida: Il Documento LiGIO'99 è stato preparato dai membri del 7° Sottogruppo di Lavoro LiGIO'99 e da esperti cooptati che ne hanno curato tutte le fasi successive per assemblare i commenti, le osservazioni, le argomentazioni, le segnalazioni bibliografiche e le critiche motivate che sono pervenute durante il processo di sviluppo.

7° Sottogruppo di Lavoro della TFOI per la preparazione delle LiGIO'99

Nazario Melchionda (Coordinatore)	BO
Fabio Armellini	VR
Nino Battistini	MO
Maria Rosa Bollea	Roma
Ottavio Bosello	VR
Francesco Caviezel	MI
Massimo Cuzzolaro	Roma
Riccardo Dalle Grave	VR
Giovanni De Pergola	BA
Claudio Maffeis	VR
Giulio Marchesini	BO
Carlo Maria Rotella	FI
Stefano Scucchi	Roma
Roberto Vettor	PD
Mauro Zamboni	VR

L'attività della TFOI si articola in seguenti Sottogruppi di Lavoro:

	Coordinatore
1. Editorial Board	Armellini F.
2. Obesità Infantile	Bernasconi S.
3. Rapporto con le Istituzioni Governative	Benagiano G.
4. Rapporti con l'Industria e Associazioni	Rotella C.M.
5. Censimento Diet Industry	D'Amicis A.
6. Strategie di Formazione Professionale	Bosello O.
7. Linee Guida Italiane Obesità	Melchionda N.
8. Preparazione di Video-conferenza	Bollea M.R.
9. Rapporti con le Società Scientifiche Italiane	Ferrari E.

n I.E. L'Obesità nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (PSN)

Il Ministero della Sanità ha pubblicato il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000:

"Un Patto di Solidarietà per la Salute"

con l'approvazione del Consiglio dei Ministri il 15 Maggio 1998. Tra gli obiettivi il 1° è "Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute" con interventi sulla nutrizione, sul fumo, sull'alcool e sull'attività fisica. **Afferma che la prevalenza dei soggetti con Obesità "deve essere ridotta"** e cita i dati dell'ISTAT. Si riferisce che il 7.5% degli uomini e il 7.0% delle donne ha un BMI ≥30 (Vedi App. IV.9).

A tal fine vengono indicate le seguenti azioni specifiche che comprendono interventi nazionali, regionali e locali:

1. Programmi di educazione alimentare mirati
2. Interventi di conoscenza della qualità dei prodotti alimentari
3. Attività di promozione e diffusione di prodotti idonei
4. Azioni di monitoraggio della ristorazione collettiva

Tali azioni devono essere viste alla luce della indagine dell'Istituto Nazionale della Nutrizione (INN) sull'alimentazione degli italiani nel periodo 1990-1994 e degli obiettivi proposti dal Piano Sanitario Nazionale (• **Tab. 1**).

• Tab. 1. Percentuale di energia stimata dall'INN e obiettivi previsti dal PSN (vedi Goal °)

Fonte di energia (INN)	stima (%)	obiettivo (%) (PSN)
Energia da grassi totali	35.7	30
Energia da grassi di origine animale	13.0	10
Energia da carboidrati totali	48.4	55
Energia da zuccheri semplici	12.6	10
Energia da proteine	15.6	15

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.I.E.**

La prevalenza dell'Obesità deve essere ridotta e uno degli obiettivi principali è rappresentato dalla progettazione di programmi di educazione alimentare per ridurre il consumo di grassi di origine animale, per aumentare il consumo di carboidrati complessi e ridurre l'uso di zuccheri semplici

l **Categoria di evidenza B**

n I.F. Valutazione del costo dell'Obesità nella spesa sanitaria per la salute

I.F.1. Premesse

Il costo socio-economico dell'Obesità rappresenta un problema di estrema attualità soprattutto per coloro che sono deputati alla programmazione ed alla gestione della

salute. Un'analisi esauriente è impossibile per la pochezza dei dati a disposizione, dovuta alla scarsa attenzione degli studiosi a questa problematica.

È stato di recente affermato che l'Obesità rappresenta il secondo fattore di rischio per la salute dell'era moderna, dopo il fumo: se si considera anche l'altro grande accusato, l'alcool, e si pongono a confronto gli studi sui costi correlati, si apprezza uno stridente contrasto.

La problematica è, comunque, assai complessa e vari aspetti devono essere considerati. I punti di maggior impatto economico possono essere i seguenti:

1. I **costi diretti**, al legati trattamento dello stato morboso
2. I **costi indiretti**, correlati alla mancata o ridotta produttività, per giornate di lavoro perdute oppure per ridotta aspettativa di vita
3. I **costi non definibili**, dovuti alle ricadute delle malattie sullo stato di salute e sulla qualità di vita.

Dai risultati delle indagini che hanno tentato di valutare il peso economico dell'Obesità e delle malattie associate all'eccesso di peso, si può affermare che esso si aggira tra 2% e 8% della spesa sanitaria: tali valori sono confrontabili con il costo totale del trattamento dei tumori.

Queste stime devono essere considerate del tutto prudenziali, perché in genere tengono conto solo di alcune delle patologie legate all'Obesità e soprattutto perché sono riferite ad un BMI >30. Se, infatti, si considerasse anche la fascia del Sovrappeso, quando cioè il BMI è compreso tra 25 e 30, si dovrebbe fare riferimento ad una **popolazione tre o quattro volte maggiore**.

Per quantificare i costi economici di uno stato morboso quale l'Obesità devono essere valutate le risorse necessarie alla diagnosi ed al trattamento delle patologie direttamente legate all'eccesso di peso, oltre a quelle dovute al trattamento dell'Obesità stessa. Sono questi i cosiddetti costi diretti.

Devono, inoltre, essere quantificati i costi indiretti, cioè quelli misurabili attraverso la riduzione del potenziale produttivo, sia per assenteismo che per ridotta aspettativa di vita. Dovrebbe infine essere quantificato l'impatto dello stato morboso sulla qualità della vita e sulle ricadute che questo comporta. Si tratta dei cosiddetti costi "non definibili", sia per l'intrinseca difficoltà di valutazione, sia per l'ancor scarsa attenzione che viene dedicata a questo delicato aspetto dell'eccesso ponderale.

I.F.2. Revisione degli studi

Le indagini che, in alcuni paesi, hanno cercato di quantificare i costi dell'Obesità hanno dovuto considerare il peso specifico dell'eccesso di peso quale fattore di rischio di malattie associate. Sono emerse significative associazioni tra indici di massa corporea e Diabete di tipo 2, in primis, patologia coronarica, ipertensione arteriosa e calcolosi biliare (• **Tab. 2**). Altre strette associazioni sono emerse con l'ictus, con la sleep apnea e con alcuni tumori, come quelli del colon e della mammella. Anche con la patologia ostetrico-ginecologica e con la patologia osteo-articolare sono state evidenziate suggestive relazioni.

Negli USA è stato valutato che il costo economico dell'Obesità è equivalente al 7-8% della spesa sanitaria nazionale.

In Australia, si è potuto stimare un costo superiore al 2% del costo sanitario della nazione. Percentuali sovrapponibili sono state calcolate in Francia.

In Olanda, la spesa relativa all'Obesità è stata valutata intorno al 4% della spesa totale per la salute. Tali percentuali sono sovrapponibili a quelle relative a tutte le forme di tumori.

In Finlandia è stato calcolato che il costo per la salute aumenta del 20% quando il BMI passa da 25 a 40. È stato anche stimato che, se tutti i Finlandesi fossero normopeso, il risparmio economico annuale sarebbe sovrapponibile a quello che si otterrebbe se tutti i fumatori smettessero di fumare.

• **Tab. 2. Costi economici dell'Obesità e delle malattie associate in alcune nazioni**

Nazione	Anno	Definizione	% costo
USA	1988	BMI >29	7-8
Australia	1990	BMI >30	>2
Olanda	1989	BMI >25	4
Francia	1992	BMI <27	2

Per rendere più concreta la valutazione della problematica sembra opportuno analizzarla in modo settoriale, in relazione alle ricadute dell'Obesità sul **Diabete di tipo 2** che può essere considerato alla stregua di una **evoluzione metabolica dell'Obesità** e quindi la sua più importante complicanza.

Da indagini longitudinali recenti è emerso inoltre che la percentuale di rischio per lo sviluppo di Diabete di tipo 2, attribuibile alla popolazione generale, è progressiva per progressivi valori di categoria di BMI. Il fenomeno risulta evidente anche per la malattia coronarica, per l'ipertensione arteriosa e per la calcolosi biliare (• **Tab. 3**).

• **Tab. 3. Percentuale di rischio attribuibile alla popolazione (PAR%) di alcune patologie per categorie di BMI**

	BMI		
	23-24.9	**25-28.9**	**>29**
		PAR%	
Diabete tipo 2	9.6	21.1	61.2
CHD	6.1	12.7	17.3
Ipertensione	11.5	11.5	17.1
Colelitiasi	2.6	16.9	21.0

La complicanza medica si associa inoltre ad un progressivo aumento dei costi economici: i costi diretti della malattia diabetica, della patologia coronarica, dell'ipertensione e della calcolosi biliare sono progressivamente crescenti per valori crescenti di BMI, con effetti economici significativi già ad un BMI maggiore di 25 e molto evidenti quando il BMI è maggiore di 30 (• **Tab. 4**).

Dallo studio di Framinghan è emerso inoltre che il Diabete di tipo 2 è la sola condizione la cui frequenza aumenta significativamente nei soggetti con incremento del peso corporeo, in confronto a quelli il cui peso è rimasto stabile. Il Nurses Health Study ha inoltre rivelato il significativo aumento del rischio di prevalenza del Diabete di tipo 2 e l'ancor più evidente elevazione dei costi economici in associazione al modesto aumento di 5 Kg.

È stato condotto uno studio su soggetti con Diabete di tipo 2 e con Obesità, volto ad

esaminare l'eventuale riduzione delle prescrizioni farmacologiche ed il relativo risparmio economico derivante da un programma indirizzato alla perdita di peso. Il follow-up ad un anno ha dimostrato che la riduzione media del peso corporeo di 9 kg si associa alla significativa riduzione delle prescrizioni farmacologiche, sia di farmaci anti-diabetici che anti-ipertensivi, con un risparmio stimato annuale di $ 442,20 per paziente**.**

Sono stati valutati sia la percentuale di rischio nella popolazione che il costo economico del Diabete di tipo 2 quando il peso corporeo aumenta (• **Tab. 5**).

• Tab. 4. Costo diretto annuale (in miliardi di $ USA indicizzati al 1993) di soggetti con Diabete di tipo 2, cardiopatia ischemica, ipertensione e colelitiasi per categoria di BMI, confrontati con soggetti con BMI <22

	BMI		
	23-24.9	**25-29.9**	**>30**
Diabete tipo 2	1.83	4.02	11.66
CHD	2.40	4.99	6.80
Ipertensione	1.40	1.38	2.08
Colelitiasi	0.26	1.67	2.08

• Tab. 5. Percentuale di rischio popolazione-attribuibile (PAR%) per Diabete di tipo 2 e costi stimati (in miliardi di $ USA indicizzati al 1993) associati a tre categorie di aumento di peso corporeo

	Aumento di peso (kg)		
	5 - 10	**11 - 19**	**>20**
PAR%	8.20	24.2	36.10
Costo	1.56	4.61	6.88

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.I.F.2.**

Il costo socio-economico dell'Obesità e delle malattie associate rappresenta un problema di estrema attualità per coloro che sono deputati alla programmazione ed alla gestione della salute

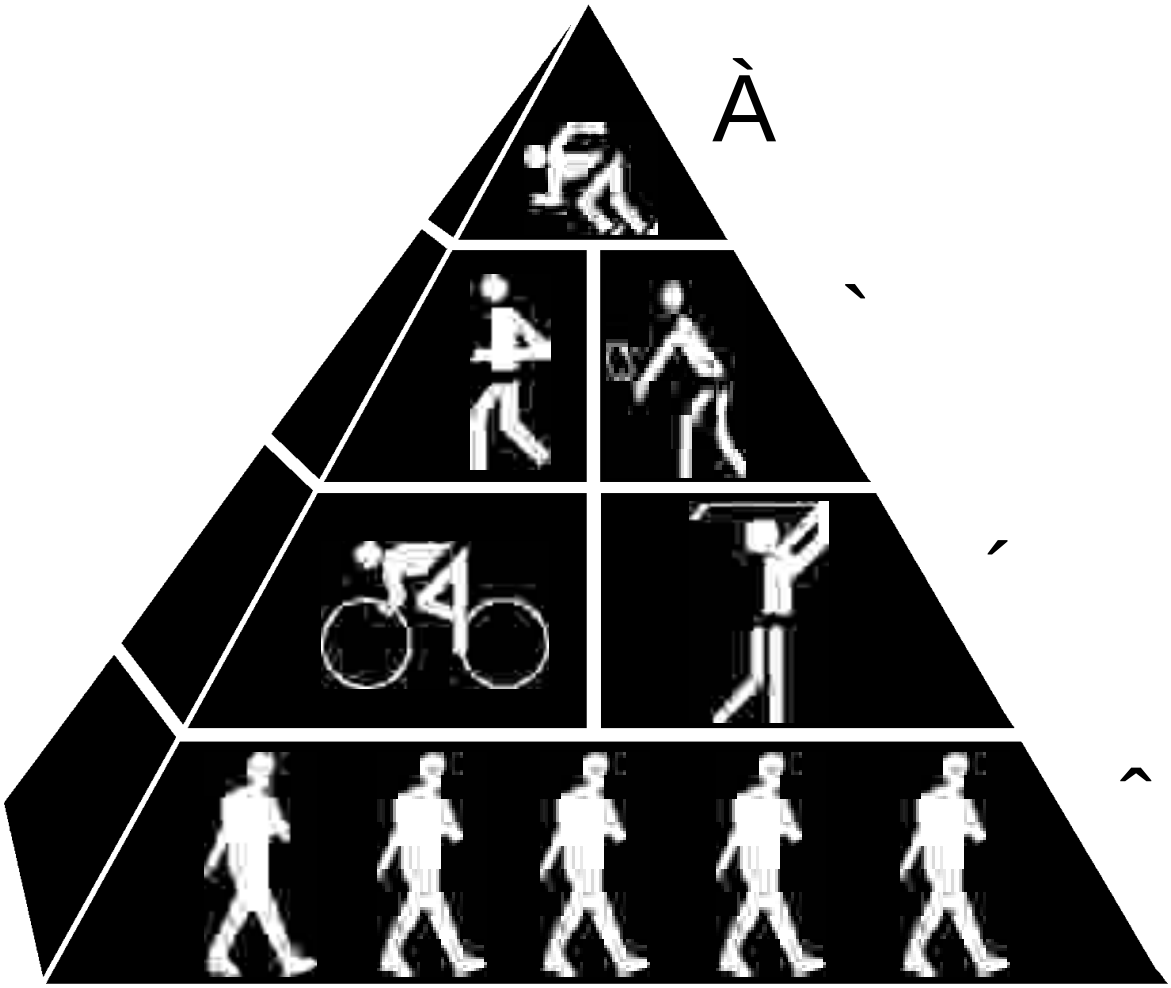
Si può affermare che il costo si aggira, nei paesi occidentali, tra 2% e 8% della spesa sanitaria di una nazione alla pari del costo totale del trattamento dei tumori

l **Categoria di evidenza B**

J 2° IFT

La Piramide dell'Esercizio Fisico

4. Lieve: passeggiata tranquilla, fare le scale
3. Moderato: passeggiata veloce, golf, bici
2. Elevato: footing, tennis, nuoto
1. Molto elevato: corsa, bici (25 km/h)



The Activity Pyramid (1995) Institute for Research and Education HealthSystem Minnesota

I.G. Indice Circostanziato

J 1° IFT: La Piramide Alimentare ii

A. Prefazione iii

B. Indice Generale vii
Struttura Testuale del Documento viii

I. Introduzione ix
Indice x

I.A. La ripartizione della responsabilità e superamento del presupposto moralistico xi

I.B. La Consensus Conference Italiana xi
I.B.1. Le premesse xii
I.B.2. Lo svolgimento xii
I.B.3. I quesiti xiii
I.B.4. Le risposte ai quesiti xiii
1. Che cosa è l'Obesità xiii
a. Fattori Eziologici xiii
b. Definizione della gravità xiii
c. Definizione della distribuzione xiii
2. Ha l'Obesità un effetto sulla morbosità e sulla mortalità? xiv
a. Malattie associate e complicanze xiv
b. Il Sovrappeso è un fattore di rischio? xiv
c. La distribuzione viscerale è un fattore di rischio? xiv
d. L'Obesità riduce l'aspettativa di vita? xiv
3. È l'Obesità una malattia sociale? xiv
I.B.5. Epidemiologia dell'Obesità in Italia xv
1. Prevalenza cumulativa del Sovrappeso+Obesità xv
2. Prevalenza dell'Obesità xv

I.C. La International Obesity Task Force xv
I.C.1. Costituzione xvi
I.C.2. Network xvi
I.C.3. Obiettivi xvi
I.C.4. Membri del Council xvii

I.D. La Task Force Obesità Italia xvii
I.D.1. Costituzione e cooptazione dei membri del Council nazionale xvii
I.D.2. Membri del consiglio nazionale xviii
I.D.3. Obiettivi xviii
I.D.4. Attività svolta xix

I.E. L'Obesità nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 xx
• **Tab. 1.** Percentuale di energia stimata dall'INN e obiettivi previsti dal PSN xx

I.F. Valutazione del costo dell'Obesità nella spesa sanitaria per la salute xx
I.F.1. Premesse xx

I.F.2. Revisione degli studi xxi
• **Tab. 2.** Costi economici dell'Obesità e delle malattie associate in alcune nazioni xxii
• **Tab. 3.** Percentuale di rischio xxii
• **Tab. 4.** Costo diretto annuale xxiii
• **Tab. 5.** Percentuale di rischio popolazione-attribuibile xxiii
J 2° IFT: La Piramide dell'Esercizio Fisico xxiv
I.G. Indice circostanziato xxv
I.H. Iconografia xxxv
I.H.1. Illustrazioni Fuori Testo (IFT) xxxv
I.H.2. I Goal xxxv
I.H.3. Figure xxxvi
I.H.4. Tabelle xxxvi
I.I. Versione Pocket I
J 3° IFT: La Piramide del Comportamento II
Indice III
Prefazione III
I.I.1. Raccomandazioni V
I.I.2. Dichiarazioni IX
¶ Goal. I Grassi nella Dieta: 30% XIII
• Goal. Aumentare le Fibre: 30 gr XIV
II. Documento riassuntivo 1
J 4° IFT: La Piramide della Farmacoterapia 2
Indice 3
II.A. Introduzione 4
Inserto: Origine delle LiGIO'99 4
II.B. La metodologia di lavoro che ha condotto alla produzione delle NIH Guidelines 5
II.B.1. Chi è a rischio ? 6
II.B.2. Perché trattare il Sovrappeso e l'Obesità? 6
II.B.3. Quali sono i trattamenti efficaci? 6
II.C. Categorie basate sull'evidenza clinica 7
• **Tab. 6.** Criteri utilizzati per la definizione della categorie di evidenza delle raccomandazioni e delle dichiarazioni 7
II.D. Linee Guida Cliniche: valutazione e trattamento 8
II.D.1. Indice di massa corporea 8
II.D.2. Circonferenza addominale 8
• **Tab. 7.** Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità in accordo al BMI 9
II.D.3. Stato del rischio 9
1. Condizioni di malattia 9
2. Altre malattie associate all'Obesità 9
3. Altri fattori di rischio 10
• **Tab. 8.** Unità di BMI (kg/m^2) categorizzate in base al peso 10

e all'altezza
II.D.4. Motivazione del soggetto 10
• **Tab. 9.** Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità per BMI, circonferenza addominale e rischio associato di malattie 11
II.D.5. Obiettivi della perdita di peso e della gestione del peso 11
II.D.6. Strategie dirette a perdere peso e a mantenere il peso 12
1. Terapia dietetica 12
2. Attività fisica 12
u **Fig. 1.** Algoritmo per la valutazione e il trattamento del Sovrappeso e dell'Obesità 13
3. Terapia comportamentale 14
4. Terapia combinata 14
5. Terapia farmacologica 14
6. Terapia chirurgica dell'Obesità 15
II.D.7. Adattare i programmi per perdere peso ai bisogni di soggetti diversi 15
II.E. Sommario delle raccomandazioni basate su evidenze 16
II.E.1. Vantaggi della perdita di peso 16
1. Pressione arteriosa 16
2. Lipidi 16
3. Glicemia 17
II.E.2. Misurazione del grado di Sovrappeso e di Obesità 18
1. Il BMI per la valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità 18
2. Il BMI come strumento per la stima dei possibili rischi 18
3. Valutazione del grasso addominale 19
4. Parametri relativi al sesso usati unitamente al BMI 19
II.E.3. Obiettivi per la perdita di peso 19
1. Obiettivo iniziale della perdita di peso a partire dal peso attuale 20
2. Quantità della perdita di peso 20
II.E.4. Come ottenere la perdita di peso 20
1. Terapia dietetica 20
2. Attività fisica 21
a. Effetti dell'attività fisica sulla perdita di peso 21
b. Effetti dell'attività fisica e della dieta sulla perdita di peso 22
3. Terapia comportamentale 22
4. Riassunto della terapia basata sullo stile di vita 23
5. Terapia farmacologica 24
6. Terapia chirurgica 24
II.E.5. Obiettivi del mantenimento della perdita di peso 25
1. Fase di mantenimento del peso 25
II.E.6. Gruppi speciali di trattamento 26
1. Fumatori 26
2. Adulti anziani 26
3. Popolazioni diverse di soggetti 27
J 5° IFT: La Piramide della Prevenzione 28
III. Razionali, Dichiarazioni, Raccomandazioni, Evidenze 29
Indice 30
III.A. Riassunto 31

III.B. Valutazione e classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 31
III.B.1. Valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità 31
1. Determinazione del grasso corporeo totale 31
2. Determinazione del grado di Obesità addominale 32
Istruzioni per la misurazione della circonferenza addominale 33
u **Fig. 2.** Posizione del nastro per la misurazione della circonferenza addominale 34
III.B.2. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 35
1. In relazione al BMI 35
• **Tab. 10.** Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità in uomini adulti e in donne non gravide 36
2. In base alla circonferenza addominale 36
III.C. Valutazione dello stato di rischio 38
III.C.1. Determinazione dello stato di rischio relativo in base ai parametri di Sovrappeso e di Obesità 38
• **Tab. 11.** Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità per BMI, circonferenza addominale e rischio associato di malattie 38
III.C.2. Identificazione di soggetti con rischio assoluto molto alto 38
1. Malattia coronarica 39
2. Presenza di altre forme di aterosclerosi 39
3. Diabete di tipo 2 39
4. Sindrome della sleep apnea 39
III.C.3. Identificazione di altre malattie associate all'Obesità 39
1. Patologia ostetrico-ginecologica 39
2. Patologia osteo-articolare 39
3. Calcolosi biliare e sue complicanze 39
4. Stress 39
Opzioni per la gestione dei fattori di rischio 39
III.C.4. Identificazione di fattori di rischio cardio-vascolare che determinano un elevato rischio assoluto 40
1. Fumo di sigaretta 40
2. Ipertensione 40
3. Colesterolo-LDL elevato 40
4. Colesterolo-HDL ridotto 40
5. Alterata glicemia a digiuno 40
6. Storia familiare di malattia coronarica prematura 40
7. Età 41
III.C.5. Altri fattori di rischio 41
1. Sedentarietà 41
2. Ipertrigliceridemia 41
• **Tab. 12.** Classificazione dei livelli sierici dei trigliceridi 42
III.D. Strategie di valutazione e trattamento 42
Box 1: Incontro con il soggetto con Obesità 42
Box 2: Anamnesi positiva per Sovrappeso con BMI ≥25 42
Box 3: BMI valutato negli ultimi 2 anni 42
Box 4: Misura di peso, altezza, circonferenza addominale: calcolo del BMI 43
Box 5: BMI≥25 o circonferenza addominale >88 o >102 cm 43

Box 6: Valutazione dei fattori di rischio 43
Box 7: BMI≥30 e ≥2 fattori di rischio 43
u **Fig. 3.** Algoritmo per la valutazione e il trattamento del Sovrappeso e dell'Obesità 44
Box 8: Medico e soggetto: strategie e obiettivi 45
Box 9: Miglioramenti conseguiti/obiettivi raggiunti 45
Box 10: Cause del fallimento del programma di perdita di peso 46
Box 11: Consigli per il mantenimento 46
Box 12: Vuole il soggetto con Obesità perdere il peso? 46
Box 13: Indicazioni al mantenimento del peso e all'individuazione di altri fattori di rischio 46
Box 14: Storia di BMI≥25 46
Box 15: Incoraggiamento 46
Box 16: Misurazione periodica del peso, del BMI e della circonferenza addominale 47

III.E. Esclusione della terapia mirata alla perdita di peso 47

III.F. Motivazione dei soggetti con Obesità 47

III.G. Obiettivi della perdita di peso e del trattamento 48
III.G.1. Perdita di peso 49
1. Tappe della perdita di peso 49
2. Ritmo della perdita di peso 49
III.G.2. Mantenimento del peso al livello più basso 50
III.G.3. Prevenzione di ulteriore aumento di peso 52

III.H. Strategie per perdere peso e per mantenere il peso 52
III.H.1. Terapia dietetica 52
• **Tab. 13.** La dieta di I grado 53
III.H.2. Attività fisica 56
1. Strategie per aumentare l'attività fisica 58
• **Tab. 14.** Esempi di attività fisica moderata 59
• **Tab. 15.** Durata delle varie attività per spendere 150 kcal per un adulto di 70 kg 60
III.H.3. Terapia comportamentale 61
1. Strategie di terapia comportamentale utilizzate in programmi di perdita e mantenimento di peso 61
a. Auto-monitoraggio 61
b. Gestione dello stress 61
c. Controllo degli stimoli 61
d. Problem-Solving 61
e. Management delle contingenze 62
f. Ristrutturazione cognitiva 62
g. Supporto sociale 62
2. Trattamento di soggetti con Obesità e disturbo da alimentazione incontrollata 62
III.H.4. Terapia combinata 63
III.H.5. Terapia farmacologica 63
• **Tab. 16.** Farmaci per la perdita di peso 65
III.H.6. Terapia chirurgica 67
• **Tab. 17.** Complicazioni della terapia chirurgica 69

Commento I.: Adattare i programmi per la perdita di peso alle necessità delle diverse popolazioni 70
Commento II.: La perdita di peso dopo i 65 anni. Quali problemi? 72
III.I. Sospensione del fumo in soggetti in Sovrappeso o con Obesità 73
III.L. Ruolo degli operatori sanitari 75
J 6° IFT: La Piramide della "Diet Industry" 76
IV. Appendici 77
Indice 78
IV. Appendice 1. La "Diet Industry" 80
IV.1.1. Definizione 80
IV.1.2. Cronologia delle frodi 80
IV.1.3. Criteri di valutazione: linee guida per la valutazione delle frodi e delle ciarlatanerie 81
1. Tipologia del messaggio: quando 82
2. Tipo di programma: quando 82
3. Contenuti: quando 82
4. Orientamenti mistici o fantasiosi: quando 82
5. Metodi per reperire i prodotti: quando 83
6. Possibili ragioni per fare attenzione ai prodotti della "Diet Industry" 83
IV. Appendice 2. Criteri per la valutazione delle strutture e dei programmi per perdere Peso 84
IV.2.1. Premesse: necessità dell'accreditamento 84
IV.2.2. Il Committee della National Academy of Sciences 84
IV.2.3. Valutazione dei programmi e dei servizi per perdere peso 85
1. Criterio 1°: confronto tra programma e utente 85
a. Situazione personale e fattori globali 85
b. Dati biologici 85
c. Informazione e advertising 85
d. Esperienza del livello del successo 86
u **Fig. 4.** Modello di valutazione delle opzioni 86
2. Criterio 2°: caratteristiche e validità del programma 86
a. Self-help 86
b. Programmi non clinici 87
c. Programmi clinici 87
3. Criterio 3°: risultati del programma 88
a. Perdita di peso a lungo termine 88
b. Miglioramento dei fattori di rischio 88
c. Educazione nutrizionale e sanitaria 88
d. Monitoraggio degli effetti non desiderabili del programma 88
IV.2.4. Strumenti di valutazione pertinenti alla terapia 88
J 7° IFT: Le Piramide del Futuro 90
IV. Appendice 3. Metodi di valutazione del Comportamento Alimentare 91
IV.3.1. Studio del comportamento alimentare e dei suoi disturbi 91

1. Restraint Scale (RS) 91
2. Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) 91
• **Tab. 18.** Test per la valutazione del comportamento alimentare in soggetti con Obesità 92
3. Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) 92
4. Dieters Inventory of Eating Temptations (DIET) 92
5. Situation-Based Dieting Self- Efficacy Scale (SDS) 92
6. Situational Appetite Measure (SAM) 92
7. Craving Questionnaire 92
8. Yale Eating Pattern Questionnaire (YEPQ) 92
9. Test per la valutazione di disturbi del comportamento alimentare 93
• **Tab. 19.** Test per lo studio di Disturbi del Comportamento Alimentare in Soggetti Obesi 93
a. Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE) 93
b. Binge Eating Scale (BES 93
c. Eating Disorder Examination (EDE 12.0D) 93
IV.3.2. Studio della motivazione 93
• **Tab. 20.** Test per lo studio della motivazione alla dieta 94
1. Dieting Readiness Test (DRT) 94
2. Decisional Balance Inventory (DBI) 94
3. Eating Self Efficacy Scale (ESES) 94
VI.3.3. Valutazione di tratti di personalità e di sintomi psicopatologici 94
1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) 94
• **Tab. 21.** Test per lo studio di tratti della personalità e di sintomi psicopatologici 95
2. Derogatis Symptom Check List (SCL-90-R) 95
3. Beck Depression Inventory (BDI) 95
, Goal. Riduzione del Peso: 10% 96
IV. Appendice 4. Chi deve curare l'Obesità? 97
IV.4.1. Esiste una figura professionale specifica? 97
IV.4.2. Interdisciplinarità e integrazione delle professionalità 97
IV.4.3. Configurazione di un team professionale multidisciplinare 97
1. Il follow-up strutturato 98
u **Fig. 5.** Percorsi per l'attuazione del management 99
IV.4.4. La posizione del medico di medicina generale nel management 99
1. Necessità di un atteggiamento empatico 100
„ Goal. Mantenimento del Peso: 5 anni 101
IV. Appendice 5. La prevenzione 102
IV.5.1. Introduzione 102
IV.5.2. Successi e insuccessi dei passati interventi di Sanità Pubblica 102
IV.5.3. Razionale degli interventi di prevenzione 102
IV.5.4. È possibile prevenire l'Obesità? 103
IV.5.5. Obiettivi della prevenzione 103
IV.5.6. Livelli di prevenzione 103
1. Prevenzione universale 104
a. Programmi di comunità 104
b. Programmi nella scuola 105

c. Programmi familiari 105
d. Programmi nel luogo di lavoro 106
e. Programmi di modificazione dell'ambiente 106
2. Prevenzione selettiva 106
3. Prevenzione mirata 107
IV. Appendice 6. La riduzione del peso nel soggetto anziano 108
" Goal. Attività Fisica Moderata: calorie/due: 150 109
IV. Appendice 7. La perdita di peso nell'infanzia 110
IV.7.1. Introduzione 110
IV.7.2. Definizione di Obesità nel bambino 110
IV.7.3. Prevalenza dell'Obesità del bambino in Italia 110
IV.7.4. Rischi per la salute legati a Sovrappeso e Obesità nel bambino 110
IV.7.5. Identificazione degli obiettivi: quali i fattori di rischio? 110
IV.7.6. Terapia 111
ˇ Goal. Ridurre Circonferenza Addominale: <88 - <102 112
IV. Appendice 8. Prevalenza dell'Obesità in Italia 113
IV.8.1. Bambini e adolescenti 113
IV.8.2. Adulti da 20 a 34 anni 113
IV.8.3. Adulti da 40 a 50 anni 113
IV.8.4. Soggetti anziani da 60 a 85 anni 113
IV.8.5. Soggetti adulti (ISTAT) 113
IV. Appendice 9. Il Modello Cognitivo-Comportamentale 115
IV.9.1. Evoluzione del modello comportamentale primordiale 115
IV.9.2. Le strategie del Modello Cognitivo-Comportamentale 116
1. Valutazione della motivazione del soggetto a perdere peso 116
2. Obiettivo ragionevole di perdita di peso 116
3. Auto-monitoraggio 116
4. Obiettivi a breve e a lungo termine 117
5. Tecniche di auto-rinforzo 117
6. Strategie per modificare l'ambiente esterno 117
a. Supporto sociale 117
b. Modificazioni del comportamento alimentare e tecniche di controllo degli stimoli 118
7. Strategie per modificare l'ambiente interno 118
a. Aumentare la consapevolezza dei segnali biologici di fame e sazietà 119
b. Ristrutturazione cognitiva 119
8. Strategie per il mantenimento del peso 119
a. Contatto professionale continuo 120
b. Training sulle abilità 120
c. Supporto sociale 120
d. Attività fisica 120
IV.9.3. Risultati ottenuti col Modello Cognitivo-Comportamentale 120
IV.9.4. Repertorio di manuali: descrizione di alcuni prototipi 121
1. Mahoney M.J.: Permanent Weight Control 121
2. Johnson W.J.: Weight no Longer 122
3. LeBow M.D.: Weight Control. The Behavioral Strategies 122
4. Dishman R.K.: Exercise Adherence 122

5. LeBow M.D.: Adult Obesity Therapy 122
6. Ciliska D.: Beyond Dieting 122
7. NutriMed: The Behavioral Cognitive Therapy Program 123
8. Brownell K.D.: The LEARN Program for Weight Control 123
9. Andersen R.: The Health & Fitness club. Leader's Guide 123
10. Barlow D.H.: Mastering Stress. A Life Style Approach 123
11. Ferguson J.M.: Habits Not Diets 124
—Goal. Non Aumentare di peso: BMI 18.5-25 124
IV. Appendice 10. Nomogramma di Thomas 125
u **Fig. 6.** Il nomogramma per il calcolo del BMI 125
IV. Appendice 11. Terapia Farmacologica 126
IV.11.1. Farmaci anoressanti 126
1. Agonisti dopaminergici e catecolaminergici 126
a. Dietilpropione o amfepramone 126
b. Fendimetrazina 126
2. Agonisti serotoninergici 126
a. Fenfluramina e destrofenfluramina 127
3. Agonisti serotoninergici e catecolaminergini 127
a. Sibutramina 127
IV.11.2. Farmaci termogenetici 127
IV.11.3. Sostanze o farmaci attivi sull'assorbimento dei substrati energetici 127
1. Fibre 127
2. Orlistat (tetraidrolipostatina) 128
IV.11.4. Terapia farmacologica nell'infanzia e nell'adolescenza 128
IV.11.5. Terapia farmacologica nell'adulto 129
IV.11.6. Terapia farmacologica nell'anziano 129
‰Goal. Valutare le Piramidi: BMI 30-35 130
IV. Appendice 12. Comorbosità e complicanze psicopatologiche 131
• **Tab. 22.** Obesità, psicologia e psicopatologia. Concetti generali 131
IV.12.1. Disturbi dell'immagine del corpo 131
IV.12.2. Disturbi del comportamento alimentare 132
• **Tab. 23.** Criteri diagnostici per il Binge Eating Disorder contemplati dal DSM-IV 132
IV.12.3. Altri disturbi psichici 133
IV.12.4. L'Obesità può essere provocata da trattamenti psico-farmacologici 134
IV.12.5. Conseguenze psico-sociali dell'Obesità e del suo trattamento 135
IV.12.6. Trattamenti dell'Obesità e possibile insorgenza di disturbi psicopatologici 135
IV. Appendice 13. Ottenere una migliore compliance per l'esercizio fisico 136
IV.13.1. Premesse 136
IV.13.2. Presupposti per il miglioramento della compliance 136
1. Valutazione delle aspettative 136
2. Fornire una adeguata educazione 136
3. Criteri per la scelta 137

4. Prerequisiti 137
a. Test da sforzo 137
b. Timing 138
IV. Appendice 14. Riconsiderare l'opzione del modello chirurgico 139
IV.14.1. Premesse 139
IV.14.2. Raccomandazioni e dichiarazioni delle NIH Guidelines 139
IV.14.3. Quesiti necessari per il processo decisionale 140
IV.14.4. Analisi della letteratura degli ultimi 5 anni 141
1. Diversione bilio-pancreatica (BPD) 141
2. Bypass Digiuno Ileale (JIB) 142
• **Tab. 24.** Diversione Bilio-pancreatica 142
• **Tab. 25.** Bypass Digiuno Ileale (JIB) 142
3. Bypass Gastrico Roux-en-Y (RGB) 142
4. Gastroplastica verticale (VBG) 143
• **Tab. 26.** Bypass Gastrico Roux-en-Y (RGB) 143
5. Gastroplastica Orizzontale (HRG) 143
6. Bendaggio Gastrico Regolabile (ASGB) 143
IV.14.5. Riconsiderazioni per il processo decisionale 144
• **Tab. 27.** Gastroplastica verticale (VBG) 145
• **Tab. 28.** Gastroplastica Orizzontale (HRG) 145
• **Tab. 29.** Bendaggio Gastrico Regolabile (ASGB) 145
IV.14.6. Un Paradigma 146
IV.14.7. Bibliografia 147
K. Indice degli Acronimi 149
J 8° IFT: La Piramide dello Stress 150
W. Siti Internet di maggiore interesse, indirizzi utili e periodici 151
W.1. Siti WWW 151
W.2. Indirizzi utili 159
W.2.1. Italia e Europa 159
W.2.2. USA 161
W.3. Periodici 162
W.4. Programmi per il controllo del peso 162
W.4.1. Italia 162
W.4.2. USA 162
¾ Goal. È stata Applicata la Piramide Integrata .....prima di...? 164
X. Bibliografia essenziale 165
Tab. FT. Le percentuali segnalate nelle LiGIO'99 179
J 9° IFT: La Piramide Integrata del Management 180
Y. Indice Analitico 181
J 10° IFT: La Piramide Complessiva dei Goal 186
Z. Sommario Automatico 187
J 11° IFT: Integrazione tra Piramidi e Goal 197

n I.H. Iconografia

L'Iconografia è stata curata in particolare connessione con la trasmissione articolata del messaggio scientifico. Il complesso generale della "raccomandazione" è contenuto in modo sintetico nelle Illustrazioni Fuori Testo rappresentate da 10 Piramidi e dalll'Integrazione tra Piramidi e Goal (11° IFT).

La prima di queste, la Piramide dell'Alimentazione, è quella resa famosa dalla USDA (United States Department of Agriculture) nel 1994: la "**The Food Guide Pyramid**" dove la grandezza delle sezioni dalla base al vertice esprime il quantitativo consigliato e decrescente delle diverse classi di alimenti. Alla punta grassi, zuccheri e alcool.

La seconda è quella del Institute for Research and Education HealthSystem Minnesota del 1995: la "**The Activity Pyramid**". È stato modificato il razionale: alla punta l'esercizio fisico elevato è meno indicato poichè non compatibile con l'esecuzione giornaliera e possibile solo per i soggetti giovani ed allenati.

La Piramide dello Stress si riferisce alla "**Balancing Stress Pyramid**" sempre del Institute for Research and Education HealthSystem Minnesota del 1995.

Tutte le altre piramidi sono state concepite per analoghi riferimenti a tutti gli aspetti del Management dell'Obesità. È stata costruita pertanto la **"Piramide Integrata del Management"**.

La seconda serie iconografica è rappresentata dai "**Goal**". Ne sono individuati 9 tra i più importanti che rappresentano un compendio essenziale. Il messaggio può avere una forza più propositiva e rinforzare quello scritto completandosi con la **"Piramide Complessiva dei Goal"** e la **"Integrazione tra Piramidi e Goal"**.

L'iconografia citata nel testo (tabelle e figure) completa il messaggio tecnico così come è stata presentata nelle NIH Guidelines.

Attraverso l'Iconografia queste LiGIO'99 possono dare un messaggio completo e di rapidissima penetrazione per il Lettore qualsiasi sia il suo livello, dal medico di medicina generale allo specialista addetto ai lavori.

I.H.1. IFT. Illustrazioni fuori testo (J)

J 1° La Piramide Alimentare ii
J 2° La Piramide dell'Esercizio Fisico xxiv
J 3° La Piramide del Comportamento II
J 4° La Piramide della Farmacoterapia 2
J 5° La Piramide della Prevenzione 28
J 6° La Piramide della "Diet Industry" 76
J 7° La Piramide del Futuro 90
J 8° La Piramide dello Stress 150
J 9° La Piramide Integrata del Management 180
J 10° La Piramide Complessiva dei Goal 186
J 11° Integrazione tra Piramidi e Goal 197

I.H.2. I Goal (¶ -¾)

¶ I Grassi nella Dieta: 30% XIII

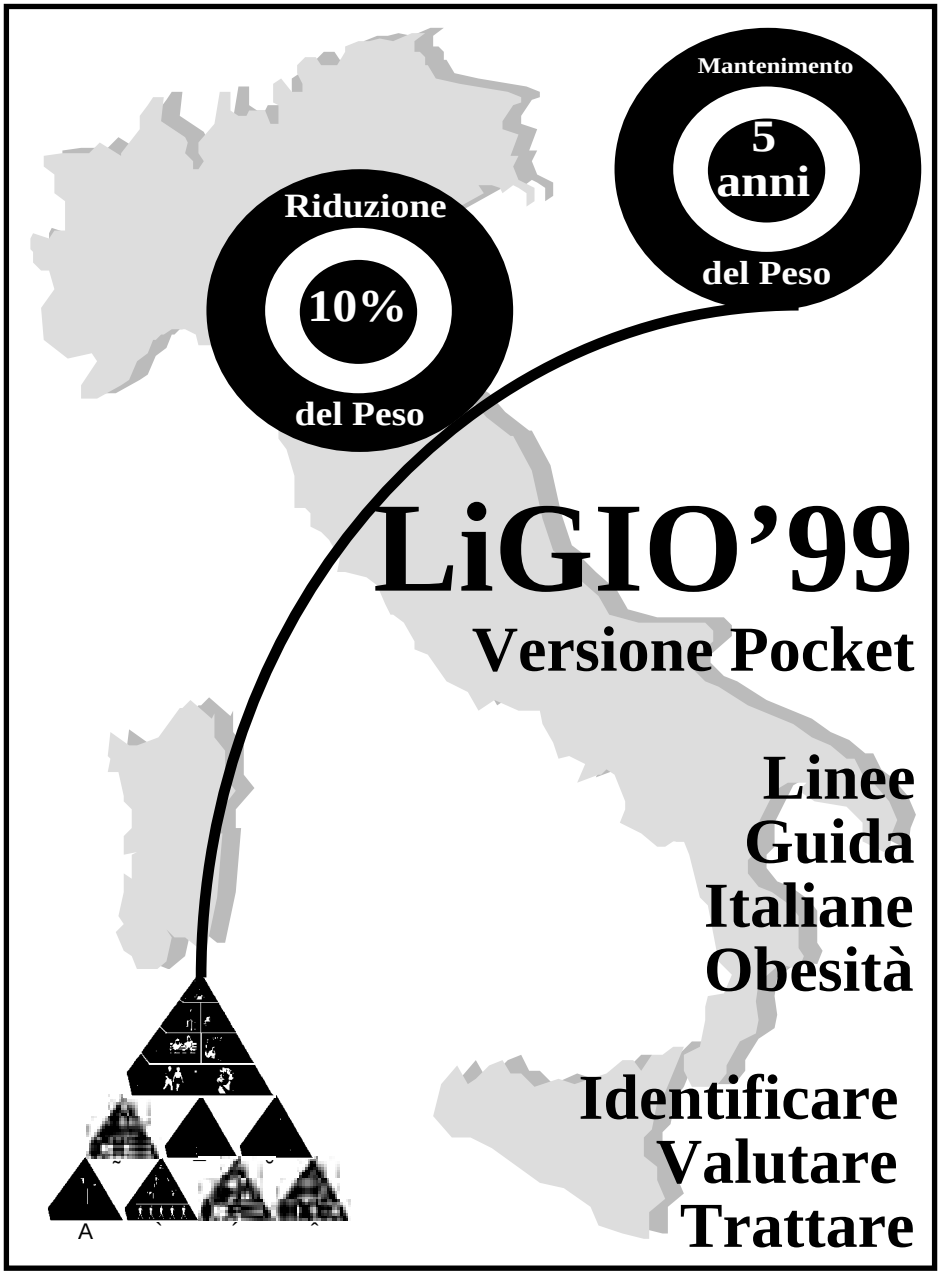
• Aumentare le Fibre: 30 gr XIV
, Riduzione del Peso: 10% 96
„ Mantenimento del Peso: 5 anni 101
” Attività Fisica Moderata: calorie/die 150 109
ˇ Ridurre Circonferenza Addominale: <88 - <102 112
—Non Aumentare di peso: BMI 18.5-25 124
‰Valutare le Piramidi: BMI 25-35 130
¾ È stata Applicata la Piramide Integrata? 164
prima di passare a metodi aggressivi: BMI ≥35

I.H.3. Figure (u)

1. Algoritmo per la valutazione e il trattamento del Sovrappeso e dell’Obesità 13
2. Posizione del nastro per la misurazione della circonferenza addominale 34
3. Algoritmo per la valutazione e il trattamento del Sovrappeso e dell’Obesità 44
4. Modello di valutazione delle opzioni 86
5. Percorsi per l'attuazione del management 99
6. Il nomogramma per il calcolo del BMI 125

I.H.4. Tabelle (•)

1. Percentuale di energia stimata dall’INN e obiettivi previsti dal PSN xx
2. Costi economici dell'Obesità e delle malattie associate in alcune nazioni xxii
3. Percentuale di rischio xxii
4. Costo diretto annuale xxiii
5. Percentuale di rischio popolazione-attribuibile xxiii
6. Criteri utilizzati per la definizione della categorie di 7
7. Classificazione del Sovrappeso e dell’Obesità in accordo 9
8. Unità di BMI (kg/m^2) categorizzate in base al peso e all’altezza 10
9. Classificazione del Sovrappeso e dell’Obesità per BMI, 11
10. Classificazione del Sovrappeso e dell’Obesità in uomini adulti 36
11. Classificazione del Sovrappeso e dell’Obesità per BMI, circonferenza 38
12. Classificazione dei livelli sierici dei trigliceridi 41
13. La dieta di I grado 53
14. Esempi di attività fisica moderata 59
15. Durata delle varie attività per spendere 150 kcal 60
16. Farmaci per la perdita di peso 65
17. Complicazioni della terapia chirurgica 68
18. Test per la valutazione del comportamento alimentare in soggetti obesi 92
19. Test per lo studio di Disturbi del Comportamento Alimentare 93
20. Test per lo studio della motivazione alla dieta 94
21. Test per lo studio di tratti della personalità e di sintomi psicopatologici 95
23. Criteri diagnostici per il Binge Eating Disorder contemplati..... 132
24. Diversione Bilio-pancreatica 142
25. Bypass Digiuno Ileale (JIB) 142
26. Bypass Gastrico Roux-en-Y (RGB) 143
27. Gastroplastica verticale (VBG) 145
28. Gastroplastica Orizzontale (HRG) 145
29. Bendaggio Gastrico Regolabile (ASGB) 145
Tab. FT. Le percentuali segnalate nelle LiGIO’99 179



LiGIO'99

Versione Pocket

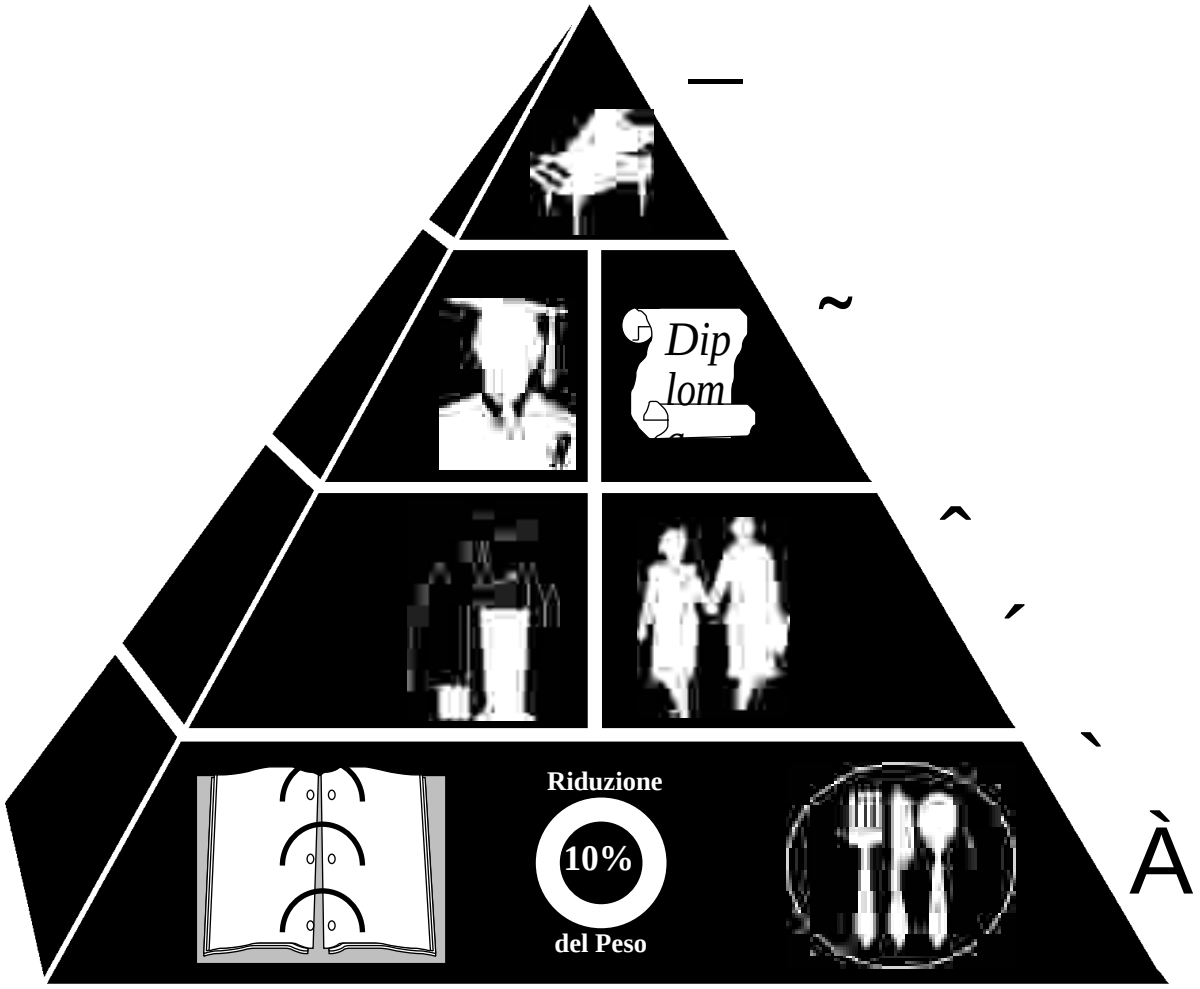
Linee Guida Italiane Obesità

Identificare Valutare Trattare

J 3° IFT

La Piramide del Comportamento

6. Controllo dello Stress e del Binge Eating
5. Ristrutturazione Cognitiva, Problem-Solving
4. Supporto Sociale
3. Contatto Professionale Continuo
2. Motivazione e Controllo degli Stimoli
1. Automonitoraggio e Obiettivi Ragionevoli



Indice

I.I.1. Raccomandazioni (m) 5

Sono riportati i titoli dei paragrafi in cui sono formulate delle raccomandazioni che riguardano la Sezione I. Introduzione, la Sezione II. Documento Riassuntivo e la Sezione IV. Appendici.

II.E.1.1. Vantaggi della perdita di peso
II.E.1.2. Lipidi
II.E.1.3. Glicemia
II.E.2.1. Il BMI per la valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità
II.E.2.2. Il BMI come strumento per la stima dei possibili rischi
II.E.2.3. Valutazione del grasso addominale
II.E.2.4. Parametri relativi al sesso
II.E.3.1. Obiettivo iniziale della perdita di peso a partire dal peso attuale
II.E.3.2. Quantità della perdita di peso
II.E.4.1.a.b.c. Terapia dietetica
II.E.4.2.a.b.c. Attività fisica
II.E.4.3.a.b. Terapia comportamentale
II.E.4.4. Riassunto della Terapia basata sullo stile di vita
II.E.4.5. Terapia farmacologica
II.E.4.6. Terapia chirurgica
II.E.5.1.a.b.c. Fase di mantenimento del peso
II.E.6.1. Fumatori
II.E.6.2. Adulti anziani
II.E.6.3. Popolazioni diverse
Appendice IV.1. La "Diet Industry"
Appendice IV.2. Criteri per la valutazione dei programmi per perdere peso
Appendice IV.3.b.c. Metodi di valutazione del Comportamento Alimentare
Appendice IV.4.a. Chi deve curare l'Obesità?
Appendice IV.5. La Prevenzione
Appendice IV.6.a.c. La riduzione del peso nel soggetto anziano
Appendice IV.7. L'Obesità dell'Infanzia
Appendice IV.11. Terapia Farmacologica
Appendice IV.13. Ottenere una migliore compliance per l'esercizio fisico
Appendice 14.5.b. Riconsiderare l'opzione del modello chirurgico

I.I.2. Dichiarazioni (p) 9

Sono riportati i titoli dei paragrafi in cui sono formulate delle Dichiarazioni che riguardano la Sezione I. Introduzione, la Sezione III. (Razionali, Dichiarazioni, Raccomandazioni, Evidenze) e la Sezione (IV. Appendici).

I.A. La ripartizione della Responsabilità e superamento del presupposto moralistico
I.B.4.2. Ha l'Obesità un effetto sulla morbosità e sulla mortalità? Si
I.B.5. Epidemiologia dell'Obesità in Italia
I.E. L'Obesità nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000
I.F.2. Valutazione del costo dell'Obesità nella spesa sanitaria per la salute
II.E.6.3. Gruppi Speciali di Trattamento. Popolazioni Diverse.
III.B.1.1.a. Valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità
III.B.1.2.a. Determinazione del grado di Obesità addominale
III.B.2.1.b. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità
III.B.2.2.a. In base alla circonferenza addominale
III.F.a. Motivazione dei soggetti
III.G.1.1.a. Perdita di peso
III.G.1.2.a. Ritmo della perdita di peso
III.G.2.b.c. Mantenimento del peso al livello più basso
III.H.1.a.d.e.f. Terapia dietetica
III.H.2.a.b.c.d. Attività Fisica
III.H.3. Terapia Comportamentale

III.H.4.a. Terapia combinata
III.H.5.a.b.c.d. Terapia farmacologica
III.H.6.a.b.c. Terapia chirurgica
Commento II.a. La perdita di peso dopo i 65 anni
III.I.a. Sospensione del fumo in soggetti in Sovrappeso o con Obesità
III.L.a. Ruolo degli operatori sanitari
Appendice IV.1. La Diet Industry”
Appendice IV.3.a. Metodi di valutazione del Comportamento Alimentare
Appendice IV.4.b. Chi deve curare l’Obesità?
Appendice IV.6.b. La riduzione del peso nel soggetto anziano
Appendice IV.8. Prevalenza dell’Obesità in Italia
Appendice IV.9. Il Modello Cognitivo-Comportamentale
Appendice IV.12.1.2.4.6. Comorbosità e complicanze psicopatologiche
Appendice 14.1.2.5.a. Riconsiderare l’opzione del modello chirurgico

Prefazione della Versione Pocket

Questa versione “tascabile” delle LiGIO’99 contiene l’informazione essenziale contenuta in tutto il presente documento

Le LiGIO’99 costituiscono un punto di riferimento culturale che scaturisce dal confronto dell’esperienza clinica, dalla conoscenza della letteratura e dalla riflessione su quanto è stato scritto da parte di esperti.

Le **Istituzioni Italiane** hanno recepito il problema dell’Obesità e hanno bisogno di elementi per formulare programmi sanitari più moderni e compatibili per poter definitivamente riorientare la programmazione sanitaria perché l’Obesità è una delle più importanti macropatologie per essere la seconda causa di mortalità e di morbosità dopo il fumo. Per la prima volta viene considerata anche nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Va precisato che l’interesse per l’Obesità ha investito in questi ultimi anni la massima Istituzione nel mondo che opera nel campo della salute, l’**Organizzazione Mondiale della Sanità**. Infatti nel 1997 la OMS, in collaborazione con la International Obesity Task Force, ha preparato un Report per la Comunità sanitaria mondiale e per tutti i Governi perché il problema dell’Obesità è ancora in fase di crescita e per molte popolazioni, culturalmente non protette, assume una prevalenza e un impatto devastante per la salute.

L’**Istituto Superiore di Sanità** ha considerato il problema e, in accordo col Ministero della Sanità, ha dato mandato alla **Task Force Obesità Italia** di preparare un Documento.

Queste LiGIO’99 sono state disegnate come risorsa educazionale per i medici di medicina generale, per tutte le figure professionali che operano all'interno di un team multidisciplinare, oltre che per tutti gli addetti alla salute, politici e amministratori. Tutti potranno attingere quanto necessario per adeguare la propria professionalità

Queste LiGIO’99 contengono **Raccomandazioni** e **Dichiarazioni**, basate sull’evidenza, che non assicurano necessariamente il successo della Prevenzione e del Trattamento dell’Obesità, ma invitano a tenere in considerazione un nuovo modello operativo assistenziale. Ciascuno potrà utilizzarle in modo del tutto volontario facendo riferimento, in particolari circostanze, anche al proprio giudizio professionale.

Questa versione tascabile consente una visione panoramica rapidissima essendo riportate tutte le Raccomandazioni della II Sezione, tutte le Dichiarazioni della III Sezione e tutte le Raccomandazioni e Dichiarazione della I e della IV Sezione.

n I.I. Versione Pocket

I.I.1. Raccomandazioni (m) — Categoria di evidenza (l)

(con riferimento al paragrafo della I., II. e IV. Sezione da cui sono estratte)

II.E.1.1. Vantaggi della perdita di peso — **A**

• Nei soggetti ipertesi in Sovrappeso e con Obesità si raccomanda una perdita di peso per ridurre la pressione arteriosa.

II.E.1.2. Lipidi — **A**

• Nei soggetti Sovrappeso e con Obesità con dislipemia si raccomanda una perdita di peso per ridurre i livelli elevati di colesterolo totale, colesterolo-LDL e trigliceridi e per aumentare i livelli bassi di colesterolo-HDL.

II.E.1.3. Glicemia — **A**

• Nei soggetti con Diabete di tipo 2 in Sovrappeso e con Obesità si raccomanda una perdita di peso per ridurre la glicemia.

II.E.2.1. Il BMI per la valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità — **C**

• I medici dovrebbero usare il BMI per valutare il Sovrappeso e l'Obesità. Il solo parametro del peso corporeo può essere usato per seguire la perdita di peso corporeo e per valutare l'efficacia della terapia.

II.E.2.2. Il BMI come strumento per la stima dei possibili rischi — **C**

• Il BMI dovrebbe essere usato per classificare in soggetti in Sovrappeso o con Obesità e per stimare il rischio relativo di malattia confrontandolo con quello di soggetti normopeso.

II.E.2.3. Valutazione del grasso addominale — **C**

• La circonferenza addominale dovrebbe essere usata per valutare la quantità di grasso addominale.

II.E.2.4. Parametri relativi al sesso — **C**

• Per soggetti adulti con BMI da 25 a 35 kg/m^2 i limiti della circonferenza addominale, specifici per il sesso, dovrebbero essere usati unitamente al BMI per identificare l'incremento del rischio di malattia.

II.E.3.1. Obiettivo iniziale della perdita di peso a partire dal peso attuale — **A**

• L'obiettivo iniziale della perdita di peso dovrebbe essere quello di ridurre il peso corporeo intorno al 10% del peso iniziale. Una ulteriore perdita di peso può essere tentata se indicata da ulteriori valutazioni.

II.E.3.2. Quantità della perdita di peso — **B**

• La perdita del peso dovrebbe essere intorno a 450-900 g alla settimana per un periodo di sei mesi, con una strategia successiva per una ulteriore perdita di peso.

II.E.4.1.a. Terapia dietetica

• Si raccomandano le diete ipocaloriche per la perdita di peso in soggetti Sovrappeso o con Obesità. — **A**

II.E.4.1.b.

• La riduzione dei grassi è un modo pratico per ridurre le calorie. **A**

• La riduzione dei grassi senza la riduzione delle calorie non è sufficiente per la perdita di peso. Tuttavia la riduzione dei grassi, insieme alla riduzione dei carboidrati, può facilitare la riduzione delle calorie. **A**

II.E.4.1.c.

• La dieta studiata per creare un deficit di 500-1000 kcal/die dovrebbe essere parte integrante di qualsiasi programma che si ponga lo scopo di raggiungere una perdita di peso di 0.5-1 kg per settimana. **A**

II.E.4.2.a. Attività fisica

L'attività fisica viene raccomandata come parte di una terapia integrata per la perdita di peso perché:

• 1. Contribuisce modestamente alla perdita di peso in adulti Sovrappeso e con Obesità **A**

• 2. Può fare diminuire il grasso addominale **B**

• 3. Fa aumentare la fitness cardio-respiratoria **A**

• 4. Può aiutare il mantenimento della perdita di peso **C**

II.E.4.2.b.

• L'attività fisica dovrebbe essere una parte integrante della terapia per la perdita ed il mantenimento del peso. Inizialmente, si dovrebbero incoraggiare livelli moderati di attività fisica dai 30 ai 45 minuti per 3 - 5 volte alla settimana. **C**

• Tutti gli adulti dovrebbero porsi degli obiettivi a lungo termine per riuscire ad aumentare almeno 30 minuti o più l'attività fisica di moderata intensità e, preferibilmente, tutti i giorni della settimana.

II.E.4.2.c.

• Si raccomanda la combinazione di una dieta ipocalorica e di un aumento dell'attività fisica perché si determina una perdita di peso che può anche ridurre il grasso addominale e un aumento della fitness cardio-respiratoria. **A**

II.E.4.3.a. Terapia comportamentale

• La terapia comportamentale è una aggiunta molto utile se incorporata nel trattamento per la perdita e il mantenimento del peso. **B**

II.E.4.3.b. **D**

• I medici devono verificare la motivazione del soggetto per la perdita di peso. Essi devono verificare se il soggetto è pronto ad implementare il programma e poi eseguire i passi appropriati per motivare il soggetto al trattamento

---

II.E.4.4. Riassunto della Terapia basata sullo stile di vita **A**

• 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.

II.E.4.5. Terapia farmacologica **B**

• I farmaci per la perdita di peso approvati dalla FDA (in Italia dal Ministero della Sanità) possono essere usati nell'ambito di un programma integrato, che includa la terapia dietetica e l'attività fisica in soggetti con BMI ≥30 senza fattori di rischio o malattie correlate all'Obesità, e in soggetti con BMI ≥27 e fattori di rischio o malattie correlate all'Obesità.

• I farmaci per la perdita di peso non dovrebbero essere mai usati senza una contemporanea modificazione dello stile di vita.

• La valutazione continua della sicurezza e della efficacia della terapia farmacologica è necessaria. Se il farmaco si rivela efficace nell'aiutare il soggetto a perdere e/o a mantenere la perdita di peso e se non si manifestano effetti avversi, il suo uso può essere continuato. Diversamente, il suo uso dovrebbe essere sospeso.

II.E.4.6. Terapia chirurgica **B**

• La chirurgia per la perdita di peso è una possibile strategia d'intervento per soggetti

attentamente selezionati con Obesità morbigena (BMI >40) o con BMI >35 e patologie concomitanti quando i metodi meno invasivi si sono rivelati inefficaci.

II.E.5.1.a. Fase di mantenimento del peso

• Una volta ottenuta la perdita di peso, la probabilità di mantenere il peso perduto è aumentata se il programma integrato di terapia dietetica, attività fisica e terapia comportamentale è seguito indefinitamente. Anche la terapia farmacologica può essere utilizzata. Comunque, la sicurezza e l'efficacia dei farmaci per oltre un anno di trattamento non sono state stabilite. **B**

II.E.5.1.b.

• L'istituzione di un programma di mantenimento dovrebbe costituire una priorità dopo 6 mesi di trattamento per la riduzione del peso. **B**

II.E.5.1.c.

• La letteratura suggerisce che le terapie per la perdita ed il mantenimento del peso, che assicurino una maggiore frequenza di contatti professionali e che si protraggano a lungo termine, dovrebbero essere tenute in considerazione il più possibile. Ciò può aumentare la probabilità di successo della perdita e del mantenimento del peso. **C**

II.E.6.1. Fumatori

• Tutti i fumatori, indipendentemente dal loro peso, dovrebbero rapidamente sospendere il fumo. **A**

• Dovrebbe essere favorita la prevenzione dell'aumento del peso, e qualora questo si verifichi, dovrebbe essere attivata terapia dietetica, attività fisica e terapia comportamentale, considerando sempre molto elevata l'importanza assegnata all'astensione dal fumo. **C**

II.E.6.2. Adulti anziani **D**

• La decisione clinica di rinunciare a trattare l'Obesità in adulti anziani dovrebbe essere guidata dalla valutazione dei benefici potenziali relativi alla riduzione del peso, sulla base delle prestazioni funzionali giorno-per-giorno e della riduzione del rischio di eventi cardio-vascolari. Occorre inoltre assicurarsi che sia minimo il rischio di eventi avversi sulle strutture ossee o su altri parametri dello stato nutrizionale.

Appendice IV.1. La "Diet Industry" **D**

• Si invitano tutti gli addetti ai lavori a combattere le frodi, le ciarlatanerie e le mistificazioni della "Diet Industry" responsabili del riduzionismo con cui viene affrontato il problema anche nei casi gravi

---

Appendice IV.2. Criteri per la valutazione dei programmi per perdere peso **A**

• Si invitano tutti gli specialisti che operano nel trattamento specifico dell'Obesità a volere considerare l'opportunità di consultare il Report della National Academy of Sciences tradotto dalla TFOI per l'opportunità che offre a chi lo consulta nell'esercizio della propria professione

---

Appendice IV.3.b. Metodi di valutazione del Comportamento Alimentare **C**

• Un suggerimento pratico può essere quello di usare un pacchetto limitato di test, con i quali maturare competenza ed esperienza.

• I questionari costruiti in altri Paesi devono essere tradotti con cura controllando la corrispondenza semantica e culturale dei termini e delle espressioni.

Devono essere sottoposti, inoltre, a nuovi studi di validazione nel Paese di importazione prima di essere certi della possibilità di applicarli.

Appendice IV.4.a. Chi deve curare l'Obesità? **A**

• Chi deve trattare l'Obesità deve essere certamente un esperto che conosca il problema e deve avere comunque avuto una formazione, in quanto si assume l'onere di integrare le professionalità e di colmare le sue eventuali lacune, chiedendo collaborazione ed evitando di fare una somma di pareri.

• In alternativa, per un vantaggioso rapporto costo-beneficio del tempo-uomo e per la necessaria multidisciplinarità, interdisciplinarità e integrazione professionale, il team pluridisciplinare rappresenta la strategia operativa migliore.
Si raccomandano quindi corsi di formazione globale in attesa delle definizioni dei curriculum accademici.

Appendice IV.5. La Prevenzione **C**

• Gli interventi di prevenzione dovrebbero essere sicuri ed efficaci, non dovrebbero creare allarmismi e dovrebbero porre maggiormente in risalto gli aspetti positivi di una corretta alimentazione e di uno stile di vita attivo piuttosto che le conseguenze negative dell'Obesità o dell'aumento del peso corporeo.
• Nella pianificazione di una campagna di educazione sanitaria, molta attenzione deve essere posta nella valutazione della audience, dei canali e delle strategie di comunicazione, e nella scelta dei messaggi appropriati.

Appendice IV.6.a. La riduzione del peso nel soggetto anziano (vedi par. II.E.2.)

• Non è dimostrato che la perdita di peso nei soggetti anziani contribuisca in modo sostanziale a correggere il rischio di mortalità cardiovascolare. **C**
• È tuttavia fonte di disabilità e potrebbe essere utile la perdita di peso facendo particolare attenzione al mantenimento dell'integrità dello stato nutrizionale

---

Appendice IV.6.c.

• Anche nei soggetti anziani, soprattutto se in comunità protette, dovrebbe esser raccomandata l'applicazione del modello cognitivo-comportamentale. **B**

Appendice IV.7. L'Obesità dell'Infanzia **C**

• L'Obesità è una malattia cronica che richiede un'attenzione allo stile di vita e nutrizionale anche nel bambino. Un approccio efficace alla prevenzione dell'Obesità come pure al suo trattamento, deve considerare con attenzione le prime età della vita.
• La terapia comportamentale basata sulla famiglia ha dato buoni risultati fino a 10 anni

---

Appendice IV.11. Terapia farmacologica

• La terapia farmacologica non deve essere la regola di un trattamento dell'Obesità, ma essere introdotta sulla base di precisi motivi; soprattutto non deve rappresentare l'alternativa a trattamenti generali di natura alimentare, comportamentale, psicologica. **C**

• La terapia farmacologica possiede sicuramente efficacia nel contesto di un regime completo di trattamento dell'Obesità, ma i risultati ottenibili sono di poco superiori a quelli riscontrabili con placebo. La terapia farmacologica dovrebbe pertanto essere calibrata a seconda delle caratteristiche e delle esigenze individuali. **A**

• La terapia farmacologica deve essere programmata, quando ritenuta indispensabile, in soggetti con Obesità in età adulta, non nell'infanzia, eccezionalmente nell'adolescenza e in età senile, comunque, in genere, non oltre i 65 anni. **A-B**

• Possono essere sottoposti a terapia farmacologica, con farmaci singoli e non in combinazione, solo i soggetti che non presentano le controindicazioni segnalate. **B**

• Il trattamento è consigliabile non venga protratto a lungo, preferendo terapie relativamente brevi (non superiori ai tre mesi) o intermittenti. **B**

• Il soggetto in terapia farmacologica deve essere controllato frequentemente in relazione alla possibile comparsa di effetti secondari indesiderati. **B**

Appendice IV.13. Ottenere una migliore compliance per l'esercizio fisico **A**

• Un aumento dell'attività fisica deve essere raccomandato a tutti i pazienti che si sottopongono ad un programma di riduzione del peso per contribuire alla perdita del peso, oltre che alla diminuzione del grasso addominale, e per aumentare la fitness cardio-respiratoria.
• L'esercizio fisico deve essere personalizzato e la compliance del paziente per la sua esecuzione deve essere verificata e rinforzata con tecniche cognitivo-comportamentali (es. auto-monitoraggio).

Appendice R.IV.14.5.b. Riconsiderare l'opzione del modello chirurgico A-B-C-D

L'approccio decisionale per l'opzione chirurgica deve essere il frutto di una prudente valutazione del rischio di mortalità e morbosità post-operatoria, della probabilità di insuccesso con i modelli semplici di chirurgia bariatrica, del rapporto costo/beneficio legato alla creazione di una malattia nella malattia e pertanto la decisione una condivisione della finale deve essere il frutto di responsabilità tra l'internista esperto nel campo coadiuvato dal gastroenterologo, lo psicologo, lo psichiatra, l'anestesista e il chirurgo.

I.I.2. Dichiarazioni (p) **(con riferimento al paragrafo della I., III. e IV. Sezione da cui sono estratte)**	**Categoria di evidenza (l)**
I.A. La ripartizione della Responsabilità e superamento del presupposto moralistico • Non il presupposto moralistico ma un modello psico-biologico-sociale per la valutazione delle responsabilità	**B**
I.B.4.2. Ha l'Obesità un effetto sulla morbosità e sulla mortalità? Sì • Il problema del Sovrappeso e dell'Obesità deve essere tenuto in considerazione nei Piani Sanitari Nazionali perché si associa a numerose malattie e complicanze.	**A**
I.B.5. Epidemiologia dell'Obesità in Italia • La prevalenza del Sovrappeso e dell'Obesità nella popolazione italiana adulta è stimata intorno al 50%	**B**
I.E. L'Obesità nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 • La prevalenza dell'Obesità deve essere ridotta e uno degli obiettivi principali è rappresentato dalla progettazione di programmi di educazione alimentare per ridurre il consumo di grassi di origine animale, per aumentare il consumo di carboidrati complessi e ridurre l'uso di zuccheri semplici	**B**
I.F.2. Valutazione del costo dell'Obesità nella spesa sanitaria per la salute • Il costo socio-economico dell'Obesità e delle malattie associate rappresenta un problema di estrema attualità per coloro che sono deputati alla programmazione ed alla gestione della salute. Si può affermare che il costo si aggira nei paesi occidentali tra 2% e 8% della spesa sanitaria di una nazione alla pari del costo totale del trattamento dei tumori.	**B**
II.E.6.3. Gruppi speciali di trattamento. Popolazioni Diverse • Occorre prendere in considerazione la possibilità che un programma standard di perdita del peso determini effetti diversi in differenti popolazioni di soggetti quando si fa riferimento ai risultati a lungo termine	**D**
III.B.1.1.a. Valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità • Le misurazioni del grasso corporeo forniscono valori fondamentalmente confrontabili e utili per il follow-up di soggetto in Sovrappeso o con Obesità durante il trattamento.	**D**
III.B.1.2.a. Determinazione del grado di Obesità addominale • La circonferenza addominale è la misura antropometrica più pratica per la valutazione della quantità di grasso viscerale prima e durante il trattamento per ottenere un decremento ponderale. TAC e RMN sono metodiche più accurate ma non sono proponibili nella pratica clinica quotidiana.	**C**
III.B.2.1.b. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità: • Gli stessi valori di cut-off del BMI nella classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità possono essere utilizzati per uomini adulti e per donne non gravide e generalmente per tutti i gruppi etnici e razziali.	**C**

III.B.2.2.a. In base alla circonferenza addominale

• Valori di cut-off della circonferenza addominale specifici per sesso possono essere usati per identificare il rischio associato con il grasso addominale negli adulti con BMI compreso tra 25 e 34.9. L'aumento della circonferenza addominale può essere associato ad un aumento del rischio anche in soggetti normopeso. **C**

• I valori di cut-off della circonferenza addominale possono essere generalmente applicati a tutti gli adulti, a qualunque gruppo etnico o razza appartengano. D'altro canto, se un soggetto è molto basso (<152 cm) oppure ha un BMI >34.9, i valori di cut-off utilizzati per la popolazione generale non sono applicabili. **D**

III.F.a. Motivazione dei soggetti **D**

• La motivazione del soggetto è una componente indispensabile per un programma finalizzato alla necessaria perdita di peso.

III.G.1.1.a. Perdita di peso **A**

• I soggetti con Obesità e Sovrappeso che fanno parte di un programma ben articolato possono ottenere una perdita di peso pari al 10% del peso iniziale, valore che può essere mantenuto per 1 o più anni.

III.G.1.2.a. Ritmo della perdita di peso **B**

• Una perdita di peso al ritmo di 500-1000 gr/settimana (deficit calorico di 500-1000 kcal/die), di solito si verifica per circa sei mesi. Poi, la perdita di peso tende a rallentare a meno che non si attui un regime più restrittivo.

III.G.2.b. Mantenimento del peso al livello più basso

• Dopo sei mesi di un trattamento diretto alla perdita di peso, per mantenere i risultati ottenuti è importante continuare a impegnarsi con energia nella dieta, nell'attività fisica e nella terapia comportamentale. **B**

III.G.2.c.

• Il peso perduto viene di solito recuperato a meno che ci si impegni, a tempo indefinito, in un programma di mantenimento fondato su dieta, attività fisica e terapia comportamentale. I farmaci possono anche essere utilizzati; tuttavia, la sicurezza e l'efficacia di trattamenti farmacologici proseguiti per più di un anno non sono state ancora dimostrate. **B**

III.H.1.a. Terapia dietetica

• Le diete ipocaloriche possono ridurre il peso corporeo del 8% in media e contribuiscono a ridurre il grasso addominale in un arco di tempo di circa sei mesi. **A**

III.H.1.d.

• Una terapia dietetica ottimale dovrebbe durare almeno sei mesi. **A**

III.H.1.e.

• Durante la terapia dietetica, il contatto professionale continuo fra il professionista e il soggetto in trattamento favorisce la perdita di peso e il mantenimento dei risultati. **C**

III.H.1.f.

• La quantità di tempo impegnata nel rapporto professionale con il soggetto influisce favorevolmente sulle modificazioni del peso in soggetti adulti Sovrappeso o con Obesità che seguono una terapia dietetica. **D**

III.H.2.a. Attività Fisica

• L'attività fisica contribuisce alla perdita di peso sia da sola che in associazione con la dieta. **A**

III.H.2.b.

• L'attività fisica negli adulti con Obesità o in Sovrappeso è efficace nell'aumentare la fitness cardio-respiratoria indipendentemente dalla perdita di peso. **A**

III.H.2.c.

• L'attività fisica da sola riduce i fattori di rischio cardio-vascolare **A**

• L’attività fisica riduce il rischio di patologia cardio-vascolare. **C**

III.H.2.d.
• L’attività fisica contribuisce a diminuire il grasso corporeo, includendo un modesto effetto sul grasso addominale. **B**

III.H.3. Terapia Comportamentale **B**
• La terapia comportamentale, in associazione al deficit energetico, fornisce benefici aggiuntivi nell’assistere i soggetti a perdere peso a breve termine (1 anno). Non è dimostrata la sua efficacia nel mantenimento del peso a lungo termine del peso in assenza di un continuo contatto professionale.

III.H.4.a. Terapia combinata **A**
• L'intervento combinato della dieta ipocalorica, con l’attività fisica e la terapia comportamentale, è il modello più efficace per la perdita e il mantenimento del peso.

III.H.5.a. Terapia farmacologica
• Farmaci appropriati per la perdita di peso, possono migliorare l’efficacia nella perdita di peso della dieta, dell'attività fisica e della terapia comportamentale. **B**

III.H.5.b.
• I farmaci per la perdita di peso approvati dalla FDA e dal MS per un uso a lungo termine possono essere somministrati in aggiunta alla dieta e all'attività fisica a soggetti con un BMI ≥30 senza fattori concomitanti di rischio o malattie Obesità-correlate e a soggetti con un BMI ≥27 con fattori concomitanti di rischio o malattie Obesità-correlate. **B**

III.H.5.c.
• In alcuni soggetti sono stati osservati effetti collaterali derivati dall'uso di farmaci per la perdita di peso. **A**

III.H.5.d.
• Usare i farmaci singolarmente (non in combinazione) ed iniziare con la più bassa dose efficace può diminuire la possibilità degli effetti collaterali. **C**

III.H.6.a. Terapia chirurgica **B**
• La chirurgia gastrointestinale (gastroplastica verticale, bendaggio gastrico, by-pass gastrico Roux-en-Y) può indurre una sostanziale perdita di peso, e perciò costituisce una possibile strategia d’intervento per soggetti ben informati e motivati, con BMI ≥40 o ≥35, che abbiano patologie associate e per i quali l’intervento comporti rischi accettabili.

III.H.6.b.
• I soggetti che optano per l’intervento chirurgico dovrebbero essere seguiti da un team multidisciplinare (medico, comportamentale e nutrizionale). **D**

III.H.6.c.
• Il controllo medico per tutta la durata della vita del soggetto dopo la terapia chirurgica costituisce una necessità. **C**

Commento II.a. La perdita di peso dopo i 65 anni **D**
• L’età, da sola, non dovrebbe precludere il trattamento dell’Obesità negli uomini e nelle donne adulte.

III.I.a. Sospensione del fumo in soggetti in Sovrappeso o con Obesità **C**
• Fumo e Obesità insieme potenziano il rischio di patologia cardio-vascolare, ma il timore di guadagnare peso a causa della sospensione del fumo costituisce un ostacolo per molti soggetti fumatori.

III.L.a. Ruolo degli operatori sanitari **B**
• Sono numerosi gli operatori sanitari che possono ricoprire un ruolo importante nel programma terapeutico orientato alla riduzione del peso.

Appendice IV.1. La "Diet Industry" **D**

• "Diet Industry" è un termine usato nel Nord-America che si riferisce al ricchissimo mercato per la produzione di prodotti, strumenti, strategie, programmi e qualsiasi altro mezzo che possa essere impiegato per la perdita di peso, indipendentemente dal rapporto costo-beneficio che si riflette sul consumatore. Ha lo scopo di permettere un facile guadagno sfruttando il bisogno dei soggetti che vogliono o devono perdere peso, la loro intenzionalità, la loro mancanza di consapevolezza e di preparazione necessaria ad affrontare la difficile condizione di essere in Sovrappeso, spesso sostenuta da un ambiente tossico e da condizioni genetiche predisponenti. Il mercato è aperto in particolare modo alle ciarlatanerie, alle stupidità, alle frodi, ai falsi ideologici e alle mistificazioni".

Appendice IV.3.a. Metodi di valutazione del Comportamento Alimentare **C**

• La psicometria è un campo di elevata complessità. Molti test per la valutazione di tratti di personalità e di aspetti psicopatologici, richiedono operatori esperti.
Tuttavia, alcuni questionari diretti a valutare il comportamento alimentare, la motivazione alla dieta, la presenza di un disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder) o di una condizione psicopatologica d'altra natura possono essere impiegati anche da operatori non specializzati, dopo un breve addestramento.

Appendice IV.4.b. Chi deve curare l'Obesità? **D**

• È necessario quindi sviluppare modelli assistenziali modificati usando personale non medico guidato come alternativa al tipo di approccio sanitario classico.

Appendice IV.6.b. La riduzione del peso nel soggetto anziano (vedi par. II.E.2.) **C**

• Va certamente segnalata la elevatissima prevalenza che supera 80% nelle donne non istituzionalizzate

---

Appendice IV.8. Prevalenza dell'Obesità in Italia

• La prevalenza dell'Obesità (BMI ≥25) in Italia interessa almeno il 50% della popolazione adulta ed è pari alla prevalenza dell'Obesità del Nord-America **B**

• La prevalenza nei soggetti anziani è elevatissima (70-80%) **B**

• In tutte le civiltà industrializzate esiste ancora un trend secolare
In assenza di interventi di popolazione il trend secolare è destinato ad aumentare nelle prossime decadi **D**

Appendice IV.9. Il Modello Cognitivo-Comportamentale **B**

• 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.

Appendice IV.12.1. Comorbosità e complicanze psicopatologiche **B**

• L'insoddisfazione e la svalutazione del corpo, le preoccupazioni ossessive per la propria immagine, le aspettative irrealistiche affidate alla perdita di peso sono aspetti psicologici da valutare nello studio di un soggetto con Obesità, sia in fase diagnostica che nel corso del trattamento

---

Appendice IV.12.2.

• Lo studio del comportamento alimentare e il riconoscimento diagnostico dei suoi disturbi costituiscono una tappa essenziale nel processo di valutazione di un soggetto con Obesità e nella costruzione di un progetto terapeutico. **B**
I soggetti con Obesità-Binge Eating Disorder rappresentano un sottogruppo particolare.
Le condizioni psicopatologiche dei soggetti con Obesità-BED risultano in media più compromesse di quelle dei soggetti senza .

Appendice IV.12.4.

• Molti psicofarmaci (triciclici e sali di litio) contribuiscono a provocare aumenti di peso, anche rilevanti. Gli antidepressivi antiserotoninergici sono farmaci di scelta. **C**

==========

Appendice IV.12.6.

• L'Obesità in sé non è un disturbo mentale né un indicatore costante di disturbi mentali. La valutazione delle condizioni psicopatologiche è però indispensabile per la costruzione di un piano adeguato di trattamento. **C**

• I settori più importanti, aperti allo studio clinico e alla ricerca, sono i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi dell'immagine del corpo, gli eventi traumatici, lo stigma sociale e i danni iatrogeni da trattamenti inadeguati dell'Obesità.

Appendice IV.14.1. Riconsiderare l'opzione del modello chirurgico **A**

• Non ci sono dati disponibili per conoscere la probabilità con cui si verificano eventi desiderati e non desiderati a seguito di una gastroplastica, un bendaggio o una diversione bilio-pancreatica. Questo rappresenta un vuoto che oggi appare indispensabile colmare.

Appendice IV.14 3. **B**

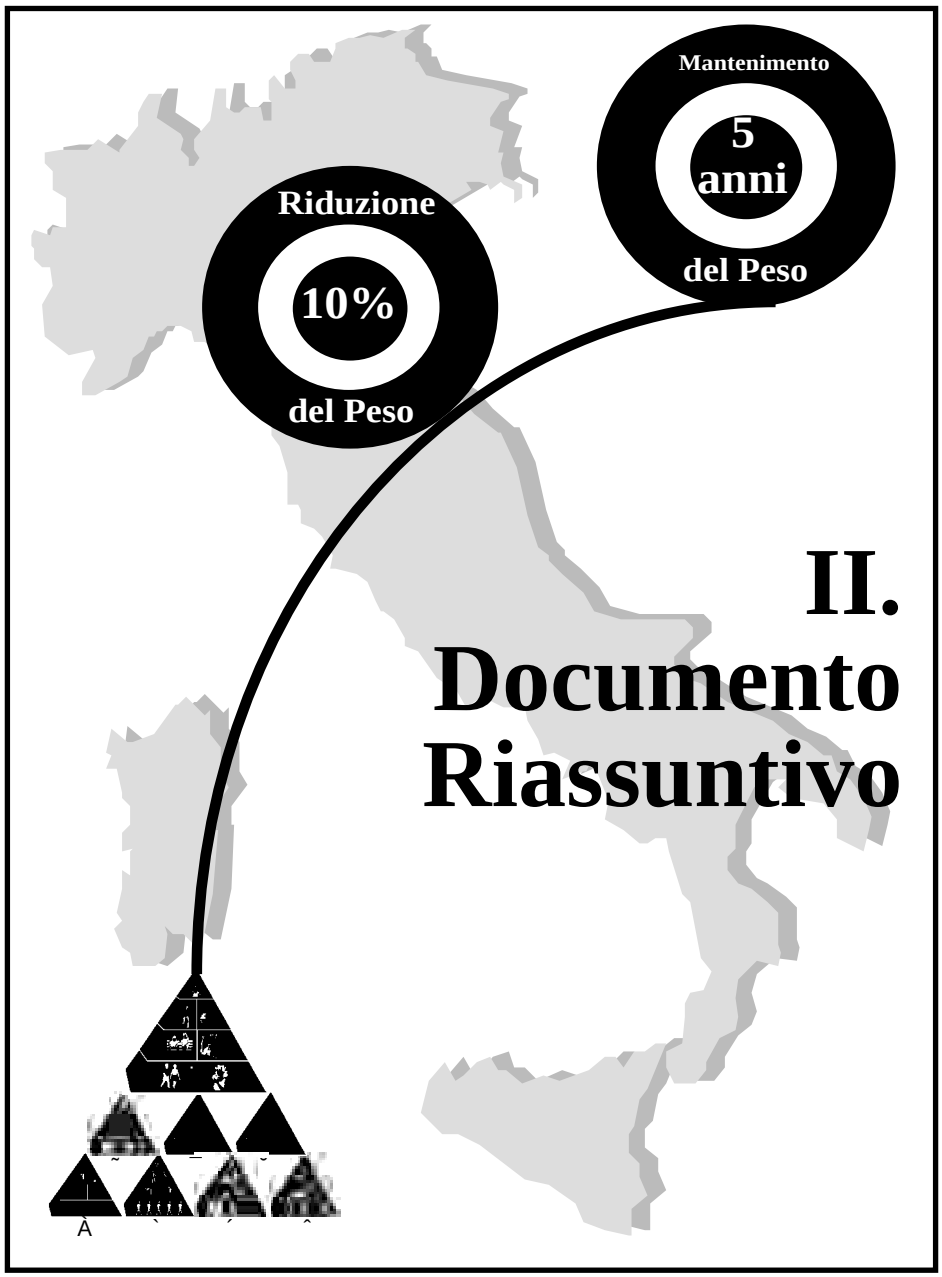
• Gli interventi di restrizione gastrica non danno la certezza della perdita di peso: il 60% riprende peso e di questi il 31% ritorna al peso di partenza e lo supera.

Appendice IV.14 5.a. **B**

• La responsabilità dell'insuccesso ricade su chi pone l'indicazione chirurgica soprattutto se non ha verificato l'attivazione precedente dell'integrazione di tutti i modelli conservativi. La stessa responsabilità ricade anche su chi si oppone all'approccio chirurgico poiché il rischio di mortalità e morbidità va tenuto presente nel processo decisionale.

¶ Goal

- **Goal**

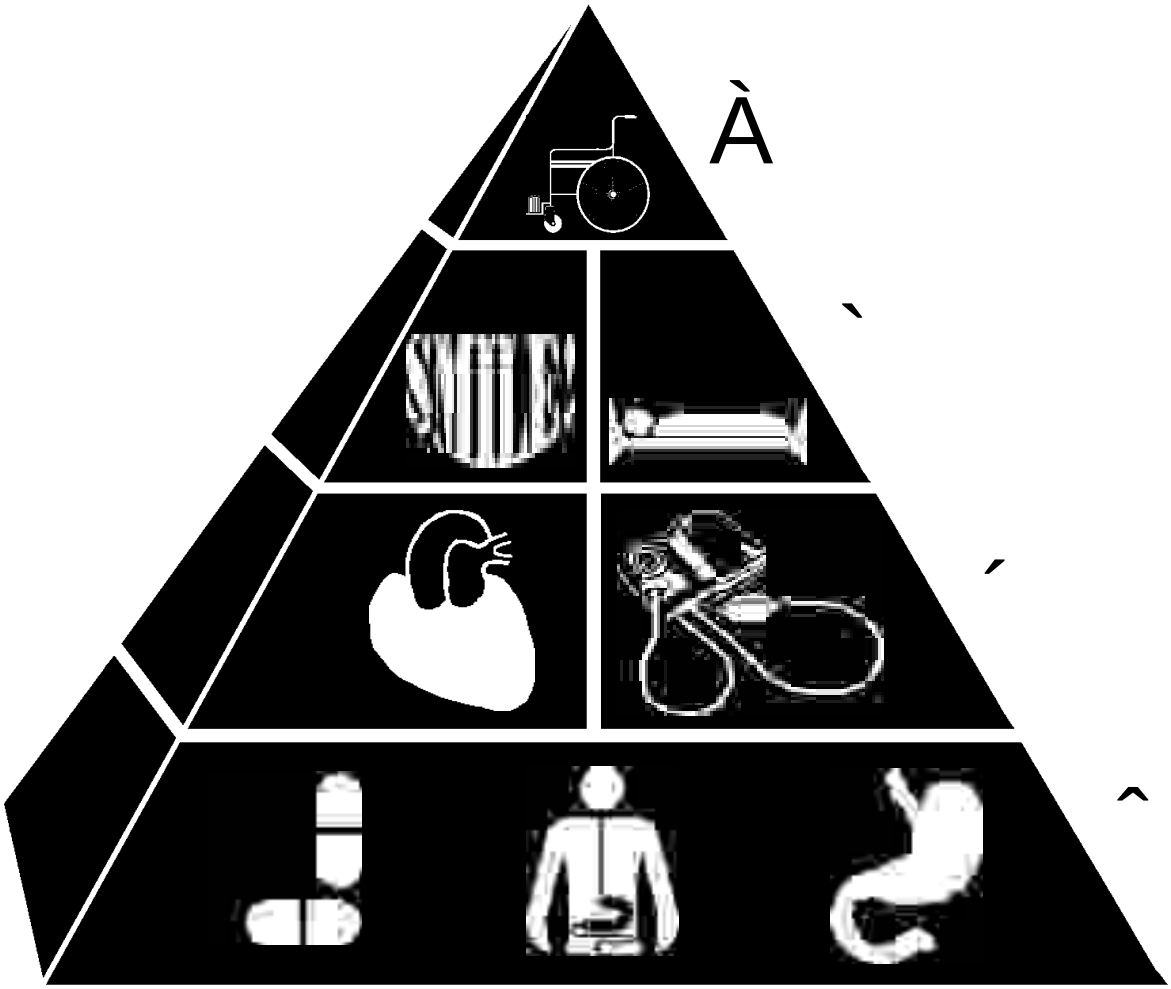


II. Documento Riassuntivo

J 4° IFT

La Piramide della Farmacoterapia

4. Riduzione dell'Assorbimento dei grassi e Controllo dell'Appetito e della Sazietà
3. Fattori di rischio cardio-vascolare
2. Disturbi dell'Umore
1. Complicanze



Indice

II.A. Introduzione 4
Inserto: Origine delle LiGIO'99 4

II.B. La metodologia di lavoro che ha condotto alla produzione delle NIH Guidelines 5
II.B.1. Chi è a rischio ? 6
II.B.2. Perché trattare il Sovrappeso e l'Obesità? 6
II.B.3. Quali sono i trattamenti efficaci? 6

II.C. Categorie basate sull'evidenza clinica 7

II.D. Linee Guida Cliniche: valutazione e trattamento 8
II.D.1. Indice di massa corporea 8
II.D.2. Circonferenza addominale 8
II.D.3. Stato del rischio 9
II.D.4. Motivazione del soggetto 10
II.D.5. Obiettivi della perdita di peso e della gestione del peso 11
II.D.6. Strategie dirette a perdere peso e a mantenere il peso 12
II.D.7. Adattare i programmi per perdere peso ai bisogni di soggetti diversi 15

II.E. Sommario delle raccomandazioni basate su evidenze 16
II.E.1. Vantaggi della perdita di peso 16
II.E.2. Misurazione del grado di Sovrappeso e di Obesità 18
II.E.3. Obiettivi per la perdita di peso 19
II.E.4. Come ottenere la perdita di peso 20
II.E.5. Obiettivi del mantenimento della perdita di peso 25
II.E.6. Gruppi speciali di trattamento 26

Documento Riassuntivo

II.A. Introduzione

Inserto. Origine delle LiGIO'99

Le LiGIO'99 sono tradotte dalle linee guida di recente pubblicate dai National Institutes of Health. Le "Clinical Guidelines" del National Heart, Lung, and Blood Institute's Obesity Education Initiative sono state preparate in collaborazione con il National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases dei National Institutes of Health.

Ciò ha indotto la Task Force Obesità Italia a produrre un documento che rappresenta la fedele traduzione di quello Nord-Americano.

Il razionale di tale strategia è squisitamente scientifico poiché gli strumenti informatici utilizzati dal Panel del NHLBI si sono avvalsi del San Antonio Cochrane Center la cui missione è quella di preparare e mantenere revisioni sistematiche e metanalisi della letteratura sulla salute. È possibile risalire all'Evidence Report reperibile su Internet.

Per completamento sono state preparate le Appendici che affrontano temi di rilevante importanza.

Negli Stati Uniti circa 97 milioni di adulti sono in Sovrappeso o con Obesità, condizioni che incrementano significativamente il rischio di morbosità per Ipertensione, Dislipemia, Diabete di tipo 2, patologia cardio-vascolare, ictus, calcolosi biliare, patologia osteo-articolare, sleep apnea e altra patologia polmonare, tumori dell'endometrio, della mammella, della prostata e del colon.

Valori di peso corporeo superiori alla norma sono inoltre associati ad incremento di tutte le cause di morte. I soggetti con Obesità, inoltre, sono sottoposti a discriminazioni ed emarginazione. Sovrappeso e Obesità sono la seconda causa di morte potenzialmente prevenibile negli Stati Uniti e rappresentano pertanto una vera e propria sfida per la salute pubblica.

Si definisce Sovrappeso quando l'indice di massa corporea (BMI) è compreso tra 25 e 29.9 kg/m^2 e Obesità quando il BMI è maggiore di 30 kg/m^2. Sovrappeso e Obesità non rappresentano due condizioni che si escludono vicendevolmente, dal momento che i soggetti con Obesità risultano anche in Sovrappeso. Un BMI di 30 corrisponde a circa 14 kg di peso in eccesso ed equivale a 100 kg in un soggetto alto 183 cm e a 84.4 kg in un soggetto alto 168 cm. La prevalenza del Sovrappeso e dell'Obesità è aumentata sia nel sesso maschile che in quello femminile fin dal 1960. Nell'ultimo decennio la percentuale di soggetti appartenenti a questi due gruppi è salita al 54.9% negli adulti con età uguale o

maggiore a 20 anni. Sovrappeso e Obesità sono in particolare modo diffusi in alcuni sottogruppi della popolazione, come quelli a basso reddito e con bassi livelli di istruzione.

L'Obesità è una complessa patologia cronica multifattoriale che deriva dalla interazione di fattori genetici ed ambientali. Le nostre conoscenze sulla fisiopatologia dell'Obesità sono incomplete, ma sembrano coinvolti fattori sociali, comportamentali, culturali, fisiologici, metabolici e genetici.

Mentre esiste ampio consenso nel considerare Sovrappeso e Obesità come fattori in grado di compromettere lo stato di salute, assai più controverso è il loro trattamento. Alcuni hanno sostenuto l'opportunità di non trattare l'Obesità in relazione alla difficoltà di mantenere la perdita di peso a lungo termine ed in relazione alle conseguenze potenzialmente negative delle oscillazioni cicliche del peso così di frequentemente osservate in soggetti con Obesità. Altri ritengono che i potenziali rischi indotti dal trattamento non superino comunque quelli derivanti dall'Obesità di per sé.

Lo scopo di queste linee guida è di dimostrare scientificamente gli effetti del trattamento del Sovrappeso e dell'Obesità. Le linee guida mettono in rilievo il ruolo del medico di medicina generale nel trattamento del Sovrappeso e dell'Obesità.

n II.B. La metodologia di lavoro che ha condotto alla produzione delle NIH Guidelines

Nel maggio 1995 il National Heart, Lung, and Blood Institute's Obesity Education Initiative in collaborazione con il National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases dei National Institutes of Health ha riunito un Panel di esperti per l'identificazione, la valutazione ed il trattamento del Sovrappeso e dell'Obesità negli adulti. Lo scopo del lavoro è stato quello di vagliare la letteratura scientifica e di determinare le strategie di trattamento più appropriate che costituissero linee guida comprovate per il trattamento del Sovrappeso e dell'Obesità. Tali linee guida sono rivolte ai medici e alle altre figure sanitarie ad essi associate nella pratica clinica, a chi si occupa di politica sanitaria e ai ricercatori clinici.

Le Linee Guida NIH si basano su di una revisione sistematica della letteratura scientifica presente in Medline dal gennaio 1980 al settembre 1997 per specifiche tematiche identificate dagli esperti convenuti come fondamentali per interpretare i dati scientifici riguardanti l'Obesità. Sono stati presi in visione dal Panel i dati sperimentali ottenuti da circa 394 studi controllati randomizzati (**RCTs: Randomized Clinical Trials**).

Il Panel è stato costituito da 24 membri, 8 membri nominati d'ufficio e un consulente per la correttezza della metodologia. Le aree di specifica competenza dei membri del Panel sono rappresentate da: medicina generale, epidemiologia, nutrizione clinica, fisiologia dell'esercizio fisico, psicologia, fisiologia e malattie polmonari. Sono stati organizzati quattro incontri per l'intero gruppo di esperti e due incontri aggiuntivi per il comitato esecutivo composto dal presidente e quattro membri.

Il San Antonio Cochrane Center ha fornito assistenza ai membri del Panel per la selezione della letteratura e ha organizzato i dati in appropriate tabelle. Il Centro ha validato ed utilizzato un modulo standardizzato di 25 pagine per la selezione della letteratura. Infine, sono stati selezionati 236 RCTs e i dati sono stati inseriti in appropriate tabelle studiate appositamente per ciascun RCT. I dati di questi RCTs sono serviti come base per la maggior parte delle Raccomandazioni contenute nelle linee

guida.

Il gruppo di esperti ha stabilito i criteri per definire l'adeguatezza di un articolo. Come criterio minimo gli studi dovevano avere una durata, dall'inizio alla fine, per lo meno di quattro mesi. Le uniche eccezioni sono state rappresentate da alcuni studi della durata di tre mesi riguardanti la terapia dietetica e farmacologica. Allo scopo di valutare la problematica del mantenimento a lungo termine, sono stati presi in considerazione gli studi nei quali venivano riportati i risultati ad un anno o più.

Sono stati esclusi quegli studi in cui gli unici indicatori utilizzati per valutare la perdita di peso erano rappresentati dai valori riferiti da ciascun soggetto. Nessuna selezione è stata fatta sulla base della numerosità del campione.

Il Panel ha valutato la capacità dei risultati dei singoli studi di dimostrare o sostenere l'ipotesi iniziale ("**evidence**") esaminando accuratamente la soglia a cui compaiono gli effetti del trattamento o l'entità degli effetti stessi. Le fonti e le definizioni di "evidence" sono state classificate in quattro categorie da A a D. La • **Tab. 6** riassume le categorie di evidenza in relazione alla fonte e fornisce una definizione per ciascuna categoria.

II.B.1. Chi è a rischio?

Tutti gli adulti (dell'età di 18 anni o più) con un BMI ≥25 sono considerati a rischio. I soggetti con un BMI compreso tra 25 e 29.9 sono considerati in Sovrappeso, mentre i soggetti con un BMI ≥30 sono considerati con Obesità. Il trattamento del Sovrappeso è raccomandato solamente quando il soggetto presenta due o più fattori di rischio o valori elevati di circonferenza addominale. Sarebbe auspicabile basarsi, in tal caso, su schemi che prevedano modificazioni dell'attività fisica e delle abitudini alimentari allo scopo di prevenire lo sviluppo dell'Obesità e di produrre una moderata perdita di peso. Il trattamento dell'Obesità, invece, dovrebbe basarsi sulla possibilità di indurre sostanziale perdita di peso a lungo termine. Nella fase di valutazione delle strategie terapeutiche nei soggetti con Sovrappeso o con Obesità bisognerebbe inoltre tenere in considerazione la comorbosità.

II.B.2. Perché trattare il Sovrappeso e l'Obesità?

L'Obesità è chiaramente associata ad incremento di morbosità e di mortalità. È ormai chiaramente dimostrato che la perdita di peso in soggetti in Sovrappeso e con Obesità riduce il rischio di Diabete di tipo 2 e patologia cardio-vascolare. È inoltre dimostrato che la perdita di peso comporta, nei soggetti in Sovrappeso, riduzione della pressione arteriosa sia in soggetti ipertesi sia in soggetti normotesi. Comporta inoltre decremento dei trigliceridi e aumento del colesterolo-HDL e determina usualmente riduzione del colesterolo totale e del colesterolo-LDL. La perdita di peso porta a riduzione della glicemia sia nei soggetti in Sovrappeso che con Obesità indipendentemente dal livello della glicemia stessa. Inoltre, si determina una diminuzione dell’emoglobina glicosilata. Anche se non sono ancora disponibili i risultati di trial che dimostrino prospetticamente una associazione tra perdita di peso e mortalità, la riduzione di alcuni fattori di rischio sembra comunque indicare che l'insorgenza di alcune patologie come il Diabete di tipo 2 e patologia cardio-vascolare possa essere ridotta con la perdita di peso.

II.B.3. Quali sono i trattamenti efficaci?

Esiste un’ampia varietà di opzioni efficaci per la gestione dei soggetti con

Sovrappeso e con Obesità, che include: la dieta ipolipidica, la modificazione del livello abituale di attività fisica, le tecniche di terapia comportamentale, la terapia farmacologica[8], la chirurgia e la combinazione di queste tecniche.

n II.C. Categorie di evidenza

Sono stati individuate 4 categorie di evidenza sulla base dei criteri espressi nella Tab 1. Ogni Dichiarazione (p) e Raccomandazione (m) che verrà enunciata farà riferimento ad una delle 4 Categorie di evidenza (l).

• Tab. 6. Criteri utilizzati per la definizione della categorie di evidenza delle Dichiarazioni e delle Raccomandazioni

Categorie di Evidenza	Tipologia dello studio da cui è tratta la conclusione	Criteri che hanno portato alla Definizione
A	**RCTs (vasta gamma di dati)***	L'evidenza clinica si basa sui risultati di RCTs il cui disegno sperimentale è stato rigoroso (o su trial in parterandomizzati) che forniscono una vasta gamma di risultati ottenuti dalla popolazione a cui sono rivolte le raccomandazioni.
B	**RCTs (dati limitati)****	L'evidenza clinica si basa sui risultati di studi di intervento che prevedono solo un numero limitato di RCTs, post hoc analisi, o analisi di un sotto campione, o metanalisi di RCTs. In generale la categoria B è rappresentata da studi in cui esistono pochi trial randomizzati, in cui la numerosità del campione è scarsa, o in cui i trial sono condotti in una popolazione diversa dalla popolazione target indicata nelle raccomandazioni.
C	**Trial non randomizzati** **Studi osservazionali**	L'evidenza clinica si basa sui risultati di trial non controllati o non randomizzati o di studi osservazionali.
D	**Valutazioni di esperti o gruppi di esperti*****	Le valutazioni degli esperti si basano su dati sperimentali descritti in letteratura e/o sull'esperienza clinica e su conoscenze che non rientrano nelle categorie precedenti. Questa categoria è impiegata solo quando si ritiene importante fornire delle raccomandazioni ma la letteratura clinica relativa risulta insufficiente per giustificarne l'inclusione in una delle precedenti categorie.

8: Nel Settembre 1997, la FDA ha imposto la sospensione della dexfenfluramina e della fenfluramina dal mercato per la segnalazione di una associazione tra patologia cardiaca valvolare e la utilizzazione della dexfenfluramina o della fenfluramina da sola o in combinazione con la fentermina. Pertanto l'uso di questi farmaci non è raccomandabile allo scopo di ottenere una riduzione del peso corporeo.

***** La appartenenza al Categoria di evidenza A richiede la presenza di un sostanzioso numero di studi che coinvolgano un ampio campione di soggetti.

******Rispetto al precedente grado di evidenza l'inclusione nel grado B è motivata dalla disponibilità di trial con numero inferiore di risultati valutabili.

*******I commenti D riportati in queste linee guida prevedono, ove chiaramente indicato, anche quelli della Task Force Obesità Italia.

n II.D. Linee Guida Cliniche. Valutazione e Trattamento

Il trattamento del soggetto con Sovrappeso e con Obesità è un processo a due fasi: valutazione del soggetto e gestione del trattamento. La valutazione richiede la determinazione del grado di Sovrappeso e del livello di rischio per lo stato di salute. La gestione include sia la riduzione dell'eccesso ponderale sia la istituzione di misure alternative per il controllo dei fattori di rischio associati.

Quando si valuta un soggetto come candidato alla terapia per perdere peso, vanno esaminati parametri quali l'indice di massa corporea (Body Mass Index: BMI), la circonferenza addominale ed il rischio complessivo per lo stato di salute. Deve essere presa in considerazione anche l'entità della motivazione che spinge il soggetto a volere perdere peso.

II.D.1. Indice di Massa Corporea (Body Mass Index: BMI)

Il BMI, che pone in relazione il peso all'altezza, è fortemente correlato alla quantità di grasso corporeo totale. Il BMI dovrebbe essere utilizzato per quantificare il Sovrappeso e l'Obesità e per monitorare le modificazioni del peso corporeo. Inoltre, la sola misura del peso corporeo può essere usata per determinare l'efficacia della terapia utilizzata per perdere peso. Il BMI si calcola dividendo il peso in kg per il quadrato dell'altezza in metri (kg/m^2). Una classificazione del peso in accordo al BMI, è mostrata nella • **Tab. 7**. Una tavola di conversione dell'altezza e del peso in unità di BMI è mostrata nella • **Tab. 8**. Nell'App. IV.10 è presente un nomogramma per calcolare il BMI con un righello.

II.D.2. Circonferenza addominale

La presenza di un eccesso di tessuto adiposo in sede intra addominale è un fattore predittivo indipendente di fattori di rischio e di morbosità. La circonferenza addominale è correlata positivamente con il grasso addominale. Essa fornisce un parametro clinico accettabile per valutare il grasso addominale del soggetto prima e durante il trattamento. I cut-off specifici per il sesso segnalati nella • **Tab. 7** possono essere usati per identificare un aumento del rischio relativo per lo sviluppo di fattori di rischio associati alla Obesità in molti adulti con BMI compreso tra 25 e 34.9 kg/m^2.

Questi limiti della circonferenza addominale perdono il loro potere predittivo in soggetti con BMI $\geq$35 poiché essi eccedono i suddetti cut-off. La • **Tab. 9** mostra il rischio combinato dell'aumentato grasso addominale e del BMI. Queste categorie denotano il rischio *relativo* e non *assoluto*: cioè relativo al rischio legato al peso normale. Esso non dovrebbe essere assimilato al rischio assoluto che è determinato dalla

somma dei fattori di rischio. Tali categorie sono correlate con la necessità di istituire una terapia finalizzata alla perdita di peso e non definiscono direttamente l'entità del cambiamento richiesto dei fattori di rischio associati all'Obesità.

• Tab. 7. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità in accordo al BMI

	Classe di Obesità	BMI (kg/m^2)
Sottopeso	-	< 18.5
Normale	-	18.5-24.9
Sovrappeso	-	25.0-29.9
Obesità moderata	I	30.0-34.9
Obesità severa	II	35.0-39.9
Obesità morbigena	III	≥ 40
	Alto rischio	**Circonferenza addominale**
Obesità viscerale	Uomini	>102 cm
	Donne	>88 cm

II.D.3. Stato del rischio

La valutazione dello stato di rischio assoluto di un soggetto richiede la verifica della presenza di:

1. Condizioni di malattia

Malattia coronarica in atto, altre alterazioni aterosclerotiche, Diabete tipo 2, sleep apnea. I soggetti che presentano queste condizioni vengono classificati ad alto rischio di complicanze e mortalità.

2. Altre malattie associate all'Obesità

Patologia ostetrico-ginecologica, patologia osteo-articolare, calcolosi biliare e sue complicanze, stress.

3. Fattori di rischio cardio-vascolare

Fumo di sigaretta, ipertensione (pressione sistolica >140 mmHg o pressione diastolica >90 mmHg ovvero soggetti in terapia con farmaci antipertensivi), colesterolo-LDL elevato (>160 mg/dl), colesterolo-HDL basso (<35 mg/dl), alterata glicemia a digiuno (glicemia a digiuno compresa tra 110 e 125 mg/dl), storia familiare di malattia coronarica prematura (definita come infarto del miocardio o morte improvvisa ad un'età pari o inferiore a 55 anni nel padre o in altro parente maschio di I grado, ovvero ad un'età pari o inferiore a 65 anni nella madre o in altro parente di I grado di sesso femminile), età (uomini: >45 anni; donne: >55 anni o postmenopausale). I soggetti possono essere classificati ad alto rischio assoluto se presentano 3 dei suddetti fattori di rischio. Tali soggetti richiedono abitualmente una gestione clinica dei fattori di rischio allo scopo di ridurre il rischio.

Soggetti in Sovrappeso o con Obesità spesso hanno altri fattori di rischio cardio-vascolare. I metodi di valutazione del rischio assoluto di sviluppo di malattie cardio-vascolari sulla base di questi fattori di rischio sono descritti in dettaglio nel *Second*

Report of the Expert Panel on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults del National Cholesterol Education Program e nel *Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. L'intensità dell'intervento per i disordini del colesterolo o per l'ipertensione deve essere commisurata allo stato di rischio assoluto, valutato mediante analisi multivariata dei fattori di rischio. Questi includono sia i fattori di rischio sopra elencati sia la presenza di danno d'organo nei soggetti ipertesi. Nei soggetti Sovrappeso, il controllo dei fattori di rischio cardio-vascolare merita eguale attenzione rispetto agli interventi finalizzati alla riduzione del peso corporeo. Infatti, la riduzione dei fattori di rischio determina riduzione del rischio di malattie cardio-vascolari, indipendentemente dalla perdita di peso.

4. Altri fattori di rischio

Sedentarietà e ipertrigliceridemia (>200 mg/dl). La presenza di questi fattori aumenta il rischio a livelli superiori rispetto a quelli stimati dai precedenti fattori di rischio. Il contributo di ciascuno di questi fattori al rischio globale non è quantificabile, ma la loro presenza aumenta la necessità di perdere peso nei soggetti obesi.

• Tab. 8. Unità di BMI (kg/m^2) categorizzate in base al peso e all'altezza

Altezza (cm)	Peso Corporeo (kg)		
	BMI 25	BMI 27	BMI 30
147	54.0	58.3	64.8
150	56.3	60.8	67.5
153	58.5	63.2	70.2
156	60.8	65.7	73.0
159	63.2	68.3	75.8
162	65.6	70.9	78.7
165	68.1	73.5	81.7
168	70.6	76.2	84.7
171	73.1	79.0	87.7
174	75.7	81.7	90.8
177	78.3	84.6	94.0
180	81.0	87.5	97.2
183	83.7	90.4	100.5
186	86.5	93.4	103.8
189	89.3	96.4	107.2
191	91.2	98.5	109.4
194	94.1	101.6	112.9

Formula di conversione metrica = kg/m^2

Esempio di calcolo del BMI: soggetto di 81 kg, alto 180 cm, BMI=25

II.D.4. Motivazione del soggetto

Valutare la motivazione di un soggetto a intraprendere un trattamento per perdere peso richiede l'esame dei seguenti fattori:

- ragioni che inducono a voler perdere peso e determinazione a farlo

- storia di precedenti tentativi di perdere peso, riusciti e falliti
- supporto a livello di familiari, amici, ambiente di lavoro
- conoscenza, da parte del soggetto, delle cause dell'Obesità e delle malattie alle quali l'Obesità contribuisce
- atteggiamento verso l'attività fisica
- capacità di impegnarsi in attività fisiche
- disponibilità di tempo per il trattamento
- considerazioni economiche.

Oltre a prendere in esame questi aspetti, il medico deve aumentare la motivazione del soggetto a perdere peso e prepararlo al trattamento. Questo obiettivo può essere raggiunto elencando i pericoli collegati a una Obesità persistente e descrivendo la strategia per una riduzione di peso assistita clinicamente. Riesaminare i tentativi fatti in passato, e spiegare in che cosa il nuovo piano di cura sarà diverso, può servire a incoraggiare il soggetto e a sostenere la sua speranza di riuscire a perdere peso.

Gli obiettivi generali della perdita di peso e della gestione del problema sono i seguenti:

1. come minimo, prevenire ulteriori aumenti di peso
2. ridurre il peso corporeo
3. mantenere a lungo termine la perdita di peso.

La strategia complessiva per la valutazione e il trattamento dei soggetti Sovrappeso e con Obesità è riassunta nella u **Fig. 1** dove è descritto l'algoritmo per la valutazione e il trattamento. L'algoritmo riguarda soltanto la valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità e le decisioni conseguenti a partire da tale valutazione. Non comprende la valutazione preliminare dei fattori di rischio cardio-vascolare e delle malattie ad essi collegate.

• **Tab. 9. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità per BMI, circonferenza addominale e rischio associato di malattie**

	Classe di Obesità	BMI (kg/m^2)	Rischio di malattie* rispetto a soggetti con peso corporeo e circonferenza addominale**	
			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	I	30.0-34.9	Elevato	Molto Elevato
Obesità severa	II	35.0-39.9	Molto Elevato	Molto Elevato
Obesità morbigena	III	≥ 40	Estremamente Elevato	Estremamente Elevato

* Rischio di malattia per Diabete di tipo 2, ipertensione e cardiopatia ischemica
** Una circonferenza addominale aumentata può indicare un rischio più elevato anche in soggetti normopeso

II.D.5. Obiettivi della perdita di peso e della gestione del peso. L'obiettivo iniziale di un trattamento di riduzione del peso corporeo è una diminuzione dell'ordine del dieci per cento rispetto al punto di partenza. Raggiunto questo primo traguardo, se

una valutazione ulteriore lo indica, si può tentare di perdere ancora peso.

Sei mesi di trattamento rappresentano un limite di tempo ragionevole per raggiungere una riduzione ponderale del dieci per cento. Per soggetti con BMI 27-35 una riduzione dell'introito calorico quotidiano di 300-500 kcal provoca in genere una perdita di peso settimanale di 250-500 g e una perdita complessiva di peso dell'ordine del dieci per cento del peso iniziale in sei mesi.

Per soggetti con Obesità più grave (BMI >35) sono necessarie riduzioni dell'introito calorico quotidiano di 500-1000 kcal per ottenere una perdita di peso settimanale di 500-1000 g e una perdita complessiva di peso dell'ordine del dieci per cento del peso iniziale in sei mesi.

Perdite di peso al ritmo di 500-1000 grammi/settimana (deficit calorico di 500-1000 kcal/die) non durano, di solito, più di sei mesi. In seguito, il ritmo diminuisce e il peso tende a stabilizzarsi per la riduzione del dispendio energetico che si verifica ai pesi più bassi.

L'esperienza rivela che il peso perduto tende ad essere recuperato a meno che non venga seguito, a tempo indefinito, un programma che comprende, terapia dietetica, attività fisica e terapia del comportamento.

Dopo sei mesi di un trattamento di riduzione del peso corporeo, è necessario l'impegno per mantenere il risultato raggiunto. Se è necessario perdere altro peso, si può avviare un ulteriore tentativo con aggiustamenti della dieta e prescrizioni di attività fisica.

Per coloro che non riescono a perdere peso in misura significativa, evitare che il peso aumenti è già un obiettivo importante. Anche questi soggetti possono avere bisogno di entrare in un programma di gestione del peso.

II.D.6. Strategie dirette a perdere peso e a mantenere il peso

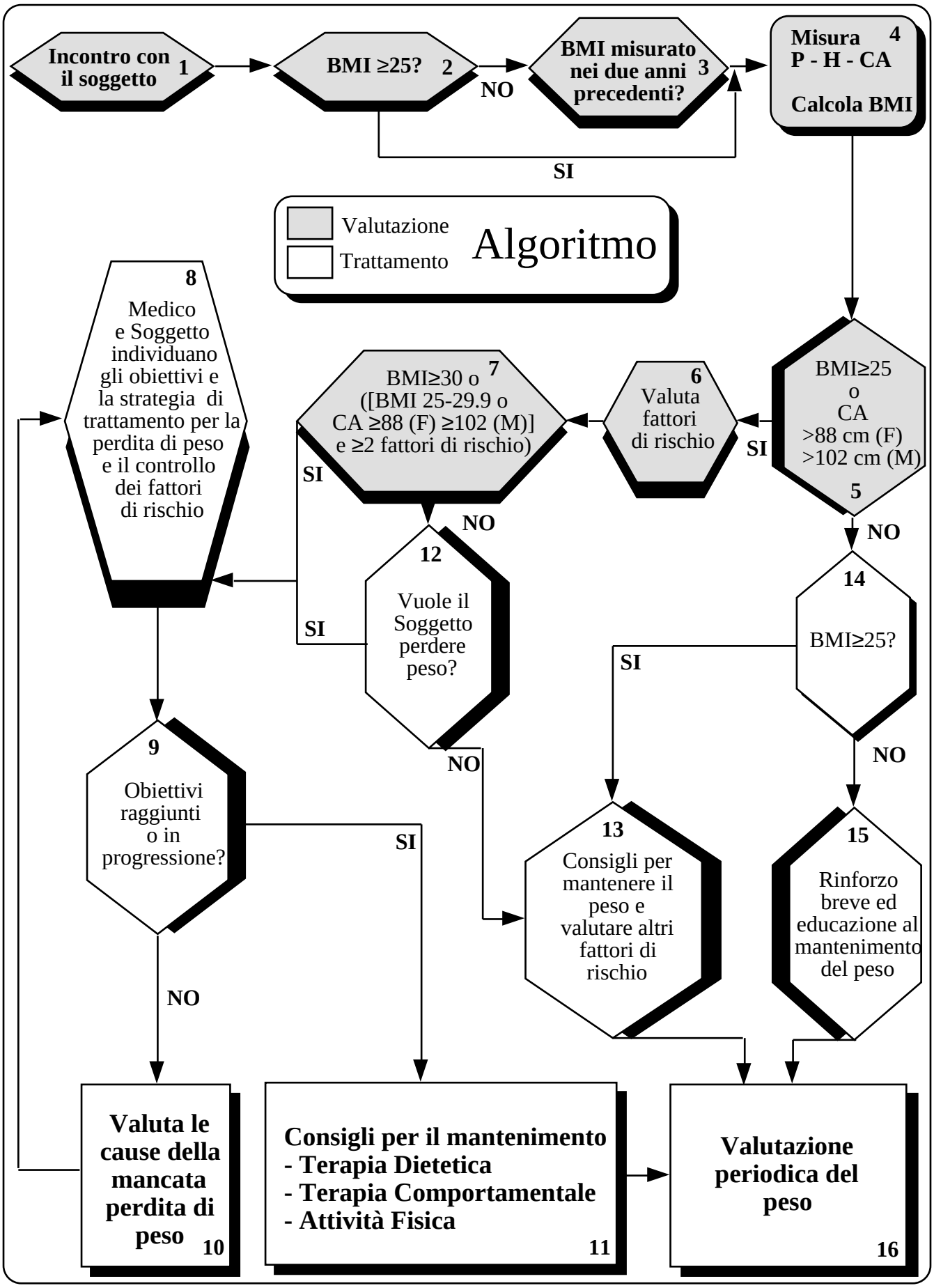
1. Terapia dietetica

Una dieta basata sulle caratteristiche del Sovrappeso del soggetto, diretta a provocare un deficit calorico di 500-1000 kcal/die, dovrebbe essere una componente essenziale di qualsiasi programma di riduzione ponderale. Oltre a una riduzione dei grassi saturi, il totale dei grassi non dovrebbe superare il trenta per cento delle calorie totali. La sola riduzione della percentuale di grassi nella dieta non determina perdita di peso se non si accompagna a una riduzione dell'introito calorico totale. La sostituzione di lipidi con carboidrati a parità di apporto energetico riduce la percentuale di calorie provenienti dai grassi ma non provoca perdita di peso. Il deficit calorico richiesto per una perdita di peso accettabile impone, di solito, una riduzione nella dieta sia dei grassi che dei carboidrati. Nel ridurre l'assunzione di lipidi, è opportuno privilegiare la riduzione dei grassi saturi per favorire l'abbassamento dei livelli di colesterolo-LDL. Contatti frequenti con il medico durante la terapia dietetica aiutano a perdere peso e a mantenere i risultati raggiunti.

2. Attività fisica

Un aumento dell'attività fisica è una componente importante del programma, anche se non produce, nei primi sei mesi, perdite di peso sostanzialmente maggiori: la perdita di peso dipende soprattutto dalla riduzione dell'introito calorico. Un'attività fisica sostenuta è utile invece per prevenire il recupero del peso. In più, riduce ulteriormente i rischi di Diabete di tipo 2 e di patologia cardio-vascolare, al di là di quanto già ottenuto con la sola perdita di peso. I soggetti con Obesità dovrebbero cominciare gli esercizi fisici lentamente e aumentare l'intensità in modo graduale.

u **Fig. 1.** Algoritmo per la valutazione e il trattamento del Sovrappeso e dell'Obesità (P=peso, H=altezza, CA=Circonferenza addominale, F=femmina, M=maschio)



L'attività fisica può essere concentrata in un solo momento della giornata o distribuita in modo intermittente. Si può cominciare camminando o nuotando a un ritmo leggero. Il soggetto può partire con passeggiate di trenta minuti tre volte a settimana e arrivare a camminare speditamente per quarantacinque minuti almeno cinque giorni a settimana. Un regime del genere aggiunge una spesa calorica di 100-200 kcal/die. Gli adulti dovrebbero mirare a una attività fisica moderata di almeno trenta minuti al giorno per tutti o quasi tutti i giorni della settimana. Altre forme di attività fisica possono essere praticate, ma camminare resta fra le più attraenti per facilità e sicurezza. I soggetti dovrebbero essere incoraggiati ad aumentare l'attività fisica quotidiana, per esempio facendo le scale a piedi invece di usare l'ascensore. Con il tempo, in rapporto ai progressi e alle capacità funzionali, è possibile impegnarsi in esercizi più intensi. Prendendo precauzioni per evitare danni, molti possono trovare piacevoli sport competitivi come il tennis o la pallavolo. Altri possono preferire aumentare l'attività fisica aumentando la frequenza di esercizi meno faticosi. Questa è un'altra strategia per contrastare la sedentarietà (vedi Piramide 2 e Goal ¸).

3. Terapia comportamentale

Strategie basate sui principi dell'apprendimento, come il rinforzo, offrono strumenti per vincere le resistenze alla dieta e all'attività fisica e migliorano la compliance nei confronti di programmi di perdita di peso e di mantenimento del peso. Tecniche specifiche comprendono: auto-monitoraggio delle abitudini alimentari e dell'attività fisica, gestione di situazioni stressanti, controllo degli stimoli, Problem-Solving, gestione di contingenze, ristrutturazione cognitiva e supporto sociale (vedi App. IV.9, Piramide 3 e 8).

4. Terapia combinata

Un programma che riunisce terapia del comportamento, dieta ipocalorica e aumento dell'attività fisica rappresenta il metodo più efficace per perdere peso e per mantenerlo. Questo metodo dovrebbe essere seguito per almeno sei mesi prima di prendere in considerazione il ricorso ai farmaci (vedi Piramide 9 e 10).

5. Terapia farmacologica

In soggetti selezionati con cura, farmaci appropriati possono aumentare l'efficacia della dieta ipocalorica, dell'esercizio fisico e della terapia del comportamento. Farmaci che favoriscono la perdita di peso approvati dalle autorità nazionali competenti per impieghi a lungo termine possono essere utilizzati con profitto in soggetti con BMI ≥30 senza fattori di rischio o malattie concomitanti e per soggetti con BMI ≥27 con fattori di rischio o malattie concomitanti. I fattori di rischio e la malattie considerati sufficienti per autorizzare l'uso di farmaci già con BMI compreso tra 27 e 29.9 sono i seguenti: ipertensione, dislipemia, cardiopatia ischemica, Diabete di tipo 2 e sleep apnea. È necessario che il medico controlli continuamente l'efficacia e la sicurezza della terapia farmacologica.

Al momento attuale, sibutramina e orlistat sono stati approvati negli Stati Uniti per impieghi a lungo termine. Nel luglio 1998 l'EMEA ha autorizzato la registrazione di orlistat nei paesi della CEE e in Italia è disponibile dal marzo 1999. Orlistat, inibendo l'assorbimento del 30% dei grassi alimentari, induce una progressiva perdita di peso ed è efficace nel controllo del peso a lungo termine (2 anni) determinando un miglioramento significativo dei fattori di rischio cardiovascolare, in particolare riduce i livelli di colesterolo totale e LDL più di quanto atteso in base alla sola perdita di peso. Sibutramina, che sarà ammessa presto anche in Italia, favorisce una moderata perdita di

peso aiutando a mantenere il risultato ottenuto. È necessario un controllo assiduo di tutti i soggetti in considerazione dei possibili effetti collaterali (vedi Piramide 4).

6. Terapia chirurgica

Interventi chirurgici diretti a determinare perdita di peso rappresentano una opzione possibile in un numero limitato di soggetti con Obesità clinicamente grave, cioè con BMI ≥40 o ≥35 e malattie associate. La chirurgia dell'Obesità dovrebbe essere riservata a quei soggetti in cui adeguati e ripetuti interventi di tipo medico sono falliti e che hanno complicanze. La chirurgia gastrointestinale (restrizione gastrica o by-pass) è una scelta possibile per soggetti motivati con rischi operatori accettabili. Prima e dopo l'intervento è necessario mettere in opera un programma integrato di guida nutrizionale, attività fisica, terapia comportamentale e di sostegno sociale.

II.D.7. Adattare i programmi per perdere peso ai bisogni di soggetti diversi

Gli approcci terapeutici standardizzati per il Sovrappeso e per l'Obesità devono essere adeguati ai bisogni dei singoli soggetti o di specifici gruppi. All'interno di ogni gruppo sociale o culturale esistono grandi differenze individuali. D'altra parte, nella cornice di una società, presa nel suo insieme, si ritrovano aree di sostanziale sovrapposizione fra subculture diverse. Di conseguenza, non esiste un libro di cucina o un complesso di regole standardizzato per far perdere peso in modo ottimale. Tuttavia, per essere sensibili alle differenze culturali e individuali, nel costruire un piano di trattamento occorre:

- adattare al caso particolare le regole e il personale impegnato nel programma
- tenere conto delle interazioni fra trattamento dell'Obesità e altre cure, mediche e psicologiche, eventualmente in corso
- prevedere e consentire cambiamenti di programma in base alle risposte e alle preferenze del soggetto.

Per i soggetti che abbiano superato i 65 anni si impongono alcune domande: la perdita di peso riduce i fattori di rischio negli anziani? Il trattamento dell'Obesità espone gli anziani a pericoli specifici? Perdere peso allunga la vita agli anziani? Esistono minori dimostrazioni dell'importanza di perdere peso nell'età avanzata rispetto a quelle che esistono per persone più giovani. La decisione clinica di non trattare l'Obesità di un soggetto anziano dovrebbe essere ispirata dalla valutazione dei benefici potenziali della perdita di peso e, in particolare, della riduzione del rischio di patologia cardio-vascolare.

In un soggetto con Obesità che fuma, smettere di fumare è un obiettivo primario nella gestione dei fattori di rischio. Smettere di fumare comporta molti vantaggi per la salute, ben documentati. Tuttavia un problema importante è l'aumento di peso osservato in circa l'ottanta per cento dei casi. L'aumento medio è di 2-3 kg, ma nel 13% delle donne e nel 10% degli uomini supera i 12 kg. L'aumento di peso che accompagna la sospensione del fumo è risultato piuttosto resistente anche a trattamenti che comprendono dieta, attività fisica e terapia comportamentale.

L'aumento di peso conseguente all'interruzione del fumo procura rischi minori di quelli che deriverebbero dal continuare a fumare. Quindi, è opportuno consigliare di smettere di fumare in ogni caso, indipendentemente dal peso corporeo. È opportuno anche, ovviamente, suggerire di prevenire l'aumento di peso con attenzione all'alimentazione e all'incremento dell'attività fisica. Per motivi pratici, può essere prudente non impegnarsi simultaneamente in un programma di riduzione del peso e di

interruzione del fumo. L'aumento di peso legato alla sospensione del fumo deve essere trattato con particolare impegno seguendo queste linee guida. Un aumento di peso a breve termine è un effetto collaterale comune della sospensione del fumo, ma questo aumento non esclude la possibilità di un controllo del peso a lungo termine.

n II.E. Sommario delle raccomandazioni basate sull'evidenza

II.E.1. Vantaggi della perdita di peso

La raccomandazione di trattare il Sovrappeso e l'Obesità è fondata non solo sulla dimostrazione della relazione che lega l'Obesità a una minore aspettativa di vita ma anche sull'evidenza derivata da trial randomizzati controllati relativamente al fatto che perdere peso riduce il rischio di mortalità. In effetti, perdere peso non solo riduce la mortalità ma contribuisce anche a ridurre la morbosità. Il riesame dei risultati di studi randomizzati controllati sugli effetti della perdita di peso sulla pressione arteriosa, sui lipidi, sulla glicemia e sulla insulinemia a digiuno ne sottolinea i vantaggi.

1. Pressione arteriosa

Per valutare gli effetti della perdita di peso sulla pressione arteriosa, sono stati presi in esame dal Panel 76 articoli che riportano studi randomizzati controllati. Sono stati accettati per queste linee guida 45 articoli, 35 imperniati su cambiamenti dello stile di vita e 10 sulla terapia farmacologica. Esistono prove consistenti e coerenti che la perdita di peso indotta da cambiamenti dello stile di vita riduce i livelli della pressione arteriosa sia in soggetti ipertesi che non ipertesi.

Esistono dimostrazioni limitate sul fatto che la riduzione del grasso addominale riduce la pressione arteriosa in soggetti Sovrappeso non ipertesi (questo evento non è indipendente dalla perdita di peso). Esistono prove considerevoli sul fatto che l'aumento dell'attività fisica aerobica promuove l'efficienza cardio-respiratoria e riduce la pressione arteriosa (questo evento è indipendente dalla perdita di peso). Esistono infine dimostrazioni sul fatto che la perdita di peso determinata dalla maggior parte dei farmaci (a eccezione della sibutramina) in combinazione col cambiamento dello stile di vita si accompagna a diminuzione della pressione arteriosa. Sulla base di una rassegna dei risultati dei 45 studi randomizzati controllati sulla pressione arteriosa, il Panel formula la raccomandazione seguente:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.1.1.**
Nei soggetti ipertesi in Sovrappeso e con Obesità si raccomanda una perdita di peso per ridurre la pressione arteriosa
l **Categoria di evidenza A**

---

2. Lipidi

Per valutare gli effetti della perdita di peso sulle concentrazioni di colesterolo totale, colesterolo-LDL, colesterolo-HDL e trigliceridi sono stati presi in esame dal Panel 65 articoli che riportano studi randomizzati controllati. Gli studi riguardano soggetti con differente grado di Sovrappeso o Obesità e di livelli lipidici. Sono stati accettati per queste linee guida 22 articoli, 14 imperniati su cambiamenti dello stile di

vita e 8 su terapia farmacologica. Dai 14 articoli sullo stile di vita si desume che esistono consistenti prove del fatto che la perdita di peso determinata da cambiamento dello stile di vita in soggetti Sovrappeso si accompagna a riduzione dei livelli di trigliceridi e aumento di quelli di colesterolo-HDL. Perdere peso determina, in genere, una certa riduzione dei livelli sierici di colesterolo totale e di colesterolo-LDL. Esistono dimostrazioni limitate del fatto che una riduzione del grasso addominale migliora il quadro lipidico (questo evento può essere non indipendente dalla perdita di peso). Esistono prove considerevoli sul fatto che un aumento dell'attività fisica aerobica promuove l'efficienza cardio-respiratoria e produce effetti favorevoli sul quadro lipidico, soprattutto se si accompagna a perdita di peso. Dal riesame degli 8 lavori sui farmaci risulta invece che esistono suggestive dimostrazioni sul fatto che perdite di peso determinata da farmaci in combinazione con cambiamenti dello stile di vita, compresa la restrizione calorica e l'attività fisica, non si accompagnano a effetti significativi sul quadro lipidico. Sulla base di una rassegna dei dati di 22 studi randomizzati controllati il Panel formula la raccomandazione seguente:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.1.2.**
Nei soggetti Sovrappeso e con Obesità con dislipemia si raccomanda una perdita di peso per ridurre i livelli elevati di colesterolo totale, colesterolo-LDL e trigliceridi e per aumentare i livelli bassi di colesterolo-HDL
l **Categoria di evidenza A**

---

3. Glicemia

Per valutare gli effetti della perdita di peso sulla glicemia e sulla insulinemia a digiuno sono stati presi in esame dal Panel 49 articoli che riportano studi randomizzati controllati. Sono stati accettati per queste linee guida 17 articoli, 9 imperniati sugli effetti prodotti da cambiamento dello stile di vita e 8 sui risultati ottenuti con terapia farmacologica sulla perdita di peso e sui livelli glicemici. Dai 9 articoli sullo stile di vita si ricava che esistono consistenti prove sul fatto che la perdita di peso determinata da cambiamento dello stile di vita in soggetti Sovrappeso e con Obesità non diabetici si accompagna a riduzione della glicemia.

Perdere peso determina, inoltre, una riduzione della glicemia e della HbA1c in alcuni soggetti con Diabete di tipo 2. Esistono dimostrazioni suggestive del fatto che una riduzione del grasso addominale migliora la tolleranza al glucosio in soggetti Sovrappeso con ridotta tolleranza al glucosio (questo evento non appare indipendente dalla perdita di peso).

Esistono prove limitate del fatto che un miglioramento dell'efficienza cardio-respiratoria produce effetti favorevoli sulla tolleranza al glucosio in soggetti Sovrappeso con ridotta tolleranza al glucosio o Diabete di tipo 2 (questo evento non appare indipendente dalla perdita di peso). Dal riesame degli 8 lavori sui farmaci risulta, infine, che esistono suggestive prove sul fatto che, in soggetti Sovrappeso con e senza Diabete di tipo 2, la perdita di peso determinata da farmaci non induce miglioramento della glicemia superiore a quello correlato alla perdite di peso conseguita con interventi sullo stile di vita. Sulla base di una revisione completa dei dati di 17 studi randomizzati controllati il Panel formula la raccomandazione seguente:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.1.3.**

Nei soggetti con Diabete di tipo 2 in Sovrappeso e con Obesità si raccomanda una perdita di peso per ridurre la glicemia

l **Categoria di evidenza A**

II.E.2. Misurazione del grado di Sovrappeso e di Obesità

Sarebbe necessario misurare il BMI e grasso addominale non solo per avere una valutazione iniziale del grado di Sovrappeso e di Obesità, ma anche come guida per l'efficacia della perdita di peso. Il Panel ha stabilito che questo aspetto giustifica ulteriori riflessioni sul tema anche se queste direttive sono giudicate valide. Inoltre, le seguenti quattro raccomandazioni incluse sono basate su studi non randomizzati e su esperienze cliniche.

1. Il BMI per la valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità

Ci sono numerosi metodi accurati per valutare il grasso corporeo totale (es. acqua corporea totale, potassio corporeo totale, impedenziometria e assorbanza a doppio raggio X), ma non esistono dati sperimentali che ci permettono di giudicare se una misura dell'Obesità sia migliore di un'altra nei soggetti in Sovrappeso o con Obesità durante il trattamento. Poiché, inoltre, la misura del grasso corporeo con queste tecniche è spesso costosa e non immediatamente disponibile, l'approccio più pratico per lo studio clinico è la misura del BMI. Studi epidemiologici e osservazionali hanno mostrato che il BMI costituisce una accettabile approssimazione del grasso corporeo per la maggior parte dei soggetti. In mancanza di studi pubblicati che confrontino l'efficacia dei differenti parametri nella valutazione delle variazioni del grasso corporeo durante la perdita di peso, il Panel ha basato le sue raccomandazioni sul giudizio che deriva dall'esperienza clinica.

---

m **Raccomandazione: R.II.E.2.1.**

I medici dovrebbero usare il BMI per valutare il Sovrappeso e l'Obesità. Il solo parametro del peso corporeo può essere usato per seguire la perdita di peso corporeo e per valutare l'efficacia della terapia

l **Categoria di evidenza C**

---

2. Il BMI come strumento per la stima dei possibili rischi

Negli studi epidemiologici il BMI è la misura preferita per definire l'eccesso di peso nella valutazione del rischio relativo di malattia. Il BMI correla sia con la morbosità che con la mortalità, con l'aumento graduale del BMI aumentano, in tutti i gruppi di popolazione, sia i fattori di rischio cardio-vascolare che la loro incidenza. Inoltre calcolare il BMI è semplice, rapido, non costoso, è può essere in linea generale applicato agli adulti. Pertanto il Panel fa queste raccomandazioni:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.2.2.**

Il BMI dovrebbe essere usato per classificare in soggetti in Sovrappeso o con Obesità e per stimare il rischio relativo di

malattia confrontandolo con quello di soggetti normopeso
l Categoria di evidenza C

---

3. Valutazione del grasso addominale

Per quanto riguarda la tecnica più efficace nel valutare la quantità del grasso addominale, il Panel ha considerato la misura della circonferenza addominale, il rapporto vita/fianchi, la RMN e la TAC. Dagli studi epidemiologici appare che la circonferenza addominale è un indicatore del contenuto di grasso addominale migliore del rapporto vita/fianchi ed è anche il paramento antropometrico più pratico per la valutazione della quantità di grasso addominale di un soggetto, prima e dopo la perdita di peso. La TAC e la RMN sono entrambe più accurate, ma non praticabili per un uso clinico di routine. Sulla base dell'evidenza che la circonferenza addominale è un migliore indicatore rispetto al rapporto vita/fianchi e tenendo conto che la RMN e la TAC sono tecniche costose e non immediatamente disponibili nella pratica clinica la commissione ha fatto le seguenti raccomandazioni:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.2.3.**
La circonferenza addominale dovrebbe essere usata per valutare la quantità di grasso addominale
l Categoria di evidenza C

---

4. Parametri relativi al sesso

Dagli studi epidemiologici emerge che una elevata circonferenza addominale è associata ad un incremento del rischio per il Diabete di tipo 2, le Dislipemie, l'Ipertensione, e le Patologie cardio-vascolari. Inoltre il Panel ha stabilito dei limiti relativi a parametri legati al sesso per la circonferenza addominale che possono essere utilizzati per indicare l'incremento di rischio associato al grasso addominale negli adulti con BMI nell'intervallo tra 25 e 35. Questi limiti possono essere applicati a tutti gli adulti di diverse etnie e gruppi razziali. D'altra parte, se un soggetto è molto basso o ha un BMI oltre l'intervallo da 25 a 35, i limiti relativi alla circonferenza addominale usati per la popolazione generale, non possono essere applicati. Basandosi su studi non randomizzati, Il Panel fa le seguenti raccomandazioni:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.2.4.**
Per soggetti adulti con BMI da 25 a 35 kg/m^2, i limiti della circonferenza addominale, specifici per il sesso, dovrebbero essere usati unitamente al BMI per identificare l'incremento del rischio di malattia
l Categoria di evidenza C

II.E.3. Obiettivi della perdita di peso

Gli obiettivi della perdita di peso e del suo mantenimento sono quelli di ridurre il peso del corpo, di mantenere un più basso peso corporeo a lungo termine e di prevenire un ulteriore incremento di peso. Ci sono evidenze che indicano che una moderata perdita di peso può essere mantenuta nel tempo se la terapia viene continuata. Sarebbe preferibile mantenere una moderata perdita di peso per un prolungato periodo, piuttosto

che riprendere peso dopo una perdita di peso anche più consistente.

1. Obiettivo iniziale della perdita di peso a partire dal peso attuale

Esiste una forte e consistente evidenza che i soggetti con Obesità o Sovrappeso possano raggiungere una perdita di peso pari al 10%. Pertanto il Panel raccomanda che:

---

m **Raccomandazione: II.E.3.1.**

L'obiettivo iniziale della perdita di peso dovrebbe essere quello di ridurre il peso corporeo intorno al 10% del peso iniziale. Una ulteriore perdita di peso può essere tentata se indicata da ulteriori valutazioni (vedi Goal ,)

l **Categoria di evidenza A**

---

2. Quantità della perdita di peso

Studi randomizzati suggeriscono che la perdita di peso di 450-900 g alla settimana (deficit calorico di 500-1000 kcal/die) si verifica comunemente nell'arco di più di sei mesi.

---

m **Raccomandazione: R.II.E.3.2.**

La perdita del peso dovrebbe essere intorno a 450-900 g alla settimana per un periodo di sei mesi, con una strategia successiva per una ulteriore perdita di peso

l **Categoria di evidenza B**

II.E.4. Come ottenere la perdita di peso

Il Panel ha riesaminato alcune importanti strategie di trattamento progettate per il decremento ponderale che possono essere usate anche per favorire il controllo del peso a lungo termine e la prevenzione del recupero del peso. Le raccomandazioni che ne sono derivate enfatizzano la potenziale efficacia nel controllo ponderale usando interventi e strategie multipli che includono la terapia dietetica, l'attività fisica, la terapia comportamentale, la terapia farmacologica, la terapia chirurgica e tutte le combinazioni di queste strategie.

1. Terapia dietetica

Il Panel ha riesaminato 86 RCTs al fine di conoscere l'efficacia della dieta nella perdita di peso (diete ipocaloriche, diete fortemente ipocaloriche, diete vegetariane, linee guida dietetiche dell'American Heart Association ed altri regimi a basso contenuto lipidico con svariate combinazioni di macronutrienti). Su 86 articoli riesaminati, 48 sono stati accettati in modo tale da essere inclusi in queste linee guida. I RCTs selezionati forniscono un'evidenza consistente sul fatto che la perdita media di peso del 8% può essere ottenuta in 3-12 mesi e che questa perdita di peso determina una diminuzione del grasso addominale.

Gli studi indicano inoltre che la dieta ipolipidica e ipocalorica determina una maggiore perdita di peso della dieta esclusivamente ipolipidica. Inoltre, le diete fortemente ipocaloriche determinano inizialmente una perdita di peso maggiore delle

diete ipocaloriche mentre a lungo termine la perdita di peso non è diversa da quella ottenuta con diete ipocaloriche. In aggiunta gli studi dimostrano che negli adulti che perdono peso solo seguendo una dieta ipocalorica senza attività fisica, non si osserva alcun miglioramento della fitness cardio-respiratoria. Le raccomandazioni che seguono si basano sulle prove derivate dai 48 articoli che sono stati accettati:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.4.1.a.**

Si raccomandano le diete ipocaloriche per la perdita di peso in soggetti in Sovrappeso o con Obesità

l **Categoria di evidenza A**

La riduzione dei grassi è un modo pratico per ridurre le calorie.

l **Categoria di evidenza A**

---

m **Raccomandazione: R.II.E.4.1.b.**

La riduzione dei grassi senza la riduzione delle calorie non è sufficiente per la perdita di peso. Tuttavia la riduzione dei grassi, insieme alla riduzione dei carboidrati, può facilitare la riduzione delle calorie

l **Categoria di evidenza A**

---

m **Raccomandazione: R.II.E.4.1.c.**

La dieta studiata per creare un deficit di 500-1000 kcal/die dovrebbe essere parte integrante di qualsiasi programma che si ponga lo scopo di raggiungere una perdita di peso di 0.5-1 kg per settimana

l **Categoria di evidenza A**

---

2. Attività fisica

a. Effetti dell'attività fisica sulla perdita di peso. Ventitré studi RCTs sono stati riesaminati per determinare l'effetto dell'attività fisica sulla perdita di peso, sul grasso addominale (misurato attraverso la circonferenza addominale), e sui cambiamenti della fitness cardio-respiratoria (V_{O2} max). Tredici di questi articoli sono stati accettati per essere inclusi in queste linee guida. Una revisione di questi articoli rivela una consistente evidenza che l'attività fisica da sola negli adulti con Obesità determina una perdita di peso modesta e che l'attività fisica negli adulti Sovrappeso e con Obesità aumenta la fitness cardio-respiratoria indipendentemente dalla perdita di peso. I trial randomizzati suggeriscono che l'aumento dell'attività fisica in adulti Sovrappeso o con Obesità determina una riduzione del grasso addominale solo modesta o addirittura nulla e che una regolare attività fisica riduce di per sé il rischio di malattie cardio-vascolare (vedi Piramide 2). Le raccomandazioni del Panel per quanto riguarda l'attività fisica sono basate sull'evidenza derivata da questi 13 articoli:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.4.2.a.**

L'attività fisica viene raccomandata come parte di una terapia integrata per la perdita di peso perché:

1. Contribuisce modestamente alla perdita di peso in adulti

Sovrappeso e con Obesità

- **Categoria di evidenza A**
  2. Può fare diminuire il grasso addominale
- **Categoria di evidenza B**
  3. Fa aumentare la fitness cardio-respiratoria
- **Categoria di evidenza A**
  4. Può aiutare il mantenimento della perdita di peso
- **Categoria di evidenza C**

- **Raccomandazione: R.II.E.4.2.b.**

L'attività fisica dovrebbe essere una parte integrante della terapia per la perdita ed il mantenimento del peso. Inizialmente, si dovrebbero incoraggiare livelli moderati di attività fisica dai 30 ai 45 minuti per 3 - 5 volte alla settimana

Tutti gli adulti dovrebbero porsi degli obiettivi a lungo termine per riuscire ad aumentare almeno 30 minuti o più l'attività fisica di moderata intensità e, preferibilmente, tutti i giorni della settimana

- **Categoria di evidenza C**

---

b. Effetti dell'attività fisica e della dieta sulla perdita di peso (Terapia combinata). Ventitré articoli RCTs sono stati rivisti, per determinare gli effetti sul peso corporeo della combinazione di una dieta ipocalorica con l'aumento dell'attività fisica. Quindici di questi articoli sono stati accettati per essere inclusi in queste linee guida. Questi articoli contengono una consistente evidenza che la combinazione della dieta ipocalorica con l'attività fisica produce una maggiore perdita di peso della dieta o dell'attività fisica da sole. Inoltre la combinazione della dieta e dell'attività fisica migliora la fitness cardio-respiratoria quando si confrontano i risultati ottenuti con la sola dieta. L'effetto combinato della dieta ipocalorica e dell'attività fisica sembra produrre una riduzione nel grasso addominale leggermente maggiore della dieta o dell'attività fisica da sole, sebbene tale fatto non sia dimostrato essere indipendente dalla perdita di peso. Le raccomandazioni del Panel che seguono si basano sull'evidenza derivata da questi articoli:

- **Raccomandazione: R.II.E.4.2.c.**

Si raccomanda la combinazione di una dieta ipocalorica e di un aumento dell'attività fisica perché si determina una perdita di peso che può anche ridurre il grasso addominale e un aumento della fitness cardio-respiratoria

- **Categoria di evidenza A**

---

3. Terapia comportamentale (vedi App. IV.9 e Piramide 3 e 8)

Trentasei articoli RCTs sono stati rivisti sia per valutare se la terapia comportamentale fornisce benefici aggiuntivi rispetto ad altri approcci per la perdita del peso sia per paragonare diverse tecniche comportamentali. Dei 36 articoli RCTs analizzati, 22 sono stati accettati. Gli studi RCTs indicano in modo consistente che le

strategie comportamentali per rafforzare i cambiamenti nella dieta e nell'attività fisica negli adulti con Obesità, determinano una perdita di peso dell'ordine del 10% nell'arco di tempo da 4 mesi a 1 anno.

Inoltre, non sono state dimostrate differenze tra le diverse tecniche di terapia comportamentale in relazione agli effetti sulla perdita di peso. Le strategie multimodali sembrano essere migliori e gli interventi di maggiore impegno sembrano essere associati ad una maggiore perdita di peso. Il follow-up a lungo termine, in assenza di un intervento comportamentale continuo, dimostra il ritorno al peso iniziale nella maggior parte dei soggetti. Trial randomizzati suggeriscono che la terapia comportamentale, se usata in combinazione con altro approccio, fornisce benefici aggiuntivi a breve termine (non sono stati osservati benefici aggiuntivi da 3 a 5 anni). Il Panel ha rilevato scarse evidenze in relazione all'effetto della terapia comportamentale sulla fitness cardio-respiratoria. L'evidenza di questi studi ha fornito le basi per le seguenti raccomandazioni:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.4.3.a.**

La terapia comportamentale è una aggiunta molto utile se incorporata nel trattamento per la perdita e il mantenimento del peso

l **Categoria di evidenza B**

Ci sono anche evidenze suggestive che la motivazione del soggetto sia una componente chiave per il successo di un programma per la perdita di peso. Il Panel, pertanto, fa le seguenti raccomandazioni:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.4.3.b.**

I medici devono verificare la motivazione del soggetto per la perdita di peso. Essi devono verificare se il soggetto è pronto ad implementare il programma e poi eseguire i passi appropriati per motivare il soggetto al trattamento

l **Categoria di evidenza D**

---

4. Riassunto della Terapia basata sullo stile di vita

Esiste una forte evidenza a sostegno del fatto che la combinazione della dieta ipocalorica, l'incremento dell'attività fisica e la terapia comportamentale costituisce la terapia di maggiore successo per la perdita ed il mantenimento del peso corporeo. Il Panel fa questa raccomandazione:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.4.4.**

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

l **Categoria di evidenza A**

---

5. Terapia farmacologica

Una rassegna di 44 studi RCTs sulla terapia farmacologica fornisce una forte evidenza che la terapia farmacologica (insieme a modificazioni dello stile di vita che includono la dieta e l'attività fisica) che utilizza destrofenfluramina, sibutramina, orlistat o fentermina/fenfluramina, quando somministrata per mesi 6-12 induce una perdita di peso corporeo in soggetti adulti con Obesità. In aggiunta, una consistente evidenza indica che farmaci appropriati per indurre la perdita di peso possono potenziare gli effetti della dieta, dell'attività fisica e della terapia comportamentale nella riduzione del peso corporeo.

Sono stati osservati nei soggetti effetti avversi dei farmaci che inducono perdita di peso. In relazione all'osservazione di lesioni valvolari in associazione a terapia con fenfluramina e destrofenfluramina, separatamente o in combinazione alla fentermina, fenfluramina e destrofenfluramina sono state ritirate dal mercato. I farmaci per la perdita di peso approvati dalla Food and Drug Administration per il trattamento a lungo termine possono essere utili se somministrati in aggiunta alla dieta ed all'attività fisica in soggetti con BMI ≧30 senza fattori di rischio o malattie correlate all'Obesità, come pure in soggetti con BMI ≥27 con fattori di rischio o malattie correlate all'Obesità. L'uso dei singoli farmaci e non la loro associazione in dosi efficaci più basse può ridurre la probabilità di effetti avversi (vedi Piramide 4). Basandosi su queste evidenze, il Panel fa questa raccomandazione:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.4.5.**

I farmaci per la perdita di peso approvati dalla FDA (in Italia dal Ministero della Sanità) possono essere usati nell'ambito di un programma integrato, che includa la terapia dietetica e l'attività fisica in soggetti con BMI ≥30 senza fattori di rischio o malattie correlate all'Obesità, e in soggetti con BMI ≥27 e fattori di rischio o malattie correlate all'Obesità. I farmaci per la perdita di peso non dovrebbero essere mai usati senza una contemporanea modificazione dello stile di vita

La valutazione continua della sicurezza e della efficacia della terapia farmacologica è necessaria. Se il farmaco si rivela efficace nell'aiutare il soggetto a perdere e/o a mantenere la perdita di peso e se non si manifestano effetti avversi, il suo uso può essere continuato. Diversamente, il suo uso dovrebbe essere sospeso

l **Categoria di evidenza B**

---

6. Terapia chirurgica

Il Panel ha passato in rassegna 14 RCTs che esaminano l'effetto di trattamenti chirurgici sulla perdita di peso; 8 sono stati giudicati appropriati. Questi studi sono stati condotti su soggetti con BMI ≥40 kg/m^2 o oltre, o con BMI da 35 a 40 kg/m^2 associato a comorbosità. Questi studi forniscono una forte evidenza che gli interventi chirurgici in soggetti adulti con Obesità morbigena (BMI >40) o con BMI >35 e patologie concomitanti, determinano una sostanziale perdita di peso e suggeriscono che è necessaria una sorveglianza medica per tutta la durata della vita del soggetto. Perciò, il Panel fa questa raccomandazione (vedi anche App. IV.14.):

---

m **Raccomandazione: R.II.E.4.6.**

La chirurgia per la perdita di peso è una possibile strategia d'intervento per soggetti attentamente selezionati con Obesità morbigena (BMI >40) o con BMI >35 e patologie concomitanti quando i metodi meno invasivi si sono rivelati inefficaci

l **Categoria di evidenza B**

II.E.5. Obiettivi del mantenimento della perdita di peso

Una volta che gli obiettivi della perdita di peso sono stati raggiunti con successo, il mantenimento del peso diventa la nuova sfida. Mentre perdere peso è relativamente semplice, mantenere a lungo termine (3-5 anni) il peso perduto si rivela molto difficile. Infatti, la maggior parte dei soggetti che perdono peso, una volta sospeso il trattamento, frequentemente lo recuperano. Pertanto la sfida per il soggetto e il medico è mantenere la perdita di peso. Occorre mettere in pratica un programma per il mantenimento del peso a lungo termine. Nel passato, il raggiungimento della perdita di peso veniva considerato l'obiettivo della terapia. Il controllo e l'incoraggiamento dei soggetti che hanno perduto peso dovrebbe essere invece continuato a lungo termine. Le raccomandazioni del Panel sul mantenimento della perdita di peso derivano dall'evidenza fornita da RCTs, come pure da studi osservazionali e non randomizzati (vedi Goal ¸).

1. Fase di mantenimento del peso

Gli studi RCTs relativi alla terapia comportamentale sopra menzionati suggeriscono che la perdita di peso è generalmente seguita da una ripresa del peso perduto, a meno che non sia istituito indefinitamente un programma di mantenimento. Anche la terapia farmacologica può essere utile nella fase di mantenimento del peso. Il Panel ha anche rivisto l'evidenza da RCTs sulla perdita del peso e sul ruolo del mantenimento del peso. Questi studi suggeriscono che, dopo 6 mesi di trattamento per la riduzione del peso corporeo, il tentativo di mantenere la perdita di peso diventa importante. Perciò, il Panel fa le seguenti raccomandazioni:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.5.1.a.**

Una volta ottenuta la perdita di peso, la probabilità di mantenere il peso perduto è aumentata se il programma integrato di terapia dietetica, attività fisica e terapia comportamentale è seguito indefinitamente. Anche la terapia farmacologica può essere utilizzata. Comunque, la sicurezza e l'efficacia dei farmaci per oltre un anno di trattamento non sono state stabilite

l **Categoria di evidenza B**

---

m **Raccomandazione: R.II.E.5.1.b.**

L'istituzione di un programma di mantenimento dovrebbe costituire una priorità dopo 6 mesi di trattamento

l **Categoria di evidenza B**

Una forte evidenza indica che risultati migliori, in termini di perdita di peso, vengono raggiunti con la terapia dietetica quando la durata dell'intervento è almeno di 6

mesi. L'evidenza suggerisce anche che durante la terapia dietetica i contatti frequenti promuovono la riduzione del peso corporeo ed il suo mantenimento. Perciò il Panel fa questa raccomandazione:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.5.1.c.**

La letteratura suggerisce che le terapie per la perdita ed il mantenimento del peso che assicurino una maggiore frequenza di contatti professionali e che si protraggano a lungo termine, dovrebbero essere tenute in considerazione il più possibile. Ciò può aumentare la probabilità di successo della perdita e del mantenimento del peso

l **Categoria di evidenza C**

II.E.6. Gruppi speciali di trattamento

Quando si affrontano trattamenti per il Sovrappeso e l'Obesità è necessario prendere in considerazione gruppi speciali di soggetti. Le linee guida si riferiscono a tre gruppi particolari: i fumatori, gli adulti anziani e le diverse popolazioni di soggetti.

1. Fumatori

Il fumo è uno dei più importanti fattori di rischio per patologia cardio-polmonare. Proprio a causa dell'alto rischio, la sospensione del fumo costituisce un obiettivo primario nel trattamento dei fattori di rischio cardio-vascolare. Questo provvedimento è particolarmente rilevante nei soggetti in Sovrappeso o con Obesità, che solitamente presentano più numerosi fattori di rischio associati. Pertanto, la sospensione del fumo assume una evidente priorità nella strategia volta a ridurre i fattori di rischio. Fumo e Obesità insieme accentuano il rischio di patologia cardio-vascolare, ma il timore di un aumento del peso a seguito della sospensione del fumo costituisce un ostacolo. Il Panel raccomanda quindi che:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.6.1.**

Tutti i fumatori, indipendentemente dal loro peso, dovrebbero rapidamente sospendere il fumo

l **Categoria di evidenza A**

Dovrebbe essere favorita la prevenzione dell'aumento del peso, e qualora questo si verifichi, dovrebbe essere attivata terapia dietetica, attività fisica e terapia comportamentale, considerando sempre molto elevata l'importanza assegnata all'astensione dal fumo

l **Categoria di evidenza C**

---

2. Adulti anziani

La sicurezza generale di un regime di riduzione del peso in età avanzata rappresenta un problema nutrizionale in quanto le restrizioni dietetiche potrebbero determinare un introito inadeguato di proteine o di vitamine e minerali essenziali. Inoltre, una perdita di peso spontanea secondaria ad una malattia subclinica potrebbe essere erroneamente

scambiata per un successo della terapia dietetica. Questi inconvenienti possono essere ovviati fornendo un apporto nutrizionale appropriato e controllando sistematicamente le variazioni di peso negli anziani cui viene prescritto un trattamento atto a ridurre il peso.

La verifica di numerosi studi indica che l'età di per sé non rappresenta un criterio di preclusione al trattamento dell'Obesità in soggetti anziani. Dagli studi RCTs emergono prove che la riduzione del peso può ottenere vantaggi del tutto simili in relazione ai fattori di rischio di patologia cardio-vascolare sia negli adulti anziani che in quelli giovani (vedi App. IV.6). Pertanto a giudizio del Panel:

---

m **Raccomandazione: R.II.E.6.2.**

La decisione clinica di rinunciare a trattare l'Obesità in adulti anziani dovrebbe essere guidata dalla valutazione dei benefici potenziali relativi alla riduzione del peso, sulla base delle prestazioni funzionali giorno-per-giorno e della riduzione del rischio di eventi cardio-vascolari. Occorre inoltre assicurarsi che sia minimo il rischio di eventi avversi sulle strutture ossee o su altri parametri dello stato nutrizionale

l **Categoria di evidenza D**

---

3. Popolazioni diverse

I programmi standard per il trattamento dell'Obesità dovrebbero essere adattati alle necessità di ogni singolo soggetto o gruppi di soggetti. È tuttavia difficile, dall'esame della letteratura, stabilire quanto questo principio venga rispettato, se un programma terapeutico specifico e il successivo follow-up siano influenzati dalla personalizzazione del programma stesso e se tutto ciò lo renda più efficace. Dopo avere analizzato 2 studi clinici controllati, 4 studi trasversali e 4 studi osservazionali, nonché altra letteratura relativa a trattamenti in popolazioni diverse, il Panel raccomanda quanto segue:

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.II.E.6.3.**

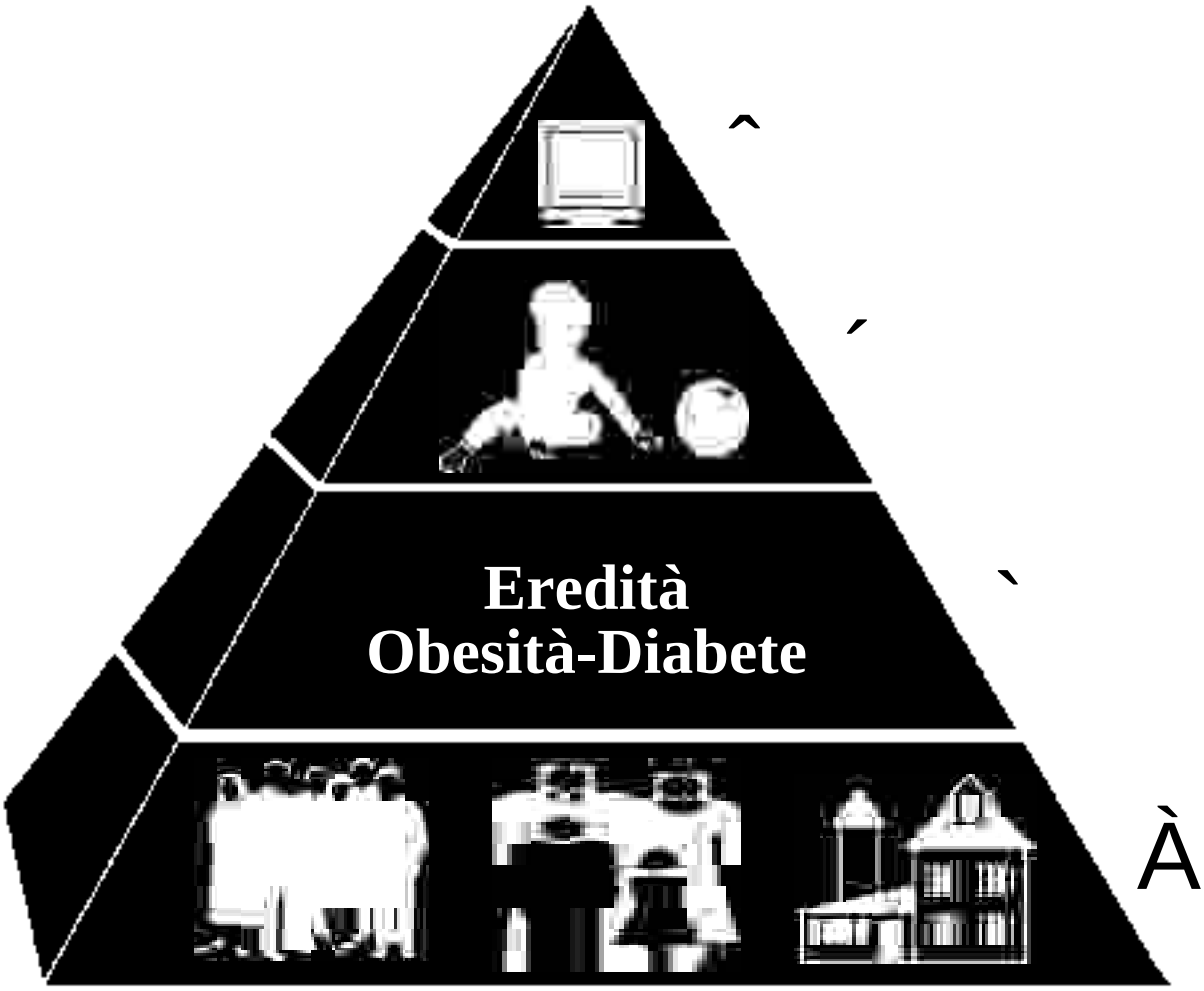
Occorre prendere in considerazione la possibilità che un programma standard di perdita del peso determini effetti diversi in differenti popolazioni di soggetti quando si fa riferimento ai risultati a lungo termine

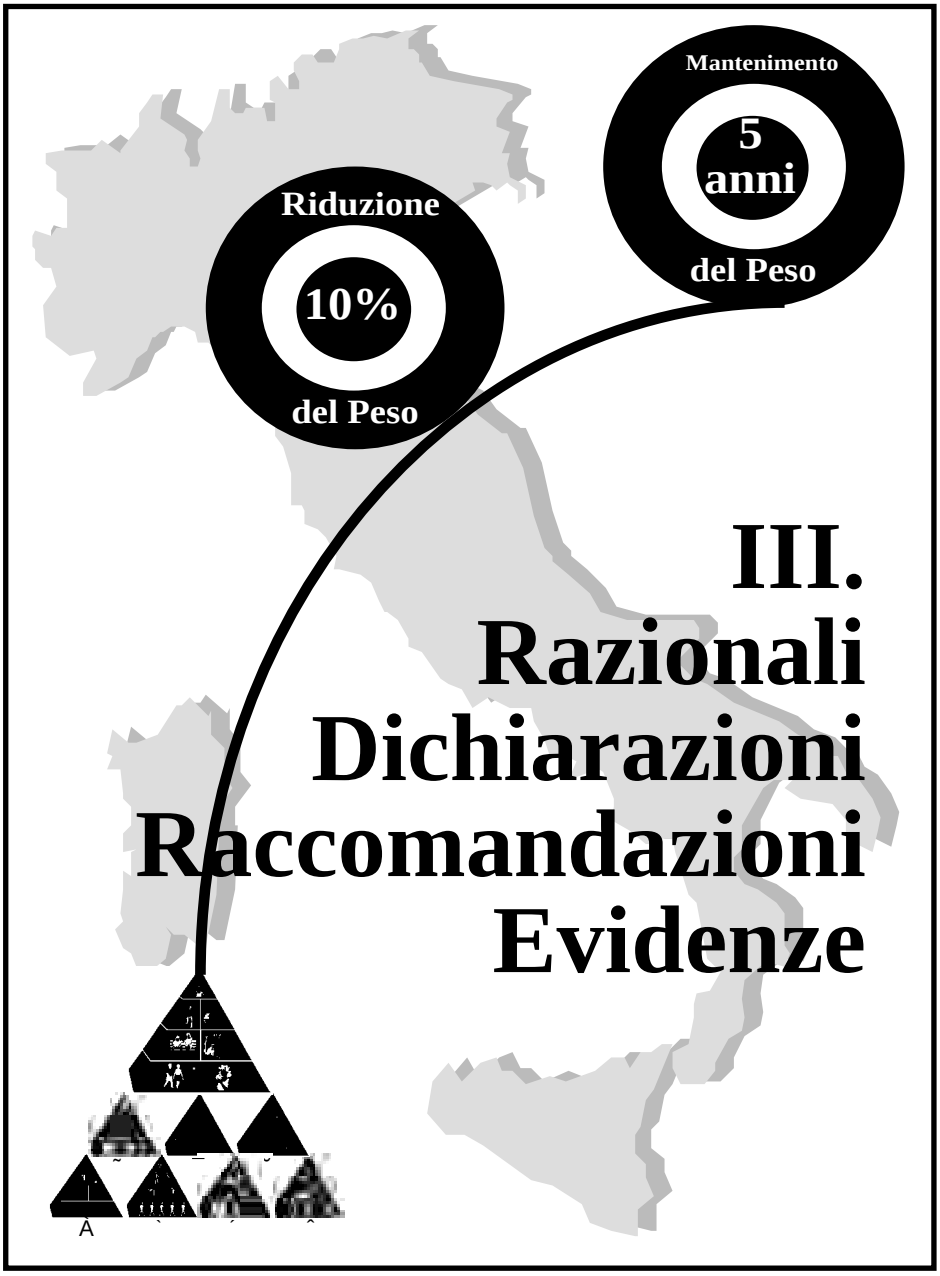
l **Categoria di evidenza B**

J 5° IFT

La Piramide della Prevenzione

4. Psico-Educazione
3. Prevenzione Mirata
2. Prevenzione Selettiva
1. Prevenzione Universale




Mantenimento
5
anni
del Peso
Riduzione
10%
del Peso
III.
Razionali
Dichiarazioni
Raccomandazioni
Evidenze
A

Indice

III.A. Riassunto 31
III.B. Valutazione e classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 31
III.B.1. Valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità 31
III.B.2. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 35
III.C. Valutazione dello stato di rischio 38
III.C.1. Determinazione dello stato di rischio relativo in base ai parametri ... 38
III.C.2. Identificazione di soggetti con rischio assoluto molto alto 38
III.C.3. Identificazione di altre malattie associate all'Obesità 39
Opzioni per la gestione dei fattori di rischio 39
III.C.4. Identificazione di fattori di rischio cardio-vascolare che 40
III.C.5. Altri fattori di rischio 41
III.D. Strategie di valutazione e trattamento 42
Box 1: Incontro con il soggetto con Obesità 42
Box 2: Anamnesi positiva per Sovrappeso con BMI ≥25 42
Box 3: BMI valutato negli ultimi 2 anni 42
Box 4: Misura di peso, altezza, circonferenza addominale: calcolo del BMI 43
Box 5: BMI 25 o circonferenza addominale >88 o >102 cm 43
Box 6: Valutazione dei fattori di rischio 43
Box 7: BMI ≥30 e ≥2 fattori di rischio 43
Box 8: Medico e soggetto: strategie e obiettivi 45
Box 9: Miglioramenti conseguiti/obiettivi raggiunti 45
Box 10: Cause del fallimento del programma di perdita di peso 46
Box 11: Consigli per il mantenimento 46
Box 12: Vuole il soggetto con Obesità perdere il peso? 46
Box 13: Indicazioni al mantenimento del peso e all'individuazione di 46
Box 14: Storia di BMI ≥25 46
Box 15: Incoraggiamento 46
Box 16: Misurazione periodica del peso, del BMI e della circ. addominale 47
III.E. Esclusione della terapia mirata alla perdita di peso 47
III.F. Motivazione dei soggetti con Obesità 47
III.G. Obiettivi della perdita di peso e del trattamento 48
III.G.1. Perdita di peso 49
III.G.2. Mantenimento del peso al livello più basso 50
III.G.3. Prevenzione di ulteriore aumento di peso 52
III.H. Strategie per perdere peso e per mantenere il peso 52
III.H.1. Terapia dietetica 52
III.H.2. Attività fisica 56
III.H.3. Terapia comportamentale 61
III.H.4. Terapia combinata 63
III.H.5. Terapia farmacologica 63
III.H.6. Terapia chirurgica 67
Commento I.: Adattare i programmi per la perdita di peso alle necessità ..70
Commento II.: La perdita di peso dopo i 65 anni. Quali problemi? 71
III.I. Sospensione del fumo in soggetti in Sovrappeso o con Obesità 73
III.L. Ruolo degli operatori sanitari 75

Razionali, Dichiarazioni, Raccomandazioni, Evidenze

III.A Riassunto

La presenza di Sovrappeso o Obesità in un soggetto rappresenta un problema medico poiché determina un incremento del rischio per numerose patologie, in particolare modo per patologia cardio-vascolare e per Diabete di tipo 2 oltre che aumento in generale della mortalità. Il trattamento del soggetto in Sovrappeso e con Obesità deve prevedere due fasi: una prima fase di valutazione ed una seconda di trattamento vero e proprio. Nella fase di valutazione è indispensabile determinare il grado di Obesità e la condizione di rischio assoluto. La fase di trattamento vera e propria comprende sia il controllo del peso sia una riduzione di eccessivi valori ponderali nonché il mantenimento della perdita di peso e l'istituzione di ulteriori misure allo scopo di controllare i fattori di rischio associati.

Lo scopo di queste linee guida è di fornire indicazioni utili per ottenere la perdita di peso e per il mantenimento della perdita di peso. L'Obesità è una patologia cronica ed è di fondamentale importanza che sia il soggetto che il medico comprendano che un trattamento efficace dura per tutta la vita.

In questa sezione sarà riportato il razionale che permette di sostenere le Raccomandazioni (m) o le Dichiarazioni (p) di cui è fornita la categoria di evidenza secondo i criteri della • **Tab. 6**. (l)

III.B Valutazione e Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità

III.B.1. Valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità

1. Determinazione del grasso corporeo totale

Si definisce Sovrappeso un BMI compreso tra 25 e 29.9 kg/m^2. L'Obesità è definita come un eccesso di grasso corporeo totale, documentato da valori di BMI ≥30 kg/m^2. Svariate metodiche sono a disposizione per determinare o misurare la massa grassa: acqua corporea totale, potassio corporeo totale, impedenziometria bioelettrica e l'assorbanza a doppio raggio X.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.B.1.1.a.**
Le misurazioni del grasso corporeo forniscono valori fondamentalmente confrontabili utili per il follow-up di soggetto in Sovrappeso o con Obesità durante il trattamento
l **Categoria di evidenza D**

Razionale

Sebbene esistano metodiche molto accurate per la determinazione del grasso corporeo totale, la misurazione della massa grassa mediante tali tecniche risulta molto spesso costosa e non facilmente disponibile nella pratica clinica. Anche se l'impedenziometria è sempre più largamente disponibile, questa metodica perde in accuratezza nei soggetti con Obesità morbigena e risulta inoltre di limitata utilità per valutare le modificazioni della massa grassa totale durante la perdita di peso. L'impedenziometria quindi non offre alcun significativo vantaggio rispetto al BMI nella gestione dei soggetti. Non esistono dati da alcun trial che indichino una metodica di misurazione del grasso corporeo superiore ad un'altra nel follow-up dei soggetti durante il trattamento. Non esistono in letteratura studi che confrontino l'efficacia delle differenti metodiche nella valutazione delle variazioni della massa grassa durante la perdita di peso. Il BMI rappresenta un metodo di misurazione del grasso totale più accurato rispetto al peso corporeo considerato da solo.

Il BMI presenta inoltre un vantaggio rispetto al peso ideale basato ad esempio sulle Metropolitan Life Insurance Tables. Queste tabelle sono state create all'inizio per una popolazione di razza bianca, di elevata condizione socioeconomica, e non sono state redatte per rispecchiare accuratamente il grasso corporeo nella popolazione generale. È inoltre necessario consultare tabelle differenti per uomini e donne. Le tabelle sono anche basate sui dati di mortalità e non consentono necessariamente di prevedere la morbosità. Il BMI invece viene individuato come metodo pratico e accettabile nella valutazione clinica e, sia pure con qualche approssimazione, nella valutazione del grasso corporeo totale. In ogni caso, la semplice misurazione del peso corporeo costituisce un approccio pratico nel follow-up della perdita di peso.

Raccomandazione: R.III.B.1.1.b.

I medici dovrebbero utilizzare il BMI per la diagnosi di Sovrappeso e Obesità. Il peso corporeo può essere utilmente impiegato per monitorizzare la perdita di peso e per determinare l'efficacia della terapia

Categoria di evidenza C

Razionale

Il Panel si è concentrato su metodiche facilmente utilizzabili nell'ambulatorio del medico, come ad esempio la misurazione del peso e dell'altezza per il calcolo del BMI. Il BMI rappresenta un indicatore pratico del grado di Obesità e la sua determinazione si basa direttamente sui valori di altezza e peso, indipendentemente dalla razza. Bisogna tuttavia riconoscere il limite del BMI quale misura del grasso corporeo totale. Ad esempio il BMI tende a sovrastimare il grasso corporeo totale in soggetti con massa muscolare molto rappresentata, mentre tende a sottostimare la quantità del grasso corporeo in soggetti che hanno subito una perdita di massa muscolare (ad esempio nel soggetto anziano).

Calcolo del BMI: kg/ m^2. È possibile usare un nomogramma (vedi App. IV.10). Ciascun soggetto deve essere misurato e pesato senza scarpe e solo con la propria biancheria o indumenti leggeri.

2. Determinazione del grado di Obesità addominale

La presenza di un eccesso di grasso nella regione addominale rappresenta un fattore

predittivo indipendente del rischio di morbosità e mortalità. Misurazioni relativamente accurate della quantità totale di grasso addominale si possono ottenere con l'utilizzo di RMN o TAC. Queste metodiche, tuttavia, sono costose e non facilmente disponibili nella pratica clinica. Studi sperimentali che si sono avvalsi di tali metodiche hanno tuttavia dimostrato che la circonferenza addominale è correlata alla quantità di grasso addominale e quindi rappresenta un indicatore del grado di Obesità viscerale. In questa sede si parla di circonferenza addominale anziché di rapporto circonferenza vita/fianchi poiché essa risulta più accurata in quanto indica il sito anatomico in cui viene effettuata la misurazione.

---

p Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.B.1.2.a.

La circonferenza addominale è la misura antropometrica più pratica per la valutazione della quantità di grasso viscerale prima e durante il trattamento per ottenere un decremento ponderale. TAC e RMN sono metodiche più accurate ma non sono proponibili nella pratica clinica quotidiana

l Categoria di evidenza C

Razionale

Il tessuto adiposo localizzato nella regione addominale è associato ad un più elevato rischio per la salute di quello localizzato in regioni periferiche, come ad esempio l'area gluteo-femorale. Il grasso addominale si distribuisce in tre compartimenti: viscerale, retroperitoneale, e sottocutaneo. Numerosi studi suggeriscono che il grasso viscerale rappresenti tra i diversi compartimenti del grasso addominale quello maggiormente correlato con i fattori di rischio. Altri studi, tuttavia, indicano che la componente sottocutanea è quella più strettamente correlata all'insulino-resistenza. La presenza di elevati valori di grasso addominale sembra rappresentare un fattore di rischio indipendente anche quando il BMI non è molto aumentato. Peraltro, il contributo relativo delle diverse componenti del grasso addominale nel determinare il rischio rimane ancora da determinare con certezza. Quindi, la circonferenza addominale, così come il BMI, dovrebbero essere misurati non solo nella fase della diagnosi dell'Obesità, ma dovrebbero rappresentare un parametro fondamentale nella valutazione dell'efficacia del trattamento.

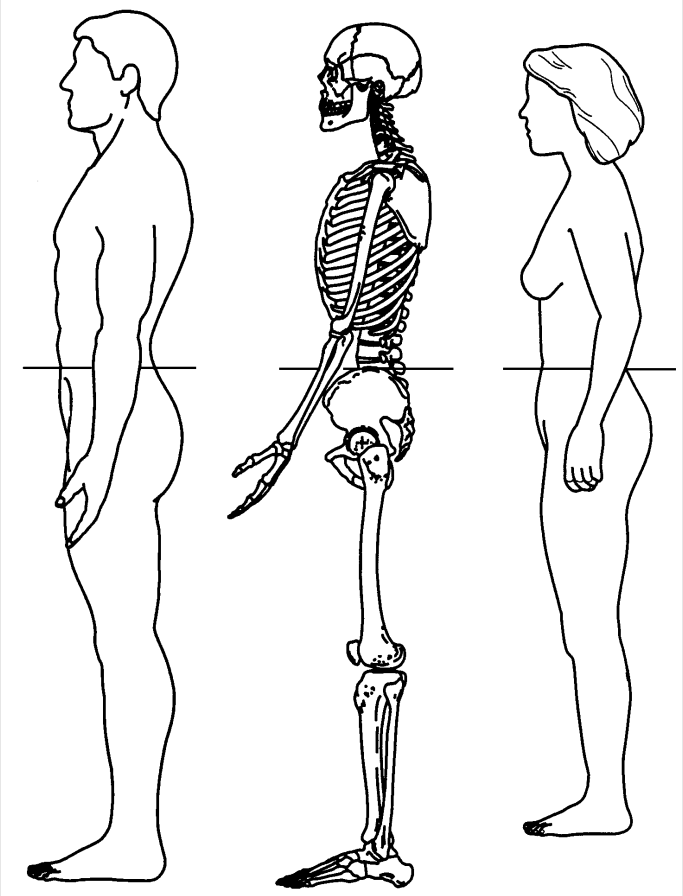
Istruzioni per la misurazione della circonferenza addominale (secondo il protocollo delle NHANES III)

Per individuare il livello in corrispondenza del quale va misurata la circonferenza addominale, per prima cosa viene fissato e segnato un punto di repere osseo. Con il soggetto in piedi e l'esaminatore alla sua destra, si individua la porzione prossimale del femore per localizzare la cresta iliaca di destra. Appena al di sopra della porzione superiore del bordo laterale della cresta iliaca di destra viene tracciato un segno orizzontale che poi viene incrociato con un tratto verticale corrispondente alla linea ascellare media. Il nastro per la misurazione viene posizionato in corrispondenza di un piano orizzontale tutto intorno all'addome al livello del punto individuato e segnato sulla parte destra del tronco. Il piano su cui giace il nastro è parallelo al pavimento ed il nastro viene posizionato senza comprimere l'addome. La misurazione viene effettuata ad

una respirazione minima normale (u **Fig. 2**: posizione del nastro misuratore per la valutazione della circonferenza addominale).

Il rapporto vita/fianchi è stato inoltre impiegato in numerosi studi epidemiologici per dimostrare l'aumento del rischio di Diabete di tipo 2, di patologia cardio-vascolare e di ipertensione. Tuttavia, la circonferenza addominale è risultata essere un indice migliore della quantità di grasso addominale rispetto al rapporto vita/fianchi. Non è certo se il rapporto vita/fianchi fornisca qualche indicazione indipendente riguardo al rischio di malattia rispetto alla circonferenza addominale, ma tra i due, la circonferenza addominale sembra possedere un migliore significato prognostico. Concludendo, nella pratica clinica la quantità di grasso localizzato in regione addominale dovrebbe essere valutata e monitorizzata misurando la circonferenza addominale.

u **Fig. 2. Posizione del nastro per la misurazione della circonferenza addominale**



---

m **Raccomandazione: R.III.B.1.2.b.**
La circonferenza addominale dovrebbe essere impiegata per valutare il grasso addominale
l **Categoria di evidenza C**

III.B.2. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità

1. In relazione al BMI

La principale classificazione dell'Obesità si basa sulla valutazione del BMI. Questa classificazione è stata sviluppata allo scopo di correlare il BMI al rischio di malattia. Va peraltro segnalato che la relazione tra BMI e morbosità presenta variazioni interindividuali e tra popolazioni diverse. Perciò, la classificazione va considerata comunque come una generalizzazione. Soggetti con elevati valori di massa muscolare potrebbero avere un BMI che li colloca nella categoria dei soggetti in Sovrappeso anche se non lo sono. Soggetti con stature molto bassa (al di sotto di 150 cm) possono presentare elevati valori di BMI mentre, evidentemente, non sono in Sovrappeso. Inoltre, la suscettibilità ai fattori di rischio a parità di peso varia individualmente. Alcuni soggetti possono presentare più fattori di rischio con grado di Obesità moderato, mentre altri possono avere pochi fattori di rischio associati a grado severo di Obesità. Bisogna inoltre sottolineare che ogni livello di rischio raggiunto è sempre relativo rispetto al rischio di un soggetto normopeso. Il rischio relativo non deve essere confuso con quello assoluto che è determinato dalla somma dei fattori di rischio.

Non esistono trial randomizzati controllati che avvalorino uno specifico sistema di classificazione che stabilisca il grado di rischio di malattia per un singolo soggetto durante la perdita di peso o durante la fase di mantenimento. La classificazione si basa su studi epidemiologici osservazionali e prospettici.

---

m **Raccomandazione: R.III.B.2.1.a.**

Il BMI* dovrebbe essere utilizzato per classificare soggetti in Sovrappeso o con Obesità e per stimare il rischio relativo di malattia di soggetti Sovrappeso e con Obesità rispetto a quelli normopeso

l **Categoria di evidenza C**

***** Donne gravide che, in relazione al loro peso antecedente la gravidanza, vengono considerate con Obesità possono andare incontro ad un certo rischio ostetrico. Tuttavia è stata riconosciuta come inappropriata la riduzione di peso durante la gravidanza. Perciò, queste linee guida escludono in modo specifico le donne gravide.

Razionale

Sovrappeso e Obesità sono classificati in relazione al BMI (• **Tab. 10**). Calcolare il BMI è semplice, rapido e economico. La classificazione può essere impiegata in generale sui soggetti adulti. Le basi di questa classificazione basata sul BMI derivano da studi epidemiologici ed osservazionali che mettono in relazione BMI e rischio di morbosità e mortalità. Ad esempio, il rischio relativo per patologia cardio-vascolare aumenta in modo graduale con l'aumentare del BMI in tutti i gruppi della popolazione, anche se il rischio assoluto nei soggetti con Obesità, rispetto ai soggetti senza, dipende dalla somma dei contributi di tutti i fattori di rischio.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.B.2.1.b.**

Gli stessi valori di cut-off del BMI (Tab. 10) nella classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità possono essere

utilizzati per uomini adulti e per donne non gravide e generalmente per tutti i gruppi etnici e razziali
| Categoria di evidenza C

Razionale

Il giudizio clinico deve essere utilizzato nell'interpretazione dei valori di BMI in situazioni in cui potrebbe non rivelarsi accurato indicatore del grasso corporeo totale. Alcuni esempi sono rappresentati dalla presenza di edemi, di muscolatura notevole, di decremento di massa muscolare o da una ridotta statura. La relazione tra BMI e quantità di grasso corporeo totale varia in parte con l'età, con il sesso e forse anche con la razza in relazione a differenze quali la composizione della massa magra, l'altezza a sedere e lo stato di idratazione. Per esempio, i soggetti più anziani presentano meno massa magra e più massa grassa rispetto ai più giovani a parità di BMI. Le donne, inoltre, a parità di BMI possono presentare una maggiore quantità di massa grassa rispetto agli uomini. I soggetti con edemi rilevabili clinicamente possono avere una quantità di grasso inferiore rispetto a soggetti senza. Queste differenze, comunque, generalmente non influenzano in maniera sostanziale la validità dei livelli di cut-off stabiliti per il BMI sia per la classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità sia per monitorizzare le modificazioni del peso nella pratica clinica.

• Tab. 10. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità per uomini adulti e per donne non gravide

	Classe di Obesità	BMI (kg/m^2)
Sottopeso	-	< 18.5
Normale	-	18.5-24.9
Sovrappeso	-	25.0-29.9
Obesità moderata	I	30.0-34.9
Obesità severa	II	35.0-39.9
Obesità morbigena	III	≥ 40
	Alto rischio	**Circonferenza addominale**
Obesità viscerale	Uomini	>102 cm
	Donne	>88 cm

2. In base alla circonferenza addominale

Sebbene la circonferenza addominale e il BMI siano correlati tra loro, il primo ha un potere predittivo del rischio maggiore rispetto al secondo. La misurazione della circonferenza addominale è particolarmente utile in soggetti che sono classificati come normali o Sovrappeso in base al BMI. Per valori di BMI ≥35, la circonferenza addominale ha un potere predittivo di rischio solo leggermente superiore a quello del BMI. Pertanto, non è necessario misurare la circonferenza addominale in soggetti con BMI ≥35.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.B.2.2.a.**

Valori di cut-off della circonferenza addominale specifici per sesso possono essere usati per identificare il rischio associato con il grasso addominale negli adulti con BMI compreso tra 25 e 34.9 kg/m^2. L'aumento della circonferenza addominale può essere associato ad un aumento del rischio anche in soggetti normopeso

l **Categoria di evidenza C**

I valori di cut-off della circonferenza addominale possono essere generalmente applicati a tutti gli adulti, a qualunque gruppo etnico o razza appartengano. D'altro canto, se un soggetto è molto basso (<152 cm) oppure ha un BMI >34.9 kg/m^2, i valori di cut-off utilizzati per la popolazione generale non sono applicabili

l **Categoria di evidenza D**

Razionale

Una circonferenza addominale elevata è associata con un aumentato rischio di Diabete di tipo 2, Dislipemia, Ipertensione e Patologia cardio-vascolare in soggetti con BMI compreso tra 25 e 34.9 kg/m^2. Il monitoraggio nel tempo delle variazioni della circonferenza addominale può essere utile, in aggiunta alla misurazione del BMI, dal momento che può fornire una stima dell'aumento del grasso addominale, anche in assenza di modificazioni del BMI.

Inoltre, in soggetti con Obesità e complicanze metaboliche, le variazioni della circonferenza addominale sono utili predittori delle modificazioni dei fattori di rischio cardio-vascolare. I valori di circonferenza addominale oltre i quali si verifica un incremento del rischio relativo sono segnalati nella • **Tab. 10.**

Allo scopo di valutare i rischi per la salute, non è necessario misurare la circonferenza addominale in soggetti con BMI ≥35 kg/m^2. In tal caso, infatti, la misura ottenuta sarà maggiore dei suddetti cut-off e perde il suo potere predittivo a valori di BMI molto elevati.

Differenze nella distribuzione del grasso corporeo legate al sesso e al gruppo etnico modificano il valore predittivo della circonferenza addominale come marker surrogato di Obesità addominale e possono parzialmente giustificare le differenze nella capacità della circonferenza addominale o del rapporto vita/fianchi di predire i rischi di malattia.

In alcune popolazioni, la circonferenza addominale è un indicatore del rischio relativo di malattia più accurato del BMI (es. Asiatici-Americani o soggetti di origine asiatica che vivono in altre aree). Inoltre, la circonferenza addominale aumenta il suo potere predittivo del rischio di malattie correlate con l'Obesità in età avanzata. La • **Tab. 11** comprende sia il BMI sia la circonferenza addominale per la Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità e fornisce un'indicazione del rischio di malattia.

---

m **Raccomandazione: R.III.B.2.2.b.**

Per soggetti adulti con BMI compreso tra 25 e 34.9 Kg/m^2, dovrebbero essere utilizzati valori di cut-off della circonferenza addominale specifici per sesso in associazione con il BMI, allo scopo di identificare l'aumentato rischio di malattia

l **Categoria di evidenza C**

---

n III.C. Valutazione dello stato di rischio

Lo stato di rischio del soggetto dovrebbe essere valutato determinando il grado di Sovrappeso o Obesità in base al BMI, la presenza di Obesità addominale in base alla circonferenza addominale e la presenza di fattori rischio cardio-vascolare concomitanti o comorbosità. Alcune malattie associate all'Obesità e ad alcuni fattori di rischio collocano i soggetti in una categoria a rischio di mortalità molto elevato. Tali patologie richiedono un intervento aggressivo sul profilo di rischio, in aggiunta alla gestione clinica specifica per ciascuna di esse. Altre malattie associate all'Obesità sono meno letali, ma richiedono ugualmente un'appropriata terapia. L'Obesità ha anche un influenza peggiorativa su numerosi fattori di rischio cardio-vascolare. L'identificazione di questi fattori di rischio è necessaria per determinare l'intensità dell'intervento clinico.

III.C.1. Determinazione dello stato di rischio relativo in base ai parametri di Sovrappeso e Obesità

La • **Tab. 11** definisce le categorie di rischio relativo in base al BMI ed alla circonferenza addominale. è importante notare che queste categorie indicano il rischio relativo e non quello assoluto. Esse denotano la necessità di istituire una terapia finalizzata alla perdita di peso, ma non definiscono direttamente l'entità del cambiamento dei fattori di rischio. Quest'ultima è determinata con la stima del rischio assoluto in base alla presenza di malattie associate o fattori di rischio.

• Tab. 11. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità per BMI, circonferenza addominale e rischio associato di malattie

			Rischio di malattie* rispetto a soggetti con peso corporeo e circonferenza addominale**	
	Classe di Obesità	**BMI (kg/m^2)**	**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	I	30.0-34.9	Elevato	Molto Elevato
Obesità severa	II	35.0-39.9	Molto Elevato	Molto Elevato
Obesità morbigena	III	≥40	Estremamente Elevato	Estremamente Elevato

* Rischio di malattia per Diabete di tipo 2, ipertensione e cardiopatia ischemica
** Una circonferenza addominale aumentata può indicare un rischio più elevato anche in soggetti normopeso

Fonte: Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity: Report of the World Health Organization Consultation of Obesity. WHO, Geneva, June 1997.

III.C.2. Identificazione di soggetti con rischio assoluto molto alto.

Le seguenti condizioni di malattia o il danno d'organo in soggetti ipertesi denotano la presenza di un rischio assoluto molto alto che rende necessario un intervento

approfondito sul profilo di rischio, nonché la gestione della malattia. Per esempio, la presenza di un rischio assoluto molto elevato indica il bisogno di una terapia ipocolesterolemizzante aggressiva.

1. Malattia coronarica

a. Storia di infarto miocardico
b. Storia di angina pectoris (stabile o instabile)
c. Storia di procedure chirurgiche sulle coronarie
d. Storia di altre procedure sulle coronarie (angioplastica)

2. Presenza di altre forme di aterosclerosi

a. Arteriopatia periferica
b. Aneurisma dell'aorta addominale
c. Malattia sintomatica dell'arteria carotide

3. Diabete di tipo 2

4. Sindrome della sleep apnea

III.C.3. Identificazione di altre malattie associate all'Obesità

L'Obesità comporta un aumentato rischio di sviluppare una serie di comorbosità che devono essere individuate e adeguatamente trattate, ma che, generalmente, non sono associate ad un elevato rischio di mortalità.
Queste includono:

1. Patologia ostetrico-ginecologica

2. Patologia osteo-articolare

3. Calcolosi biliare sue complicanze

4. Stress

Sebbene i soggetti con Obesità presentino un maggiore rischio di sviluppo di calcoli biliari, tale rischio aumenta ulteriormente durante i periodi di rapida perdita di peso.

Opzioni per la gestione dei fattori di rischio

Le opzioni per la gestione dei fattori di rischio allo scopo di prevenire patologia cardio-vascolare, Diabete di tipo 2 e altre malattie croniche sono descritte in dettaglio in altri rapporti.

Per il trattamento dell'ipercolesterolemia e degli altri disordini del metabolismo lipoproteico, riferirsi al National Cholesterol Education Program's Second Report of the Expert Panel on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (1994), al Documento SISA (vedi cap. X e W.1.22.) e al documento della International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease (vedi cap. X).

Per il trattamento dell'ipertensione, riferirsi alle Linee Guida nell'Ipertensione Arteriosa (1998) e International Society of Hypertension Guidelines for the Menagement of Hypertension Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization. J. Hypertension 17, 151-183, 1999 (vedi cap. X).

Per le più recenti raccomandazioni sul Diabete di tipo 2 della American Diabetes Association riferirsi alle ADA: Clinical Practice Recommendations, 1998 (vedi cap. X).

Infine, la sospensione del fumo è fortemente raccomandata per fumatori con Obesità, con particolare attenzione ai metodi che riducono l'incremento di peso associato con la sospensione del fumo. Per strategie e raccomandazioni che supportino e indirizzano gli interventi finalizzati all'effettiva sospensione del fumo, riferirsi all'Agency for Health Care Policy and Research's Clinical Practice Guidelines on Smoking Cessation, 1996 (vedi cap. X).

III.C.4. Identificazione di fattori di rischio cardio-vascolare che determinano un elevato rischio assoluto

I soggetti possono essere definiti ad elevato rischio assoluto per i disordini correlati all'Obesità se presentano almeno 3 dei fattori di rischio sotto elencati. La presenza di un elevato rischio assoluto impone una terapia ipocolesterolemizzante e antipertensiva intensiva.

1. Fumo di sigaretta

2. Ipertensione

Un soggetto viene definito iperteso se la pressione arteriosa sistolica è ≥140 mmHg o la pressione arteriosa diastolica è ≥90 mmHg, ovvero se il soggetto sta assumendo farmaci antipertensivi.

3. Colesterolo-LDL elevato

Il colesterolo LDL viene definito ad alto rischio quando la sua concentrazione supera i 160 mg/dl. Un colesterolo-LDL borderline (da 130 a 159 mg/dl), se associato ad altri 2 o più fattori di rischio, egualmente comporta un alto rischio.

4. Colesterolo-HDL ridotto

Il colesterolo-HDL viene definito basso quando le sue concentrazioni sono inferiori a 35 mg/dl.

5. Alterata glicemia a digiuno (IFG)

La presenza di Diabete di tipo 2 (glicemia a digiuno ≥126 mg/dl oppure glicemia dopo 2 ore dal pasto ≥200 mg/dl) rappresenta un fattore di rischio maggiore per patologia cardio-vascolare e la sua presenza, da sola, pone il soggetto in una categoria di rischio assoluto elevato. La IFG (glicemia a digiuno compresa tra 110 e 125 mg/dl) è considerata da molti autori un fattore di rischio indipendente per patologia cardio-vascolare (macrovascolare), giustificando la sua inclusione tra i fattori di rischio che contribuiscono all'alto rischio assoluto. Sebbene l'inclusione della IFG come fattore di rischio indipendente per patologia cardio-vascolare si discosti dai rapporti del National Cholesterol Education Program e Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, la sua inclusione in tale lista può essere appropriata. La IFG è un fattore di rischio per il Diabete di tipo 2 ormai consolidato.

6. Storia familiare di malattia coronarica prematura

Una storia familiare di malattia coronarica prematura viene definita come la comparsa di infarto miocardico o morte improvvisa ad un'età pari o inferiore a 55 anni nel padre o in altro parente maschio di I grado, oppure ad un'età pari o inferiore a 65 anni nella madre o in altro parente di I grado di sesso femminile.

7. Età

a. Uomini: età ≥45 anni

b. Donne: età ≥55 anni (o postmenopausale)

I metodi per stimare il rischio assoluto di sviluppo di patologia cardio-vascolare in base ai suddetti fattori di rischio sono descritti in dettaglio nei rapporti del National Cholesterol Education Program e del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. L'entità dell'intervento terapeutico per l'ipercolesterolemia o l'ipertensione arteriosa viene commisurata al rischio assoluto valutato con questi fattori.

III.C.5. Altri fattori di rischio

Altri fattori di rischio meritano speciale considerazione per il loro rapporto con l'Obesità. La presenza di questi fattori comporta un aumento del rischio assoluto, oltre quello stimato in base ai fattori precedentemente elencati. Il contributo quantitativo di questi fattori al rischio assoluto non è precisamente quantificabile. Comunque, la loro presenza rende più pressante la necessità di perdere peso nei soggetti obesi.

1. Sedentarietà

La mancanza di attività fisica comporta un rischio maggiore di sviluppare patologia cardio-vascolare e Diabete di tipo 2. L'inattività fisica aumenta la severità di altri fattori di rischio. Peraltro, è stato anche dimostrato essere un fattore di rischio indipendente per tutte le cause di mortalità o per la mortalità cardio-vascolare. Sebbene la sedentarietà non sia inserita nella lista dei fattori di rischio che condizionano l'intensità della terapia richiesta per l'ipercolesterolemia e l'ipertensione arteriosa, l'aumento dell'attività fisica è indicato per la gestione di queste condizioni. L'esercizio fisico è necessario in particolare nei soggetti con Obesità poiché promuove la perdita di peso e modifica favorevolmente i fattori di rischio associati all'Obesità. Al contrario, l'inattività fisica nel soggetto con Obesità richiede di intensificare gli sforzi per rimuovere l'eccesso di peso, poiché la presenza combinata di sedentarietà e Obesità incrementa il rischio di malattia.

2. Ipertrigliceridemia

L'Obesità è comunemente associata ad ipetrigliceridemia. La relazione tra ipertrigliceridemia e malattia coronarica è complessa. Le lipoproteine ricche in trigliceridi possono essere direttamente aterogene. Inoltre, l'ipertrigliceridemia è la manifestazione più comune del fenotipo lipoproteico aterogeno (ipertrigliceridemia, LDL piccole e ridotti livelli di colesterolo-HDL). In presenza di Obesità, l'ipertrigliceridemia è comunemente associata ad un "cluster" di fattori di rischio metabolici noto come sindrome plurimetabolica (fenotipo lipoproteico aterogeno, ipertensione, insulino-resistenza e intolleranza al glucosio e stato trombofilico). Pertanto, nei soggetti con Obesità, l'ipertrigliceridemia rappresenta un marker di aumentato rischio cardio-vascolare. In accordo con le attuali linee guida la presenza di ipertrigliceridemia non modifica l'intensità della terapia ipocolesterolemizzante e antipertensiva. La sua presenza nei soggetti con Obesità, comunque, rende necessario intensificare gli sforzi per conseguire la perdita di peso e aumentare il grado di attività fisica. Entrambi questi interventi riducono i vari fattori di rischio caratteristici della sindrome metabolica e, pertanto, riducono il rischio cardio-vascolare complessivo, così come quello per il Diabete di tipo 2 (• **Tab. 12**).

• **Tab. 12. Classificazione dei livelli sierici dei trigliceridi**

Categoria	Trigliceridemia
Normale	<200 mg/dl
Trigliceridemia alta borderline	200-400 mg/dl
Ipertrigliceridemia	400-1000 mg/dl
Ipertrigliceridemia severa	>1000 mg/dl

n III.D. Strategie di valutazione e trattamento

Nella pratica clinica, esiste l'opportunità di identificare il Sovrappeso, l'Obesità e i fattori di rischio associati e di iniziare il trattamento sia per il peso sia per i fattori di rischio, così come per le malattie croniche quali le patologia cardio-vascolare e il Diabete tipo 2. Nella valutazione di un soggetto ai fini del trattamento del Sovrappeso e dell'Obesità, occorre tenere conto del peso, della circonferenza addominale e della presenza di fattori di rischio. La strategia di trattamento dei soggetti Sovrappeso è presentata nella u **Fig. 3**. Questo algoritmo è applicabile esclusivamente alla valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità e alle successive decisioni in base a tale valutazione. Esso non riflette nessuna valutazione complessiva di altre condizioni e malattie che il medico desideri eseguire.

Nei soggetti Sovrappeso il controllo dei fattori di rischio cardio-vascolare merita eguale attenzione rispetto alla terapia finalizzata alla riduzione del peso corporeo. La riduzione dei fattori di rischio diminuisce il rischio cardio-vascolare indipendentemente dalla riduzione del peso corporeo. L'algoritmo riconosce che la valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità può entrare a fare parte di una valutazione complessiva dello stato di salute. Comunque, per chiarezza, questo è focalizzato soltanto sulla valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità.

Ogni livello di questa strategia è rivisto in questa sezione e ampliato nei successivi box:

• **Box 1. Incontro con il soggetto.** Si intende per incontro con il soggetto qualsiasi forma di interazione dello stesso con uno specialista (generalmente un medico, un infermiere specializzato o un dietista) che valuti l'opportunità di definire l'eventuale stato di Sovrappeso del soggetto e di dare consigli, indicazioni o terapia.

• **Box 2. Anamnesi positiva per Sovrappeso con BMI ≥25.** Nel redigere l'anamnesi lo specialista deve essere attento nell'indagare se il soggetto sia mai stato precedentemente in Sovrappeso.

Laddove sia necessaria una definizione tecnica precisa, una semplice domanda del tipo : "Sei mai stato in Sovrappeso?" può avere la stessa efficacia.

Domande orientate all'anamnesi ponderale, alimentare, farmacologica e alla attività fisica garantiscono informazioni utili, in alcuni soggetti, sulle cause che possono avere determinato l'insorgenza di Obesità (vedi Goal ‰).

• **Box 3. BMI valutato negli ultimi 2 anni.** Per coloro che non siano stati in Sovrappeso, è consigliata una nuova misurazione del BMI a distanza di 2 anni. Qualora non ci siano evidenze scientifiche si ritiene che questo intervallo di tempo rappresenti un compromesso ragionevole tra la necessità di una identificazione precoce dell'incremento

ponderale e quella di limitare il tempo, gli sforzi ed i costi di ripetute misurazioni.

• **Box 4. Misura di peso, altezza, circonferenza addominale, calcolo del BMI.** Il peso, valutato con il soggetto in biancheria intima e l'altezza, misurata senza scarpe, devono essere rilevati per calcolare il BMI che può essere calcolato manualmente (kg/m^2) anche se è più facile ottenere tale dato tramite un nomogramma. Il rilevamento della circonferenza addominale è un parametro importante in quanto esistono pubblicazioni che evidenziano come la distribuzione addominale del tessuto adiposo è un indice di rischio cardio-vascolare in soggetti con BMI compreso tra 25 e 34.9 kg/m^2 Inoltre un incremento della circonferenza addominale può essere considerato un marker di aumentato rischio cardio-vascolare anche in soggetti non Sovrappeso. La tecnica di misurazione della circonferenza addominale è descritta a pag. 33.

Infine, un'accurata valutazione nutrizionale può essere di grande aiuto per valutare le abitudini alimentari e l'attività fisica dei soggetti in Sovrappeso.

• **Box 5. BMI ≥25 o circonferenza addominale >88 o >102 cm.** Questi valori limite tesi ad individuare i soggetti in Sovrappeso dai soggetti normopeso, sono sovrapponibili a quelli di altre linee guida sia nazionali che internazionali. La correlazione tra il peso e la mortalità presenta un andamento a "J", con la branca ascendente che inizia a salire per valori di BMI di 25.

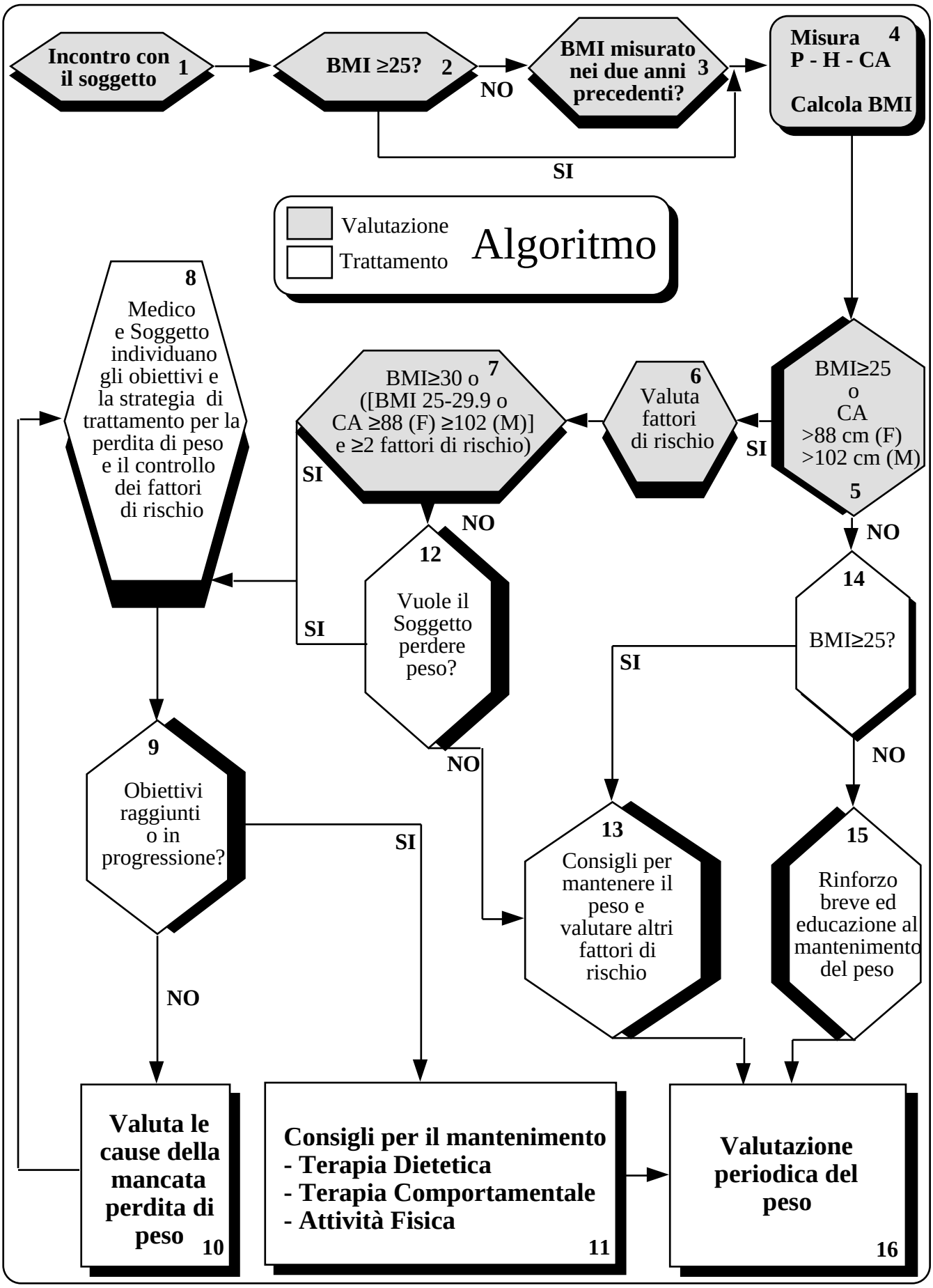
La circonferenza addominale viene considerata come un fattore di rischio dato che alcuni soggetti, nonostante abbiano un BMI<25, possono avere un aumento del grasso addominale con conseguente incremento del rischio cardio-vascolare. Il rilevamento della circonferenza addominale non è però necessario nei soggetti con valori di BMI ≥35.

• **Box 6. Valutazione dei fattori di rischio.** La valutazione del rischio per patologia cardio-vascolare e Diabete di tipo 2 in un soggetto con Obesità comporta considerazioni particolari che riguardano l'anamnesi, l'esame obiettivo e gli esami di laboratorio. È prioritario valutare la presenza di patologia cardio-vascolare e di eventuali danni in atto a carico di organi bersaglio in considerazione del fatto che l'Obesità rappresenta un fattore di rischio indiretto (per la presenza o l'aggravamento di ipertensione arteriosa, dislipemie, diabete, ecc.).

Pertanto la perdita di peso dovrebbe svilupparsi in considerazione di questi fattori di rischio. A tal proposito è opportuno considerare che, mentre non esistono evidenze scientifiche che dimostrino come il trattamento mirato dei citati fattori di rischio favorisca la perdita di peso, il trattamento degli stessi con la perdita di peso, rappresenta, invece, la strategia di scelta.

• **Box 7. BMI ≥30 o (BMI 25-29.9 e circonferenza addominale >88 o >102 cm) e ≥2 fattori di rischio).** Queste linee guida raccomandano che tutti i soggetti rispondenti ai criteri citati vadano incontro ad un programma di perdita di peso. Tuttavia è indispensabile chiedere un consenso informato a tale programma. Tutti i soggetti con BMI tra 25 e 29.9 kg/m^2, che presentano almeno un fattore di rischio, dovrebbero essere indirizzati ad un programma di mantenimento del peso, piuttosto che di perdita di peso. Inoltre, in esse si raccomanda che la decisione di perdere peso venga presa anche in funzione di altri fattori di rischio (ad esempio smettere di fumare in questi soggetti è più importante che perdere peso) e delle preferenze dei soggetti.

u **Fig. 3.** Algoritmo per la valutazione e il trattamento del Sovrappeso e dell'Obesità (P=peso, H=altezza, CA=Circonferenza addominale, F=femmina, M=maschio)



• **Box 8. Medico e soggetto. Strategie e obiettivi**

La decisione di perdere peso deve essere presa congiuntamente dal medico di medicina generale e dal soggetto la cui partecipazione attiva rappresenta un momento cruciale per il successo terapeutico. Infatti il soggetto può anche scegliere di non perdere peso ma di prevenire un ulteriore incremento ponderale.

Il Panel raccomanda, come obiettivo iniziale, una perdita di peso, rispetto ai valori basali, di circa 0.5-1 kg alla settimana ed una riduzione dell'introito calorico di 500-1000 kcal/die. Nei soggetti in Sovrappeso, però, un deficit calorico di 300-500 kcal/die può essere più che sufficiente a garantire una perdita di peso di 200 g alla settimana. Inoltre, esistono evidenze scientifiche tese a dimostrare che una perdita di peso pari al 8% può essere ottenuta in un periodo di circa sei mesi. Deve però essere mantenuto ben chiaro l'obiettivo individuale di una riduzione del 10% in quanto nel 8% su citato sono inclusi anche soggetti che non perdono peso.

Dopo circa 6 mesi la maggior parte dei soggetti non perde più peso in quanto si determina un bilanciamento dell'introito calorico e della spesa energetica. Ciò richiede, pertanto, un rimaneggiamento del bilancio energetico nel caso sia necessaria una ulteriore perdita di peso.

I tre principali componenti di un programma per la perdita di peso sono la terapia dietetica, l'aumento dell'attività fisica e la terapia comportamentale. Il modello comportamentale dovrebbe essere seguito almeno per alcuni mesi, prima di considerare l'opportunità di una eventuale terapia farmacologica, che potrebbe essere utilizzata in aggiunta al suddetto modello, in soggetti con BMI ≥27 in presenza di concomitanti fattori di rischio o di patologie correlate all'Obesità (ipertensione, dislipemia, cardiopatia ischemica, Diabete di tipo 2 e sleep apnea) o in soggetti con BMI ≥30 anche senza i suddetti fattori di rischio o patologie concomitanti.

Nei soggetti con BMI compreso tra 27 e 29.9 i fattori di rischio o le patologie ad essi associate, d'importanza tale da rendere necessaria l'impostazione di una terapia farmacologica, sono l'ipertensione arteriosa, le dislipemie, la cardiopatia ischemica e la sleep apnea. Infine, alcuni soggetti resistenti al trattamento potrebbero essere candidati ad una terapia chirurgica specifica.

È importante sottolineare che ogni singola tappa, nell'ambito di una terapia avente come obiettivo la perdita di peso, può essere introdotta per brevi periodi. Inoltre, la scelta della suddetta deve tenere conto delle preferenze dei soggetti, dei loro passati fallimenti delle risorse disponibili.

• **Box 9. Miglioramenti conseguiti/obiettivi raggiunti.** È necessario pesare il soggetto, calcolare il BMI e valutare i progressi fatti durante il periodo iniziale di trattamento, quando la perdita di peso è più rapida e durante i 6-12 mesi successivi dall'inizio della terapia dietetica. Se il programma impostato non ha portato ai risultati prefissati, bisognerà valutare le cause del fallimento.

Nel caso in cui sia stata impostata una terapia farmacologica, si raccomanda un attento monitoraggio degli effetti collaterali. Può considerarsi un buon risultato una perdita di peso del 10% rispetto al peso di partenza in un arco di tempo compreso tra 6-12 mesi. Il soggetto può quindi entrare in un programma di mantenimento del peso con monitoraggio a lungo termine. È importante, per lo specialista, considerare che alcuni soggetti sono maggiormente predisposti ad acquistare o a perdere peso seguendo una determinata terapia, indipendentemente dal grado di compliance. Tuttavia, il persistere dell'Obesità o di fattori di rischio aggiunti e ad essa correlati consiglia un ulteriore

sforzo per organizzare un programma per la perdita di peso. Una volta che sia stato raggiunto il peso prefissato, lo specialista è responsabile del monitoraggio a lungo termine dei fattori di rischio e deve incoraggiare il soggetto a mantenere stabile il peso.

• **Box 10. Cause del fallimento del programma per la perdita di peso.** È necessaria una rivalutazione del programma se il soggetto non riesce ad ottenere la perdita di peso raccomandata nel periodo compreso tra sei mesi e un anno.

Un quesito che bisogna porsi è se il soggetto è disponibile a proseguire il trattamento. In caso positivo è opportuno rivalutare gli obiettivi e le strategie. In caso contrario il trattamento deve essere interrotto e il soggetto deve comunque essere incoraggiato a sostenere un ulteriore sforzo per perdere peso o perlomeno per evitare un ulteriore aumento. Anche se la terapia per la perdita di peso viene interrotta, il soggetto deve comunque continuare il trattamento dei fattori di rischio.

Il mancato raggiungimento della perdita di peso dovrebbe indirizzare lo specialista ad una valutazione dell'introito calorico, del dispendio energetico (diario dell'attività fisica), della partecipazione a gruppi di terapia comportamentale, dei recenti eventi avversi, delle pressioni sociali e familiari o evidenziare problemi di natura psichiatrica (depressione, Binge Eating Disorder). Se l'insuccesso terapeutico persiste nei soggetti con BMI ≥40 può essere presa in considerazione una eventuale terapia chirurgica.

• **Box 11. Consigli per il mantenimento.** Evidenze scientifiche indicano che più del 80% dei soggetti che perdono peso lo riacquistano gradualmente. I soggetti che seguono i programmi di stabilizzazione del peso corporeo hanno maggiori probabilità di successo. La stabilizzazione consiste nel contatto professionale continuo con lo specialista per un regolare supporto anche educazionale e nel monitoraggio clinico.

• **Box 12. Vuole il soggetto perdere il peso?** I soggetti che sono in Sovrappeso (BMI 25-29.9) o che hanno un basso valore della circonferenza addominale, o hanno pochi (0-1) fattori di rischio cardio-vascolare e che non vogliono perdere peso dovrebbero essere consigliati sull'opportunità di mantenere il loro peso a valori pari o inferiori a quello attuale.

Invece, i soggetti desiderosi di perdere peso dovrebbero essere indirizzati secondo quanto detto nei box 8 e 9. Infine è giustificato proporre ai soggetti in Sovrappeso la possibilità di mantenere il peso piuttosto che perderlo, dato che il rischio per la loro salute è solo moderatamente aumentato rispetto ai soggetti normopeso.

• **Box 13. Indicazioni al mantenimento del peso e alla individuazione di altri fattori di rischio.** I soggetti normopeso che hanno una storia di Sovrappeso devono mantenere il loro peso in quanto un incremento ponderale è causa di un maggiore rischio per la salute.

Il medico in tal senso ha il dovere di favorire attivamente le strategie di prevenzione che consiglino: maggiore attenzione del soggetto all'attività fisica e alla terapia comportamentale.

• **Box 14. Storia di BMI ≥25.** Questo box differenzia i soggetti con storia di Sovrappeso da quelli che non lo sono mai stati (vedi box 2).

• **Box 15. Incoraggiamento.** Bisognerebbe complimentarsi con coloro che non sono mai stati in Sovrappeso e dovrebbero essere resi consapevoli dell'importanza di fare parte di questa categoria.

• **Box 16. Misurazione periodica del peso, del BMI e della circonferenza addominale.** Si dovrebbero monitorizzare periodicamente il peso, il BMI e la circonferenza addominale. Un eventuale aumento di peso in tutti i soggetti che non sono in Sovrappeso o che non lo siano mai stati dovrebbe essere rilevato ogni 2 anni. Questo lasso di tempo è un ragionevole compromesso tra il bisogno di individuare precocemente un eventuale aumento di peso e quello di limitare tempo, energie e costi di ripetute misurazioni.

n III.E. Esclusione della terapia mirata alla perdita di peso

La categoria di soggetti per i quali viene considerata inappropriata una terapia mirata alla perdita di peso comprende la maggior parte delle donne in gravidanza o in allattamento, soggetti con malattie psichiatriche significative e soggetti affetti da patologie gravi per i quali una restrizione calorica potrebbe esacerbare la patologia stessa.

n III.F. Motivazione dei soggetti

Valutare la motivazione del soggetto è fondamentale per effettuare una terapia finalizzata alla perdita di peso. Dato che perdere peso in ambiente clinico determina un notevole investimento di risorse economiche e umane, il soggetto dovrebbe essere fermamente determinato a perdere peso prima di iniziare la terapia.

Parallelamente, è compito fondamentale del medico di medicina generale invogliare il soggetto a perdere peso dopo averne fatto comprendere l'importanza di ridurre i fattori di rischio, evidenziando tutti i rischi associati all'Obesità persistente e descrivendo la strategia terapeutica rivolta alla perdita di peso.

È comunque necessario trattare accuratamente i fattori di rischio (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, fumo e Diabete di tipo 2) in tutti quei soggetti che non siano sufficientemente motivati o in grado di partecipare ad un programma di perdita di peso. Una perdita di peso costante nel tempo facilita il controllo dei fattori di rischio cardio-vascolare e ritarda la comparsa del Diabete di tipo 2.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.F.a.**
La motivazione del soggetto è una componente indispensabile per un programma finalizzato alla necessaria perdita di peso
l **Categoria di evidenza D**

Razionale

Il grado di motivazione del soggetto rappresenta una tappa essenziale per il medico di medicina generale che deve valutare l'opportunità di iniziare un programma di perdita di peso. Dovrebbero essere presi in considerazione i seguenti punti:

• *Ragioni e motivazioni per una perdita di peso*: "È in questo momento il soggetto seriamente pronto e determinato a sostenere un periodo di trattamento per perdere peso? Quale è la reale disponibilità del soggetto a modificare il suo stile di vita?"

• *Storia di precedenti successi ed insuccessi di perdita di peso*: "Quali fattori sono responsabili dei precedenti insuccessi e successi della perdita di peso o di mantenimento

del peso normale?”

• *Sostegno da parte della famiglia, degli amici e dell’ambiente lavorativo*: “Qual è l’ambiente sociale nel quale il soggetto tenterà di perdere peso e chi può facilitare od ostacolare tale tentativo?”

• *Consapevolezza da parte del soggetto per l’Obesità e le complicanze ad essa correlate*: “Il soggetto ha conoscenza delle complicanze riguardanti l’Obesità e quanto si sente coinvolto in questo problema?”

• *Propensione a svolgere attività fisica*: “Il soggetto è motivato o meno ad entrare a fare parte di un programma che comprenda l’attività fisica nell’ambito della strategia per la perdita di peso?”

• *Disponibilità di tempo*: “Nell’ambito di una terapia a lungo termine mirata alla perdita di peso, il soggetto ha la volontà di dedicare una parte del suo tempo per interagire con il personale medico?”

• *Ostacoli*: “Quali sono gli impedimenti che non aiutano il soggetto ad applicare i consigli avuti?”

• *Considerazioni economiche*: “Il soggetto desidera affrontare tutte le spese per potere effettuare la terapia?” Ciò include il tragitto fino alla struttura medica, le spese mediche non rimborsabili e il tempo sottratto al lavoro.

Uno degli aspetti fondamentali da valutare in prima istanza è quello di preparare il soggetto al trattamento, quindi di rivalutare i suoi precedenti tentativi di perdere peso e spiegare in che cosa differirà la nuova strategia terapeutica. Tutto ciò potrà incoraggiarlo. In quest’ottica è molto utile parlare del nuovo trattamento proposto e descrivere i necessari comportamenti da adottare, come tenere un diario alimentare e praticare attività fisica.

Infine, la prima visita è anche un’occasione per trasmettere al soggetto rispetto, impegno e speranza nonostante l’atteggiamento di rimprovero assunto spesso sia dalla società che dai medici stessi.

Un soggetto che ha fiducia in colui che ascolta attentamente e comprende il suo disagio rispetto al Sovrappeso ed ai suoi precedenti tentativi di perdere peso, sarà molto più disponibile ad accettare nuove informazioni ed idee. Infatti, un rapporto nel quale, il soggetto si sente sostenuto e compreso, potrà aiutarlo ad essere più motivato nell’ambito del difficile compito di perdere e/o di mantenere il proprio peso.

---

m **Raccomandazione: R.II.F.b.**

Lo specialista deve valutare la disponibilità del soggetto ad entrare a fare parte di un programma di perdita di peso e deve pianificare graduali metodologie per motivare il soggetto al trattamento

l **Categoria di evidenza D**

---

n III.G. Obiettivi della perdita di peso e del trattamento

I principali obiettivi della perdita di peso e del trattamento sono:

- ridurre il peso corporeo
- mantenere un basso peso per un lungo periodo
- o almeno **prevenire un ulteriore incremento ponderale.**

III.G.1. Perdita di peso

1. Tappe della perdita di peso

La prima tappa di una terapia finalizzata alla perdita di peso è di fare perdere il 10% del peso corporeo iniziale a tutti i soggetti che sono in Sovrappeso. Se quest'obiettivo viene raggiunto si può prendere in considerazione la possibilità di affrontare un'ulteriore perdita di peso.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.G.1.1.a.**

I soggetti con Obesità e Sovrappeso che fanno parte di un programma ben articolato possono ottenere una perdita di peso pari al 10% del peso iniziale, valore che può essere mantenuto per 1 o più anni

l **Categoria di evidenza A**

Razionale

Il razionale di questo primo obiettivo è che anche una perdita di peso del 10% rispetto al peso di partenza può ridurre significativamente i rischi associati all'Obesità e, se necessario, può predisporre il soggetto ad una ulteriore perdita di peso.

Esistono pubblicazioni in cui si dimostra che è possibile raggiungere una riduzione di peso intorno a 8% in 6 mesi. Tuttavia, siccome in questo dato sono inclusi i soggetti che non perdono peso, un obiettivo individuale pari ad una perdita di peso del 10% è più razionale. Questo grado di decremento ponderale è più realistico e può essere mantenuto per lungo tempo.

È molto meglio mantenere una perdita di peso moderata per un lungo periodo piuttosto che riprendere peso dopo una perdita di peso più consistente poiché ciò è controproducente in termini di costo e autostima.

In genere, i soggetti vogliono perdere molto più del 10% del loro peso iniziale. In questo caso, bisognerà spiegare loro l'importanza e le ragioni del succitato obiettivo. Una ulteriore perdita di peso potrà essere presa in considerazione dopo il raggiungimento ed il mantenimento di quest'obiettivo per almeno sei mesi.

---

m **Raccomandazione: R.III.G.1.1.b.**

L'obiettivo iniziale, nell'ambito di una terapia finalizzata alla perdita di peso, dovrebbe essere quello di ridurre il peso corporeo di circa il 10% rispetto a quello iniziale

Se esso viene raggiunto, una valutazione successiva può individuare la necessità o meno di un'ulteriore perdita di peso

l **Categoria di evidenza A**

---

2. Ritmo della perdita di peso

Un limite di tempo ragionevole in un trattamento diretto a perdere peso è la riduzione del peso corporeo del 10% in sei mesi. Per soggetti con BMI compreso tra 27 e 35, una riduzione dell'introito calorico di 300-500 kcal/die determina in genere una perdita di peso settimanale di 250-500 g e una perdita complessiva di peso dell'ordine del 10% del peso iniziale in sei mesi. Per soggetti con Obesità più grave (BMI >35) sono necessarie riduzioni dell'introito calorico quotidiano di 500-1000 kcal per ottenere una

perdita di peso settimanale di 500-1000 g e una perdita complessiva di peso dell'ordine del 10% del peso iniziale in sei mesi.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.G.1.2.a.**

Una perdita di peso al ritmo di 500-1000 gr/settimana (deficit calorico di 500-1000 kcal/die), di solito si verifica per circa sei mesi. Poi, la perdita di peso tende a rallentare a meno che non si attui un regime più restrittivo

l **Categoria di evidenza B**

Razionale

Per ottenere una perdita di peso significativa è necessario creare e mantenere un deficit energetico. Il peso può essere perduto al ritmo di 500-1000 gr/settimana con un deficit calorico di 500-1000 kcal/die. Dopo sei mesi, tale deficit calorico dovrebbe avere determinato, teoricamente, una perdita di peso di 12-24 kg. La perdita di peso osservata in realtà in tale periodo di tempo è, invece, in media, di 9-11.5 kg. Una perdita di peso più rapida non produce risultati migliori a distanza di un anno. Per la maggior parte dei soggetti risulta impossibile continuare a perdere peso dopo i primi sei mesi, a causa dei cambiamenti nel dispendio energetico a riposo e delle difficoltà a continuare a rispettare le regole del trattamento.

Solo alcuni riescono a proseguire. Per continuare a perdere peso, è necessario rivedere dieta e attività fisica allo scopo di ricreare un deficit energetico a un livello di peso più basso perché il fabbisogno energetico diminuisce con la riduzione del peso. Per ottenere una ulteriore perdita di peso, il soggetto in trattamento deve ridurre l'introito calorico e/o aumentare l'attività fisica. Molti studi dimostrano che una perdita rapida di peso è seguita quasi immancabilmente da un recupero. Inoltre, la perdita di peso rapida aumenta il rischio di calcolosi biliare e, a volte, di squilibri elettrolitici.

---

m **Raccomandazione: R.III.G.1.2.a.**

La perdita di peso dovrebbe avere il ritmo di 500-1000 gr/settimana per un periodo di sei mesi. La strategia successiva dovrebbe basarsi sui risultati ottenuti

l **Categoria di evidenza B**

III.G.2. Mantenimento del peso al livello più basso

Una volta che sia stato conseguita una perdita di peso, la sfida principale diventa mantenere il peso corporeo al livello raggiunto. In passato, la perdita di peso era considerata il punto d'arrivo della terapia. Sfortunatamente una volta concluso il trattamento clinico, i soggetti tendono a recuperare il peso perduto. Si raccomanda pertanto di proseguire, a lungo termine, l'osservazione, il controllo e il sostegno dei soggetti che hanno perso peso.

---

m **Raccomandazione: R.III.G.2.a.**

Dopo sei mesi di un trattamento diretto alla perdita di peso, per mantenere i risultati ottenuti è importante continuare a

impegnarsi con energia nella dieta, nell'attività fisica e nella terapia comportamentale
l **Categoria di evidenza B**

Razionale

Dopo sei mesi, il ritmo della perdita di peso in genere diminuisce e raggiunge un plateau. Il medico di medicina generale e il soggetto in trattamento dovrebbero riconoscere che, a questo punto, il mantenimento, seconda fase del processo, è diventato l'obiettivo principale. Il mantenimento del peso si può definire riuscito quando, dopo due anni, il recupero è <3 kg e la riduzione della circonferenza addominale resta ≥4 cm. Se un soggetto desidera perdere ancora peso, dopo un periodo di mantenimento si può ripetere la procedura descritta prima.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.G.2.b.**
Dopo sei mesi di trattamento per perdere peso il programma di mantenimento dovrebbe diventare prioritario
l **Categoria di evidenza B**

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.G.2.c.**
Il peso perduto viene di solito recuperato a meno che ci si impegni, a tempo indefinito, in un programma di mantenimento fondato su dieta, attività fisica e terapia comportamentale. I farmaci possono anche essere utilizzati. Tuttavia, la sicurezza e l'efficacia di trattamenti farmacologici proseguiti per più di un anno non sono state ancora dimostrate
l **Categoria di evidenza B**

Razionale

Dopo avere raggiunto l'obiettivo di una certa perdita di peso, un soggetto deve continuare, a tempo indefinito, con una terapia di mantenimento combinata (dieta, attività fisica e terapia comportamentale). In caso contrario, il peso perduto verrà probabilmente recuperato. Numerose strategie dirette a motivare i soggetti sono state elaborate. Tutte richiedono che il medico continui a incontrarsi frequentemente con il soggetto trattato. Controllo e sostegno a lungo termine possono essere realizzati in vari modi: con visite cliniche regolari, con incontri di gruppo, per telefono o per E-mail. Quanto più si prosegue con la fase di mantenimento, tanto maggiori sono le probabilità di successo a lungo termine del programma di riduzione del peso. La terapia farmacologica può essere d'aiuto anche durante il periodo di mantenimento del peso.

---

m **Raccomandazione: R.III.G.2.d.**
Dopo essere riusciti a perdere peso, le probabilità di mantenere i risultati sono aumentate da un programma caratterizzato da terapia dietetica, attività fisica e terapia comportamentale. Tale programma dovrebbe essere proseguito a tempo indefinito. Si può anche fare ricorso a terapie farmacologiche. Tuttavia, la sicurezza e l'efficacia di trattamenti farmacologici proseguiti per più di un

anno non sono state dimostrate
l Categoria di evidenza B

III.G.3. Prevenzione di ulteriore aumento di peso

Alcuni soggetti possono non essere in grado di conseguire significative riduzioni del peso corporeo. In tali casi, un obiettivo importante è prevenire aumenti di peso ulteriori che peggiorano il rischio di malattie. Pertanto, la prevenzione delle ricadute costituisce un motivo sufficiente per fare entrare un soggetto in un programma di mantenimento. Per molti soggetti, tale prevenzione può essere considerata un parziale successo terapeutico. Inoltre, se si riesce a evitare un ulteriore aumento di peso, questo risultato può rappresentare un primo passo importante verso l'inizio di una effettiva perdita di peso. I medici di medicina generale dovrebbero riconoscere l'importanza di questo obiettivo per tutti quei soggetti che non sono subito in grado di perdere peso. La prevenzione può richiedere che un soggetto segua un programma di mantenimento del peso per un lungo periodo di tempo.

n III.H. Strategie per perdere peso e per mantenere il peso

III.H.1. Terapia dietetica

Nella maggior parte dei soggetti in Sovrappeso o con Obesità, è necessario un adattamento della dieta per ridurre l'introito calorico. La terapia dietetica consiste, in larga parte, nell'istruire i soggetti sulle modificazioni relative al proprio regime alimentare per diminuire l'introito calorico. Una raccomandazione chiave è l'uso di restrizioni moderate allo scopo di ottenere una perdita di peso lenta ma progressiva. Teoricamente, l'introito calorico dovrebbe essere ridotto non oltre il limite richiesto per mantenere il peso al livello desiderato. In pratica, nella fase della perdita di peso, si utilizza un deficit energetico maggiore. Tuttavia, le diete fortemente ipocaloriche devono essere evitate. Quindi l'elemento centrale di una terapia dietetica nei soggetti in Sovrappeso è una dieta ipocalorica (800-1500 kcal/die). Tali diete devono essere distinte da diete fortemente ipocaloriche (250-800 kcal/die), che non si sono dimostrate in grado di determinare una perdita di peso stabile. La dieta ipocalorica suggerita è costruita con combinazioni di nutrienti tali da ridurre altri fattori di rischio, in particolare, ipercolesterolemia e ipertensione.

---

p Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.1.a.
Le diete ipocaloriche possono ridurre il peso corporeo del 8% in media e contribuiscono a ridurre il grasso addominale in un arco di tempo di circa sei mesi
l Categoria di evidenza A

Razionale

Una diminuzione dell'introito calorico è la principale componente nutrizionale di un programma per la perdita di peso e per il suo mantenimento. Le diete ipocaloriche hanno dimostrato di potere ridurre il peso corporeo totale di un 8%, in media, in un periodo di tempo di sei mesi, con significative riduzioni della circonferenza addominale. Questi dati rappresentano valori medi e comprendono anche i soggetti che non perdono

peso. Quindi una perdita di peso del 10% è, a livello individuale, un obiettivo plausibile. La perdita di peso, quando si verifica, è caratterizzata dal 75% di massa grassa e dal 25% di massa magra. Un deficit calorico di 500-1000 kcal/die produce una perdita di peso di 500-1000 gr/settimana (• **Tab. 13**). Un deficit calorico di 300-500 kcal/die produce una perdita di peso di 250-500 gr/settimana. Un soggetto può scegliere una dieta di 1000-1200 kcal se è una donna, 1200-1500 kcal se è un uomo.

Le diete fortemente ipocaloriche (<800 kcal/die) non sono raccomandate nei programmi di perdita di peso perché i deficit sono eccessivi e si possono verificare carenze nutrizionali a meno che non si faccia ricorso a integratori di vitamine e sali minerali. Inoltre, i trial clinici mostrano che le diete ipocaloriche sono altrettanto efficaci delle diete fortemente ipocaloriche per quanto riguarda la perdita di peso conseguita a distanza di un anno. Con le diete fortemente ipocaloriche è maggiore la perdita iniziale di peso, ma è maggiore anche il recupero. Inoltre, una riduzione rapida del peso non consente l'acquisizione graduale di nuove abitudini alimentari. Una terapia comportamentale efficace è la chiave per mantenere a lungo termine il peso. Infine, i soggetti che seguono diete fortemente ipocaloriche sono a rischio maggiore di calcolosi biliare.

• Tab. 13. La Dieta di I grado

Composizione nutrizionale adeguata per una dieta di I grado

Nutrienti	L'apporto raccomandato
Calorie[1]	500-1000 kcal/die in meno rispetto all'introito consueto
Grassi totali[2]	30%o delle calorie totali (vedi Goal ¶)
Acidi grassi saturi[3]	8-10% delle calorie totali
Acidi grassi monoinsaturi	Fino al 15% delle calorie totali
Acidi grassi polinsaturi	Fino al 10% delle calorie totali
Colesterolo[3]	<300 mg/die
Proteine[4]	15% delle calorie totali
Carboidrati[5]	55% o più delle calorie totali
Cloruro di sodio	Non più di 100 mmol/die (circa 2.4 g di sodio o 6 g di cloruro di sodio)
Calcio[6]	1000-1500 mg
Fibre[5]	20-30 g (vedi Goal ‰)

1. Una riduzione dell'introito calorico di 500-1000 kcal/die aiuterà ad ottenere una perdita di peso di circa 500-1000 g/die. L'alcool fornisce calorie non necessarie e sostituisce cibi più nutrienti. Il consumo di alcool non solo aumenta il numero di calorie di una dieta ma è risultato associato all'Obesità in studi sia epidemiologici che sperimentali. L'impatto delle calorie da alcool sull'introito calorico totale di un soggetto deve essere valutato e controllato adeguatamente.

2. Cibi a contenuto di grassi controllato possono contribuire a diminuire l'apporto complessivo di grassi, ma risultano utili solo se sono anche ipocalorici e se non c'è recupero di calorie da altri alimenti.

3. I soggetti con ipercolesterolemia possono avere bisogno della dieta di II grado per abbassare ulteriormente i livelli di colesterolo. Nella dieta di II grado i grassi saturi sono ridotti a meno del 7% delle calorie totali e il colesterolo totale a meno di 200 mg/die. Tutti gli altri nutrienti sono gli stessi della dieta di I grado.

4. Le proteine dovrebbero derivare da vegetali e da fonti di proteine animali senza grassi.

5. I carboidrati complessi provenienti da vegetali, frutta e cereali integrali sono buone fonti di vitamine, minerali e fibre. Una dieta ricca in fibre solubili, che comprende legumi e la maggior parte dei vegetali e della frutta può essere efficace nel ridurre i livelli di colesterolo. Una dieta che contenga molte fibre di tutti i tipi può anche aiutare nel controllo del peso favorendo un senso di sazietà a livelli più bassi di assunzione di calorie e di grassi. Alcuni studiosi autorevoli raccomandano 20-30 gr/die di fibre con un limite massimo di 35 grammi.

6. Durante la perdita di peso si dovrebbe prestare attenzione a mantenere un apporto sufficiente di vitamine e minerali. Il mantenimento dell'apporto di calcio raccomandato, 1000-1500 mg/die, è particolarmente importante per le donne a rischio di osteoporosi.

Con le diete ipocaloriche è più probabile ottenere una riduzione del peso corporeo se si tiene conto, nella costruzione del programma alimentare, delle preferenze individuali relative al cibo. È necessario verificare con cura che tutte le necessità nutrizionali siano soddisfatte. Per questo può essere necessario ricorrere a integratori alimentari. L'educazione alimentare è componente indispensabile per l'adattamento efficace alla dieta ipocalorica. Le attività educative dovrebbero mirare con particolare attenzione ai punti seguenti:

- Valore energetico dei diversi alimenti
- Composizione dei grassi, carboidrati (fibre alimentari comprese) e proteine
- Lettura delle etichette di informazione nutrizionale per determinare il contenuto calorico e la composizione degli alimenti
- Cambiare abitudini negli acquisti preferendo alimenti ipocalorici
- Preparare il cibo evitando di aggiungere ingredienti ipercalorici (grassi, olii)
- Evitare un consumo eccessivo di alimenti ipercalorici (cibi ricchi di grassi e carboidrati)
- Assumere sempre quantità adeguate d'acqua
- Ridurre le porzioni
- Limitare il consumo di alcolici

---

m **Raccomandazione: R.III.H.1.b.**

Una dieta personalizzata per aiutare a creare un deficit di 500-1000 kcal/die dovrebbe essere parte integrante di tutti i programmi diretti a ottenere una perdita di peso di 500-1000 gr/settimana

l **Categoria di evidenza A**

---

m **Raccomandazione: R.III.H.1.c.**

Ridurre solo i grassi nella dieta senza ridurre l'introito calorico complessivo non è sufficiente per perdere peso. Tuttavia, ridurre i grassi alimentari insieme ai carboidrati può agevolare la riduzione dell'apporto calorico

l Categoria di evidenza A

---

p Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.1.d.

Una terapia dietetica ottimale dovrebbe durare almeno sei mesi

l Categoria di evidenza A

Razionale

Molti studi suggeriscono che il tasso di decremento ponderale si riduce dopo circa sei mesi. Periodi più brevi di terapia dietetica provocano, di solito, una minore perdita di peso. Gli sforzi terapeutici dovrebbero essere indirizzati sia al mantenimento delle diete ipocaloriche che alla terapia comportamentale.

---

p Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.1.e.

Durante la terapia dietetica, il contatto professionale continuo fra il professionista e il soggetto in trattamento favorisce la perdita di peso e il mantenimento dei risultati

l Categoria di evidenza C

Razionale

Incontri clinici frequenti durante i primi sei mesi di un programma di riduzione del peso corporeo sembrano facilitare il raggiungimento degli obiettivi. Durante il periodo della perdita attiva del peso, visite regolari, almeno una volta al mese (preferibilmente più spesso, con obiettivi di rinforzo, incoraggiamento e controllo) facilitano la perdita di peso. Si possono organizzare, con costi moderati, incontri settimanali di gruppo capaci di contribuire alla realizzazione di favorevoli cambiamenti del comportamento. Tuttavia, nessun trial clinico ha valutato in modo specifico l'efficacia relativa della differente frequenza negli incontri tra soggetti in cura e membri del team (medici, dietiste e altri).

---

p Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.1.f.

La quantità di tempo impegnata nel rapporto professionale con il soggetto influisce favorevolmente sulle modificazioni del peso in soggetti adulti Sovrappeso o con Obesità che seguono una terapia dietetica

l Categoria di evidenza D

Razionale

L'addestramento di un operatore sanitario nelle tecniche di riduzione del peso corporeo, in particolare nella terapia comportamentale e in principi di dietetica, dovrebbe, presumibilmente, produrre risultati migliori in termini di perdita di peso. Al soggetto in terapia dovrebbe inoltre essere dedicato tutto il tempo necessario alla trasmissione delle informazioni, al rinforzo dei messaggi comportamentali e nutrizionali e al monitoraggio delle risposte. Nessuno degli studi presi in esame è stato disegnato per valutare in modo specifico l'influenza della formazione e delle qualifiche degli operatori

professionali impegnati nei vari programmi di trattamento dell'Obesità. Molti studi si differenziano soltanto in relazione al tipo di intervento nutrizionale offerto. La maggior parte dei programmi coinvolge dietisti e nutrizionisti come principali terapeuti e usa incontri di gruppo più che sedute individuali. Di solito mancano dati sulla durata degli incontri e sulla natura della relazione terapeutica.

---

m **Raccomandazione: R.III.H.1.h.**

La letteratura suggerisce che bisognerebbe mettere in atto strategie per la perdita di peso e per il suo mantenimento che attivano contatti professionali più frequenti e più prolungati nel tempo. Questa metodologia può determinare un maggiore successo della perdita di peso e del suo mantenimento

l **Categoria di evidenza C**

III.H.2. Attività Fisica

L'incremento dell'attività fisica è un'importante componente nella terapia per la perdita di peso poiché porta ad un aumento del dispendio energetico. Inoltre può ridurre l'introduzione di cibo nei soggetti in Sovrappeso. L'attività fisica può essere utile a mantenere un peso desiderabile. Un'attività fisica sostenuta ha anche il beneficio di ridurre il rischio di patologia cardio-vascolare aggiungendosi ai benefici prodotti dalla sola riduzione del peso. Gli esperti suggeriscono che la progressiva riduzione del dispendio energetico dell'attività lavorativa, dei trasporti e della routine siano la principale causa di Obesità negli Stati Uniti. L'introito calorico totale non è aumentato negli ultimi decenni. Lo squilibrio del bilancio energetico che ha portato al Sovrappeso e all'Obesità è il risultato di una sostanziale riduzione nell'attività fisica e di conseguenza nel dispendio energetico giornaliero. D'altra parte queste ipotesi sono difficili da provare perché mancano dati sufficienti. Il ritorno ad un peso normale, in molti soggetti in Sovrappeso o con Obesità, richiede un maggior dispendio energetico e la via da seguire è programmare un aumento graduale dell'attività fisica (vedi Piramide 2).

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.2.a.**

L'attività fisica contribuisce alla perdita di peso sia da sola che in associazione con la dieta

l **Categoria di evidenza A**

Razionale:

Il solo aumento dell'attività fisica può determinare un deficit calorico e può contribuire alla perdita di peso. Gli sforzi per perdere peso con la sola attività fisica generalmente determinano una perdita media del 2-3% del peso corporeo iniziale. L'aumento dell'attività fisica è comunque utile, in aggiunta ad una dieta ipocalorica, nel promuovere la perdita di peso.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.2.b.**

L'attività fisica negli adulti con Obesità o in Sovrappeso è efficace nell'aumentare la fitness cardio-respiratoria indipendentemente dalla perdita di peso

l **Categoria di evidenza A**

Razionale:

Esiste una forte evidenza che l'aumento dell'attività fisica migliora la fitness cardio-respiratoria con o senza perdita di peso. Questo aumento determina anche un miglioramento nella qualità di vita nei soggetti in Sovrappeso, aumentando il tono dell'umore, l'autostima e il benessere fisico nella vita quotidiana.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.2.c.**
L'attività fisica da sola riduce i fattori di rischio cardio-vascolare
l **Categoria di evidenza A**
L'attività fisica riduce il rischio di patologia cardio-vascolare
l **Categoria di evidenza C**

Razionale:

Ci sono forti evidenze che indicano come la sedentarietà sia un fattore di rischio indipendente per la patologia cardio-vascolare e il Diabete di tipo 2. Inoltre, più un soggetto è attivo, minore è il rischio. D'altra parte l'aumento dell'attività fisica sembra ridurre in maniera indipendente il rischio di morbosità e mortalità di patologia cardio-vascolare e di Diabete di tipo 2. L'attività fisica riduce i più importanti fattori di rischio di patologia cardio-vascolare, compresa la pressione arteriosa e i trigliceridi aumenta il colesterolo-HDL e migliora la tolleranza al glucosio indipendentemente dalla perdita di peso.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.2.d.**
L'attività fisica contribuisce a diminuire il grasso corporeo, e induce un modesto effetto sul grasso addominale
l **Categoria di evidenza B**

Razionale:

L'attività fisica sembra avere un effetto favorevole sulla distribuzione del grasso corporeo. Molti grandi studi trasversali condotti in Europa, Canada e USA hanno dimostrato una associazione inversa tra la spesa energetica dell'attività fisica e i diversi indicatori di distribuzione di grasso corporeo come il rapporto della circonferenza vita/fianchi e quello della circonferenza vita/coscia. Pochi dati sono disponibili circa gli effetti dell'attività fisica sulla circonferenza addominale, sebbene i cambiamenti dei rapporti sopraccitati suggeriscono una riduzione del grasso addominale. Soltanto pochi trial randomizzati controllati, che hanno testato l'effetto dell'attività fisica sulla perdita di peso, hanno misurato la circonferenza addominale. È stato rilevato, in alcuni studi, ma non in tutti, come l'attività fisica può determinare soltanto una modesta perdita di peso e una riduzione nella circonferenza addominale. Comunque, non è noto se gli effetti dell'attività fisica sul grasso addominale siano indipendenti dalla perdita di peso.

1. Strategie per incrementare l'attività fisica

Molti soggetti conducono una vita sedentaria, hanno poco allenamento o abilità nell'attività fisica e sono quindi difficili da motivare ad incrementare la loro attività. Per queste ragioni, l'inizio un programma di esercizio fisico può richiedere in alcuni soggetti, la supervisione clinica. È importante comunque evitare traumi durante l'attività fisica. I soggetti con Obesità morbigena devono iniziare con semplici esercizi che possono essere gradualmente intensificati. Il medico deve decidere se sia necessaria l'esecuzione di prove da sforzo respiratorie prima di intraprendere un nuovo regime di attività fisica.

Questa decisione dovrebbe essere basata sull'età del soggetto, sui sintomi e sui concomitanti fattori di rischio. Per molti soggetti con Obesità, l'esercizio fisico dovrebbe essere iniziato lentamente e l'intensità dovrebbe essere incrementata gradualmente. L'attività iniziale può essere costituita dal camminare o nuotare a bassa velocità. Col passare del tempo, in funzione dell'allenamento, della quantità di peso perduto e della capacità funzionale, il soggetto può intraprendere un'attività fisica con sforzo più intenso. L'attività fisica include la marcia, il ciclismo, il canottaggio, lo sci sull'erba, la danza aerobica e l'alpinismo. Il jogging è un esercizio fisico con alta intensità aerobica, ma può portare a traumi ortopedici. Se il jogging è preferito dal soggetto, dovrebbe essere valutata per prima cosa la capacità di praticarlo. La necessità di un ambiente sicuro per fare jogging è indispensabile.

Sport competitivi come il tennis e la pallavolo possono costituire una utile forma di attività fisica per molti soggetti, ma bisogna anche porre cura nell'evitare traumi, specialmente ai soggetti più anziani. Come mostrano gli esempi elencati nella • **Tab. 14**, una moderata attività fisica può essere ottenuta con differenti modalità. I soggetti possono scegliere l'attività che ad essi piace e che possono praticare nella loro vita quotidiana. Poiché il carico globale di lavoro prodotto dall'esercizio fisico dipende dalla durata, intensità e frequenza, lo stesso effetto può essere ottenuto con sessioni di durata maggiore di esercizi moderatamente intensi (come camminare di buon passo), così come con sessioni più brevi di attività fisica più intensa (come la corsa).

Questo regime può essere adattato ad altre forme di esercizio fisico, ma camminare è particolarmente attraente per la sicurezza e l'accessibilità. Con il tempo, può essere sviluppata una maggiore attività settimanale il che determinerebbe normalmente una maggiore perdita di peso se non venisse compensato da un maggiore introito calorico.

---

m **Raccomandazione: R.III.H.2.1.**

L'attività fisica dovrebbe essere una parte integrante della terapia rivolta alla perdita di peso ed al mantenimento del peso raggiunto

l **Categoria di evidenza A**

Inizialmente, dovrebbero essere incoraggiato un moderato livello di attività fisica per 30-45 minuti, 3-5 giorni alla settimana. Tutti gli adulti dovrebbero porsi come obiettivo a lungo termine di eseguire almeno 30 minuti o più di attività fisica moderata-intensa per molti, e preferibilmente tutti, giorni della settimana

l **Categoria di evidenza B**

• Tab. 14. Esempi di attività fisica moderata*

	meno intensa **più tempo**
Lavare e lucidare la macchina per 45-60 minuti	
Lavare i vetri o i pavimenti per 45-60 minuti	
Giocare a pallavolo per 45 minuti	
Giocare a football americano per 30-45 minuti	
Giardinaggio per 30-45 minuti	
Impennata con la sedia a rotelle per 30-40 minuti	
Camminare 2.5 km in 35 minuti	
Basket per 30 minuti	
Fare 10 km in bicicletta in 30 min	
Ballare per 30 minuti	
Raccogliere le foglie per 30 minuti	
Camminare 4 km in 30 minuti	
Acqua-gymm per 30 minuti	
Nuotare per 20 minuti	
Basket con sedia a rotelle per 20 minuti	
Partita di basket di 15-20 minuti	
Fare 8 km in bicicletta in 15 minuti	
Saltare la corda per15 minuti	
Correre per 3 km in 15 minuti	
Spalare la neve per 15 minuti	
Salire i gradini per 15 minuti	**più intensa** **meno tempo**

* Si considera moderata l'attività fisica che si esegue giornalmente nella misura di 150 calorie/die o 1000 calorie/settimana
Alcune attività possono essere effettuate a differenti intensità: i tempi suggeriti sono corrispondenti ad una determinata intensità

Ridurre il tempo dedicato alle attività sedentarie è un altro approccio nell'incrementare l'esercizio fisico. I soggetti dovrebbero essere incoraggiati a praticare attività fisiche ogni giorno. Gli esempi includono lo scendere dal mezzo di trasporto pubblico una fermata prima di quella consueta, il parcheggiare più lontano del solito dal posto di lavoro o dal negozio e di fare le scale invece di prendere l'ascensore. Dovrebbero anche essere proposte nuove forme di attività fisica, come il giardinaggio, portare a spasso il cane ogni giorno o nuove attività atletiche. L'impegno nell'esercizio fisico può essere facilitato dall'identificazione di un'area sicura per svolgere la propria attività come parchi pubblici, palestre, piscine. Comunque, quando questi luoghi non fossero disponibili, dovrebbe essere individuata un'area della casa e destinarla a tale scopo con attrezzature come la cyclette o il tappeto scorrevole.

I medici dovrebbero incoraggiare i soggetti con Obesità a pianificare e registrare l'attività fisica una settimana prima, prevedendone il tempo necessario, e documentando l'esercizio fisico tenendo un diario e registrando la durata e l'intensità dello sforzo praticato (vedi App. IV.13).

• Tab. 15. Durata delle varie attività fisiche per una spesa di 150 kcal (uomo adulto di 70 kg) (vedi Goal ¸)

Intensità	Attività	Durata (min)
Moderata	Pallavolo (non competitiva)	43
Moderata	camminare tranquillamente	37
Moderata	Camminare velocemente	32
Moderata	Tennis	32
Moderata	Raccogliere le foglie	32
Moderata	Ballare	29
Elevata	Jogging	18
Elevata	Hockey	16
Molto elevata	Correre	13

Un programma di attività fisica, costituito semplicemente da passeggiate giornaliere, può essere un modo piacevole di iniziare. È possibile iniziare camminando per 10 minuti 3 giorni alla settimana e aumentare progressivamente fino a 30-45 minuti di camminata spedita per almeno 5 giorni alla settimana, se non per tutti i giorni. La spesa calorica può dipendere variamente dal peso corporeo individuale e dall'intensità dell'attività praticata (**• Tab. 15**).

III.H.3. Terapia Comportamentale

Le strategie di comportamento per rinforzare il cambiamento della dieta e dell'attività fisica possono produrre una perdita di peso in soggetti adulti con Obesità nell'ordine del 10% rispetto al peso corporeo iniziale, in un periodo compreso tra 4-12 mesi. Se un soggetto non riesce ad acquisire nuove abitudini alimentari e a praticare attività fisica, una riduzione a lungo termine del peso è improbabile. L'acquisizione di nuove abitudini di vita è particolarmente importante per il mantenimento a lungo termine del peso raggiunto. Molti soggetti ritornano al peso iniziale e i medici che trattano l'Obesità devono acquisire familiarità con le tecniche comportamentali per la modificazione delle abitudini di vita.

L'obiettivo della terapia comportamentale è di modificare le abitudini di vita e l'attività fisica di un soggetto con Sovrappeso o Obesità. Sono state sviluppate tecniche specifiche per assistere i soggetti in Sovrappeso o con Obesità.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.3.**

La terapia comportamentale, in associazione al deficit energetico, fornisce benefici aggiuntivi nell'assistere i soggetti a perdere peso a breve termine (1 anno). Non è dimostrata la sua efficacia nel mantenimento del peso a lungo termine, in assenza di un continuo contatto professionale

l **Categoria di evidenza B**

Razionale:

Le assunzioni primarie della terapia comportamentale sono:

• è possibile modificare il peso corporeo con cambiamenti delle abitudini alimentari e dell'attività fisica

• i modelli di alimentazione e di attività fisica sono comportamenti appresi e possono essere modificati

• per cambiare questi modelli a lungo termine l'ambiente deve essere modificato.

La terapia comportamentale è costituita da metodi per superare gli ostacoli nel perdere peso con la terapia dietetica e/o con l'attività fisica e costituisce una componente fondamentale per la perdita di peso. Molti programmi finalizzati alla perdita di peso, incorporando strategie comportamentali, costituiscono un pacchetto che include l'educazione nutrizionale e l'esercizio fisico. Tuttavia questo pacchetto standard di gestione della perdita di peso non dovrebbe ignorare la necessità di personalizzare le strategie comportamentali.

1. Strategie di terapia comportamentale utilizzate in programmi di perdita e mantenimento di peso

Gli studi considerati in queste linee guida hanno esaminato tutto lo spettro dei differenti modelli di terapia comportamentale. Nessun singolo metodo o combinazione di metodi comportamentali ha dimostrato di essere chiaramente superiore. Pertanto differenti strategie possono essere utilizzate dai medici per modificare il comportamento del soggetto. Lo scopo è di modificare le abitudini alimentari e l'attività fisica a lungo termine. Tali cambiamenti possono essere ottenuti sia sulla base di sessioni individuali che di gruppo. La terapia di gruppo ha il vantaggio di un costo minore. Specifiche strategie comportamentali includono i seguenti elementi (vedi Piramide 3):

a. Auto-monitoraggio delle proprie abitudini alimentari e dell'attività fisica. Individuare il proprio comportamento attraverso l'osservazione e la registrazione costituisce un primo passo nella terapia comportamentale. Ai soggetti dovrebbe essere insegnato a registrare la quantità e il tipo di alimenti consumanti, il valore calorico e la composizione dei nutrienti presenti. Prendere nota della frequenza, dell'intensità e del tipo di attività fisica preferita rappresenta un completamento dell'auto-monitoraggio. È necessario inoltre estendere la registrazione al tempo, al luogo e alle sensazioni correlate all'alimentazione ed all'esercizio fisico per portare alla luce ogni comportamento non individuato in precedenza.

b. Gestione dello stress. Lo stress può indurre modelli di alimentazione scorretta e la gestione dello stress può ridurre situazioni che portano alla superalimentazione. Strategie come la meditazione e tecniche di rilassamento sono state tutte impiegate con successo nel ridurre lo stress (vedi Piramide 8).

c. Controllo degli stimoli. Identificare gli stimoli che possono incoraggiare l'assunzione di cibo accidentale aiuta i soggetti a limitare l'esposizione a situazioni ad alto rischio. Esempi di strategie per il controllo degli stimoli comprendono: imparare a fare attentamente la spesa, tenere i cibi ricchi di calorie fuori dalla propria abitazione, limitare il tempo ed i luoghi in cui mangiare, evitare coscientemente le situazioni in cui si verificano le abbuffate.

d. Problem-Solving. Questo termine si riferisce all'auto-correzione delle aree problematiche legate alla nutrizione e all'attività fisica. Gli approcci al Problem-Solving includono l'identificazione dei problemi correlati al peso, la generazione di alternative

(brainstorming) sulle possibili soluzioni da scegliere, la pianificazione e l'implementazione di alternative migliori per valutare le conseguenze di un possibile cambiamento del proprio comportamento. I soggetti dovrebbero essere incoraggiati a rivalutare le ricadute e a chiedersi: "Cosa ho imparato da questo tentativo?" invece di punire se stessi.

e. Management delle contingenze. Il comportamento può essere modificato usando delle ricompense per specifiche azioni, come l'aumento del tempo che si è speso camminando o la riduzione del consumo di determinati cibi. Le ricompense, tangibili o verbali, possono essere molto utili, particolarmente per gli adulti. Le ricompense possono essere generate sia dal team terapeutico che dai soggetti stessi. Per esempio, l'auto-ricompensa può essere monetaria o sociale e dovrebbe essere incoraggiata.

f. Ristrutturazione cognitiva. Gli obiettivi non realistici e le convinzioni inaccurate relative alla perdita di peso e all'immagine corporea devono essere modificate per favorire il cambiamento dei pensieri disfunzionali e i sentimenti che riducono gli sforzi per perdere peso. Sono incoraggiate risposte razionali finalizzate a rimpiazzare i pensieri negativi. Per esempio, il pensiero: "Ho interrotto la mia dieta questa mattina mangiando un cornetto al cioccolato; a questo punto tanto vale che mangi quello che voglio per il resto del giorno", potrebbe essere rimpiazzato da un pensiero più adattativo del tipo: "Bene, questa mattina ho mangiato un cornetto al cioccolato, ma posso ancora mangiare in modo salutare sia a pranzo che a cena".

g. Supporto sociale. Un sistema molto forte di supporto sociale può facilitare la riduzione del peso. I membri familiari, gli amici o i colleghi possono aiutare un soggetto a mantenere la propria motivazione e possono fornire un rinforzo positivo. Alcuni soggetti potrebbero trovare dei benefici partecipando ad un gruppo di supporto per la riduzione ponderale. Genitori e figli in Sovrappeso dovrebbero lavorare insieme per impegnarsi ad intraprendere e mantenere una dieta sana ed un'attività fisica abituale.

2. Trattamento di soggetti con Obesità con disturbo da alimentazione incontrollata *(Binge Eating Disorder)*

Se un soggetto soffre di disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder) si deve considerare la possibilità di indirizzare il soggetto ad uno specialista che si occupi del trattamento Cognitivo-Comportamentale del Binge Eating. L'approccio Cognitivo-Comportamentale al Binge Eating Disorder associato all'Obesità è derivato dalla teoria Cognitivo-Comportamentale usata nel trattamento della bulimia nervosa. Fra le varie tecniche usate ci sono l'auto-monitoraggio del comportamento alimentare, l'incoraggiamento ad assumere un'alimentazione regolare (tre pasti al giorno più degli spuntini pianificati), la ristrutturazione cognitiva e le strategie per la prevenzione delle ricadute (vedi App. IV.3).

---

m **Raccomandazione: R.III.H.3.2.**

Le strategie della terapia comportamentale per promuovere la dieta e l'attività fisica dovrebbero essere usate di routine, dato che sono utili nel raggiungere la perdita ed il mantenimento del peso

l **Categoria di evidenza B**

III.H.4. Terapia combinata

Per raggiungere la maggiore possibilità di successo nella terapia per perdere peso sarà necessaria la combinazione della terapia dietetica con la dieta ipocalorica, l'incremento dell'attività fisica e la terapia comportamentale. L'inclusione della terapia comportamentale e l'aumento dell'attività fisica forniranno l'opportunità migliore per perdere e, ottimisticamente, per controllare il peso a lungo termine. Al fine di raggiungere una perdita di peso il trattamento dovrebbe essere continuato per almeno 6 mesi prima di considerare una terapia farmacologica (vedi Piramide 9 e 10).

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.4.a.**

L'intervento combinato della dieta ipocalorica, con l'attività fisica e la terapia comportamentale, è il modello più efficace per la perdita e il mantenimento del peso

l **Categoria di evidenza A**

Razionale

Trial clinici hanno dimostrato che la combinazione della terapia comportamentale con la dieta ipocalorica e l'aumento dell'attività fisica determina un risultato a lungo termine migliore per la riduzione del peso, rispetto a quello fornito da programmi che usano solo una o due di queste modalità. Una dieta ipolipidica aumenta marcatamente le possibilità dell'attività fisica nel raggiungere un bilancio energetico negativo. Inoltre, le diete ipolipidiche, che sono anche a basso contenuto di grassi saturi, riducono i livelli di colesterolo, diminuendo il rischio cardio-vascolare. Nei soggetti che consumano una dieta iperlipidica e alcolici, è difficile raggiungere un bilancio energetico negativo ed una perdita di peso con un'attività fisica di durata e intensità moderate.

---

m **Raccomandazione: R.III.H.4.b.**

La terapia per la perdita ed il mantenimento del peso dovrebbe servirsi della combinazione di dieta ipocalorica, aumentata attività fisica e terapia comportamentale

l **Categoria di evidenza A**

III.H.5. Terapia farmacologica (vedi Piramide 4 e App. IV.11)

Negli ultimi due anni la terapia farmacologica ha subito cambiamenti radicali. Con la pubblicazione di un trial di terapia combinata confentermina e fenfluramina (210 settimane), la terapia farmacologica è passata dall'uso a breve termine a quello a lungo termine. Sia la destrofenfluramina, sia la fenfluramina usate da sole, o in combinazione con la fentermina, sono state usate a lungo termine.

Tuttavia, la preoccupazione per gli effetti collaterali e la recente evidenza di lesioni valvolari, ha determinato il ritiro della destrofenfluramina e della fenfluramina dal mercato nel Settembre del 1997. In quel periodo nessun farmaco era approvato dalla Food and Drug Administration per un uso superiore ai tre mesi. Nel Novembre 1997, la Food and Drug Administration ha approvato un nuovo farmaco, la sibutramina, per l'uso a lungo termine (12 mesi) nel trattamento dell'Obesità e ha approvato l'orlistat.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.5.a.**

Farmaci appropriati per la perdita di peso, possono migliorare l'efficacia nella perdita di peso della dieta, dell'attività fisica e della terapia comportamentale

l **Categoria di evidenza B**

Razionale

Lo scopo della perdita di peso e del mantenimento del peso è quello di ridurre i rischi per la salute. La maggior parte dei soggetti che perdono peso, lo recupera, perciò la sfida rivolta sia al soggetto che al medico è quella di mantenere il peso perduto. A causa della tendenza a riprendere peso, l'uso dei farmaci a lungo termine per aiutare il trattamento dell'Obesità dovrebbe essere indicato per soggetti attentamente selezionati.

Per ottenere la perdita di peso sono stati usati gli anoressanti. Sono state sviluppate tre classi di farmaci anoressanti, ognuna delle quali influenza i neurotrasmettitori cerebrali: quelli che modificano le catecolamine, quelli che modificano la serotonina e quelli che agiscono su entrambi. Tali farmaci agiscono facendo aumentare la secrezione di dopamina, norepinefrina o serotonina nello spazio intersinaptico, o inibendo il reuptake di questi neurotrasmettitori nel neurone o con entrambi i meccanismi. Il nuovo farmaco, la sibutramina inibisce il reuptake di norepinefrina e di serotonina. Un altro nuovo farmaco, l'orlistat, ha un meccanismo d'azione diverso, non sistemico, in quanto riduce l'assorbimento intestinale dei grassi. In verità, tranne che per orlistat (7 studi) sono stati effettuati pochi trial più lunghi di 6 mesi con l'uso di qualsiasi farmaco. I farmaci controllati per almeno un anno che hanno ricevuto l'approvazione della Food and Drug Administration per un uso a lungo termine sono illustrati nella • **Tab. 16**.

Questi farmaci sono efficaci, ma hanno effetti modesti sul decremento ponderale. La perdita di peso attribuibile ai farmaci è generalmente valutata tra 2-10 kg, anche se alcuni soggetti perdono significativamente più peso. Non è possibile prevedere quanto un soggetto possa perdere peso con l'uso dei farmaci. La maggior parte del decremento ponderale si ottiene solitamente nei primi 6 mesi della terapia.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.5.b.**

I farmaci per la perdita di peso approvati dalla FDA e dal MS per un uso a lungo termine possono essere somministrati in aggiunta alla dieta e all'attività fisica a soggetti con un BMI ≥30 senza fattori concomitanti di rischio o malattie Obesità-correlate e a soggetti con un BMI ≥27 con fattori concomitanti di rischio o malattie Obesità-correlate

l **Categoria di evidenza B**

Tra gli effetti collaterali dei farmaci si segnala l'ipertensione polmonare primaria con fenfluramina e destrofenfluramina, le lesioni valvolari con destrofenfluramina e fenfluramina e l'aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca con sibutramina. Con orlistat si può verificare una diminuzione nell'assorbimento delle vitamine liposolubili. Per ovviare a tale inconveniente é consigliabile effettuare una dieta particolarmente ricca di frutta e verdura o, in casi sporadici, è necessario fornire un supplemento vitaminico I soggetti con una storia di ipertensione arteriosa non

controllata, cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca, aritmie o con una storia di ictus non dovrebbero essere trattati con sibutramina e tutti quelli che prendono tale farmaco dovrebbero monitorare la pressione arteriosa regolarmente. Con i farmaci serotoninergici è stata descritta la comparsa di depressione, ma essa generalmente non è clinicamente significativa. Effetti neurotossici con atrofia neuronale sono stati descritti con alte dosi di destrofenfluramina in ratti e primati, ma non nell'uomo. Il rischio legato all'uso dei farmaci anoressanti durante la gravidanza è ancora sconosciuto.

• Tab. 16. Farmaci per la perdita di peso*

Farmaco	Azione	Effetti collaterali-
destrofenfluramina** fenfluramina**	inibitore del reuptake della serotonina rilasciante la serotonina	valvulopatie cardiache ipertensione polmonare primaria neurotossicità
sibutramina	inibitore del reuptake della norepinefrina e serotonina	aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa
orlistat	inibitore della lipasi pancreatica diminuisce l'assorbimento di grassi	diminuzione dell'assorbimento di vitamine liposolubili Feci soffici e perdita di feci

* L'efedrina, la caffeina e la fluoxetina sono state anche testate per la perdita di peso, ma non sono state approvate per l'uso nel trattamento dell'Obesità. Il mazindolo, la benzfetamina e la fendimetrazina sono approvate solo per l'uso a breve termine nel trattamento dell'Obesità.
**Ritirata l'approvazione della Food and Drug Administration

Razionale

Se dopo almeno 6 mesi di dieta ipocalorica, incremento dell'attività fisica e terapia comportamentale, il soggetto non ha perso il peso raccomandato di 0.5 kg/settimana, va considerata la terapia farmacologica. Esistono pochi studi a lungo termine che abbiano valutano la sicurezza o l'efficacia dei farmaci approvati per la perdita di peso. Al momento, solo la sibutramina è disponibile per un uso a lungo termine. Il loro rapporto rischio/beneficio è tale che l'uso può essere raccomandato secondo i livelli di Obesità descritti precedentemente. I farmaci per la perdita di peso dovrebbero essere usati solo da soggetti ad elevato rischio e non dovrebbero essere usati per obiettivi di tipo cosmetico. I fattori di rischio e le malattie che vengono considerate per consigliare la terapia farmacologica con un BMI 27-29.9 sono l'ipertensione arteriosa, la dislipemia, la patologia cardio-vascolare, il Diabete di tipo 2 e la sleep apnea.

Non tutti i soggetti rispondono alla terapia farmacologica. Alcuni studi sui farmaci anoressanti hanno mostrato che nei responder si mantiene l'efficacia, mentre nei nonresponder l'efficacia non si ottiene neppure con una dose maggiore. Se un soggetto non perde 2 kg nelle prime 4 settimane, dopo avere iniziato la terapia, la possibilità di una risposta a lungo termine è molto scarsa. Questa informazione può essere usata come guida al trattamento, per continuare l'uso del farmaco in coloro che rispondono e per interromperlo in coloro che non hanno risposto. La perdita di peso nei primi 6 mesi di terapia, o la stabilità dopo la fase iniziale di decremento ponderale, vanno considerati successi terapeutici e l'uso del farmaco può essere mantenuto.

È importante ricordare che il ruolo principale dei farmaci dovrebbe essere quello di aiutare i soggetti a seguire la dieta. L'efficacia non si mantiene dopo l'interruzione. L'uso del farmaco può essere continuato fino a quando è efficace e gli effetti collaterali sono gestibili. Non ci sono indicazioni specifiche relativamente al periodo di trattamento.

Un periodo iniziale di prova della durata di alcune settimane con un determinato farmaco, può aiutare a valutarne l'efficacia. Se un soggetto non risponde ad un farmaco con una ragionevole perdita di peso, il medico dovrebbe fare una valutazione della compliance oppure considerare la necessità di una modificazione della posologia. Se il soggetto continua a non rispondere al farmaco o si verificano effetti collaterali non accettabili si deve prendere in considerare la sospensione.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.5.c.**
In alcuni soggetti sono stati osservati effetti collaterali derivati dall'uso di farmaci per la perdita di peso
l **Categoria di evidenza A**

Razionale

I possibili effetti collaterali derivati dall'uso dei farmaci costituiscono motivo di grande preoccupazione. Gli effetti collaterali della sibutramina comprendono l'aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. L'orlistat può provocare alterazioni dell'alvo e un ridotto assorbimento di alcune vitamine liposolubili. Perciò, si raccomanda un supplemento multivitaminico. Gli effetti collaterali di orlistat sono generalmente lievi e si riducono con l'uso continuativo del farmaco. L'eventuale persistenza di tali effetti può indicare l'interruzione del trattamento.

La terapia farmacologica che determina effetti collaterali importanti deve essere usata con molta attenzione. I medici devono assicurarsi che i soggetti non stiano assumendo altri farmaci non ritirati dal mercato. I cocktail di farmaci a base di erbe non sono raccomandati. Questi preparati contengono una indefinita quantità di ingredienti attivi e hanno effetti imprevedibili e potenzialmente dannosi.

Nei soggetti che hanno un livello minimo di rischio legato all'Obesità, una terapia non farmacologica è il trattamento di scelta.

È importante che il medico spieghi al soggetto sia l'efficacia sia gli effetti collaterali dei farmaci.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.5.d.**
Usare i farmaci singolarmente (non in combinazione) e iniziare con la più bassa dose efficace può diminuire la possibilità degli effetti collaterali
l **Categoria di evidenza C**

Razionale

Dato che gli effetti negativi possono aumentare con la terapia farmacologica combinata, sembra saggio affermare, finché non saranno disponibili dati più sicuri, che

l'uso di farmaci per la perdita di peso è più prudente se effettuato con farmaci singolarmente. Alcuni soggetti rispondono a dosi minori in modo tale che non è sempre necessario un dosaggio pieno. L'uso dei farmaci a breve termine (meno di tre mesi) non è apparso generalmente efficace.

I farmaci dovrebbero essere usati solo come una parte di un programma integrato che includa la terapia comportamentale, la dieta e l'attività fisica. Un appropriato monitoraggio degli effetti collaterali deve essere eseguito di continuo finché i farmaci fanno parte del trattamento. I soggetti avranno bisogno di ritornare per un primo follow-up dopo 2 o 4 settimane, poi una volta al mese per 3 mesi e in fine ogni 3 mesi per il primo anno dopo avere intrapreso la terapia farmacologica. Dopo il primo anno, il medico informerà il soggetto sulla necessità di opportune visite di controllo. Gli scopi saranno di monitorare il peso, la pressione arteriosa e il polso, di discutere degli effetti collaterali, attuare esami di laboratorio e di rispondere alle eventuali domande.

Dato che l'Obesità è un malattia cronica, l'uso dei farmaci a breve durata non è utile. I medici dovrebbero includere l'uso dei farmaci solo nel contesto di una strategia di trattamento a lungo termine. Il rapporto costo/beneficio non può essere predeterminato in questo momento, dato che non ci sono abbastanza dati a lungo termine (> 1 anno) per nessuno dei farmaci disponibili.

---

m **Raccomandazione**: **R.III.H.5.e.**

I farmaci per la perdita di peso approvati dalla Food and Drug Administration possono essere usati solo come parte di un programma integrato, che include la terapia dietetica e l'attività fisica. Per i soggetti con un BMI ≥30 senza concomitanti fattori di rischio o malattie Obesità-correlate e, per i soggetti con BMI ≥27 con concomitanti fattori di rischio o malattie Obesità-correlate. I farmaci per la perdita di peso non dovrebbero mai essere usati senza una concomitante modificazione dello stile di vita

È necessaria una continua revisione della terapia farmacologica per valutarne l'efficacia e la sicurezza. Se il farmaco è efficace nell'aiutare il soggetto a perdere e/o a mantenere una perdita di peso e non ci sono seri effetti collaterali, può esserne continuata l'assunzione. Altrimenti, dovrebbe essere interrotto

l **Categoria di evidenza C**

III.H.6. Terapia chirurgica

La chirurgia offre la possibilità di ottenere la riduzione ponderale per alcuni soggetti con Obesità morbigena e resistente. Lo scopo della chirurgia è di modificare il tratto gastrointestinale per ridurre l'assunzione del cibo. La maggior parte degli specialisti concordano sul fatto che la chirurgia per la perdita di peso dovrebbe essere riservata ai soggetti con Obesità morbigena, nei quali altre terapie non hanno avuto successo e che hanno concomitanti complicazioni dovute all'Obesità (vedi App. IV.14.).

Sono stati fatti considerevoli progressi nello sviluppo di procedimenti chirurgici più sicuri ed efficaci nel determinare una perdita di peso. Gli interventi chirurgici usati più comunemente includono la gastroplastica verticale, il bendaggio gastrico ed il by-pass gastrico. Queste procedure hanno come scopo principale quello di ridurre l'assunzione del cibo. Esse hanno sostituito le precedenti procedure che erano state designate per promuovere il malassorbimento dei nutrienti. Le procedure precedenti erano

accompagnate da effetti collaterali che hanno reso il loro uso impraticabile e pericoloso (vedi Goal ¾).

ρ Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.6.a.

La chirurgia gastrointestinale (gastroplastica verticale, bendaggio gastrico, by-pass gastrico Roux-en-Y) può indurre una sostanziale perdita di peso e perciò costituisce una possibile strategia d'intervento per soggetti ben informati e motivati, con BMI ≥40 o ≥35, che abbiano patologie associate e per i quali l'intervento comporti rischi accettabili

| Categoria di evidenza B

Razionale

Secondo la National Institutes of Health Consensus Development Conference on Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity, il rischio di morbosità e mortalità associato all'Obesità incrementa con il grado di Sovrappeso. Quindi, il trattamento dell'Obesità morbigena implica il tentativo di creare un deficit calorico sufficiente ad indurre la perdita di peso e la riduzione dei fattori di rischio o delle patologie associate all'eccesso ponderale. L'approccio chirurgico può determinare una sostanziale perdita di peso da 50 kg fino a 100 kg, in un periodo da 6 mesi ad 1 anno. Una delle maggiori limitazioni dell'approccio non chirurgico è l'insuccesso nel mantenimento a lungo termine del peso perduto in molti soggetti. Gli interventi chirurgici in uso (gastroplastica verticale, bendaggio gastrico, by-pass gastrico Roux-en-Y) possono indurre perdita di peso e servire a ridurre i fattori di rischio e le patologie associate all'Obesità.

Rispetto agli altri interventi disponibili, la chirurgia permette di ottenere i periodi più lunghi di mantenimento del peso perduto. La valutazione sia del rischio peroperatorio che delle complicazioni a lungo termine è importante, e richiede una definizione del rapporto costo/beneficio per ogni singolo caso. I soggetti con BMI ≥40 kg/m^2 sono potenziali candidati per la terapia chirurgica se essi desiderano fortemente una sostanziale perdita di peso, poiché l'Obesità compromette gravemente la qualità della loro vita. Soggetti con BMI tra 35 e 39.9 kg/m^2 possono essere anche presi in considerazione per l'intervento chirurgico. Questo gruppo include principalmente quei soggetti con concomitanti patologie ad alto rischio (patologia cardio-vascolare, sleep apnea, Diabete di tipo 2 non controllato), o con problemi fisici indotti dal Sovrappeso che interferiscono con le normali attività della vita quotidiana.

Uno studio retrospettivo recente condotto su soggetti con Obesità e Diabete di tipo 2, arruolati per un intervento di by-pass gastrico, ha permesso di confrontare soggetti sottoposti ad intervento chirurgico e soggetti di controllo. I soggetti sottoposti ad intervento chirurgico hanno mostrato un decremento nel tasso di mortalità per ciascun anno di follow-up. Quest'ultima osservazione fornisce la documentazione iniziale dell'impatto significativo che la riduzione del peso corporeo può avere sulla mortalità. La maggior parte degli studi sulla terapia chirurgica ha incluso donne in età riproduttiva. Una certa cautela dovrebbe essere esercitata nella selezione dei candidati per il trattamento chirurgico, poiché la gravidanza incrementa le necessità nutrizionali e comporta un normale aumento di peso corporeo.

Donne con potenzialità riproduttiva dovrebbero essere sconsigliate dal sostenere una gravidanza fino a quando il loro peso non si sia stabilizzato successivamente all'intervento, e fino a che le possibili carenze di micronutrienti non siano state

identificate e trattate.

È importante notare che molti degli studi riportati fino ad oggi non sono stati rappresentativi della popolazione di soggetti con Obesità morbigena, con riferimento alla razza, al gruppo etnico, al background culturale o socioeconomico, o al sesso.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.6.b.**
I soggetti che optano per l'intervento chirurgico dovrebbero essere seguiti da un team multidisciplinare (medico, comportamentale e nutrizionale)
l **Categoria di evidenza D**

Razionale

Come per tutti gli altri interventi per l'Obesità, un programma integrato dovrebbe essere situato in un posto che fornirà istruzioni riguardanti il necessario regime dietetico, l'attività fisica appropriata, ed il supporto comportamentale e sociale prima e dopo l'intervento chirurgico (vedi IFT 10° e 11°).

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.H.6.c.**
Il controllo medico per tutta la durata della vita del soggetto dopo la terapia chirurgica costituisce una necessità
l **Categoria di evidenza C**

Razionale

- **Tab. 17. Complicazioni della terapia chirurgica (by-pass gastrico): follow-up a 14 anni**

Carenza di Vitamina B12	39.9%
Riammissione per differenti ragioni	38.2%
Ernia in sede d'incisione chirurgica	23.9%
Depressione	23.7%
Rottura dei punti	15.0%
Gastrite	13.2%
Colecistite	11.4%
Problemi anastomotici	9.8%
Deidratazione, malnutrizione	5.8%
Dilatazione peritoneale	3.2%

Poiché le procedure chirurgiche causano una perdita parziale della funzione di assorbimento, devono essere individuate le conseguenze a lungo termine di potenziali carenze nutrizionali e deve essere eseguito un adeguato monitoraggio, con particolare riguardo alla vitamina B_{12}, al folato ed al ferro. Alcuni soggetti possono sviluppare altri sintomi gastrointestinali, come "dumping syndrome" o calcolosi biliare.

Occasionalmente, i soggetti possono mostrare cambiamenti dell'umore postoperatori, o eventuali sintomi di depressione preoperatoria possono non essere

migliorati dalla perdita di peso. Quindi, il controllo dovrebbe includere il monitoraggio degli indici di nutrizione inadeguata e la modificazione di alcuni disordini preoperatori. La • **Tab. 17**. illustra alcune complicanze che possono manifestarsi dopo il by-pass gastrico.

---

m **Raccomandazione: R.III.H.6.d.**

La terapia chirurgica per la perdita di peso costituisce un'opzione per soggetti selezionati con Obesità morbigena (BMI >40 o con BMI >35 con condizioni di comorbosità) quando metodi meno invasivi per la perdita di peso si sono dimostrati inefficaci ed il soggetto è ad alto rischio di morbosità o di mortalità associate ad Obesità (vedi Goal ¾)

l **Categoria di evidenza B**

Commento I. Adattare i programmi per la perdita di peso alle necessità delle diverse popolazioni

L'approccio standard dei differenti trattamenti dell'Obesità dovrebbe essere adattato alle necessità dei soggetti. Comunque, è difficile verificare nella letteratura quanto ciò venga messo in pratica e se l'adattamento renda più efficace i programmi per la perdita di peso. In letteratura, sono disponibili pochi lavori su tali programmi adattati, soprattutto se tali lavori vengono distinti da quelli che includono o si focalizzano su popolazioni speciali, ma che non riportano i criteri adottati per modificare l'intervento su queste popolazioni. In aggiunta, è impossibile confrontare direttamente la quantità di peso perduto utilizzando programmi adattati con quella ottenuta utilizzando l'approccio standard. I lavori che riportano questi programmi sono talvolta studi pilota o studi descrittivi che non rispettano gli standard delle evidenze esposti in queste linee guida. Quando studi randomizzati e controllati o quasi sperimentali sono disponibili, in genere non includono un confronto con programmi standard.

Forti variazioni individuali esistono in ogni gruppo sociale o culturale. Inoltre, c'è una sostanziale sovrapposizione tra subculture all'interno di società più ampie. Non esiste quindi un "libro di ricette" o un set di regole standardizzate per ottimizzare la perdita di peso in un determinato tipo di popolazione. Un'analisi teorica e qualitativa dell'appropriatezza culturale dei programmi per il trattamento dell'Obesità è stata condotta ed essa fornisce alcune indicazioni per incorporare le caratteristiche e le aspettative del soggetto durante la preparazione e la messa in atto dei programmi per la perdita di peso. Alcuni esempi sono esposti di seguito:

• Adattare il contesto e lo staff alla popolazione di soggetti. L'ambiente dovrebbe:
- essere fisicamente accessibile per il soggetto
- avere caratteristiche familiari al soggetto
- non presentare connotazioni psico-sociali negative
- essere privo di aspetti che creino una grande distanza sociale tra i soggetti o tra il soggetto ed il terapeuta

- promuovere la partecipazione attiva e favorire l'autostima e l'auto-efficacia nel soggetto.

Il personale dovrebbe essere culturalmente consapevole e preparato per lavorare con soggetti di diversa estrazione culturale e di differente livello economico e di istruzione. Ad esempio, l'adattamento culturale dei programmi è stato avviato a partire dalla considerazione che i centri di comunità sono da preferire agli ospedali o agli ambulatori come sedi per l'attuazione di programmi di riduzione del peso corporeo attraverso modificazioni dello stile di vita. In alternativa, alcuni programmi hanno impiegato personale della stessa estrazione sociale dei soggetti, al fine di aiutare questi ultimi a superare le differenze sociali e di classe, fornendo una sorta di ponte tra le conoscenze, le esperienze e le aspettative dei soggetti e dei terapeuti.

È necessario elencare le assunzioni sul tipo di soggetto per il quale il programma sarà più adatto e valutare il grado per cui queste assunzioni sono appropriate in soggetti futuri. Dove appropriato, è necessario modificare il programma per evitare la necessità di presupposti inconfutabili. Occorre inoltre tenere conto:

• della base di conoscenze preesistenti

• della routine giornaliera

• del tempo per le attività discrezionali

• delle risorse finanziarie e delle condizioni di vita

• delle preferenze culturali per gli alimenti e le attività.

Per esempio, è opportuno adattare i materiali stampati ai soggetti con basso livello di istruzione o con problemi di vista e fornire raccomandazioni sulla dieta e sull'attività fisica che siano accettabili per i soggetti con reddito basso, che vivono in zone della città con limitato accesso ai supermercati o con alti tassi di criminalità.

• Tenere in considerazione di quanto il programma per il trattamento dell'Obesità è adatto agli altri aspetti della salute e dell'autocura dei soggetti e integrare gli altri aspetti ove necessario. Per esempio, per i soggetti con Diabete di tipo 2 le informazioni sulla riduzione del peso dovrebbero allinearsi a quelle per la cura del diabete. Infine è necessario prevedere e favorire le modificazioni del programma basate sul feedback e sulle preferenze dei soggetti.

• L'appropriatezza dei programma può essere migliorata quando i soggetti possono esprimere le proprie necessità e preferenze e quando il programma tiene conto di esse. Questo è da applicare soprattutto quando i terapeuti hanno poche esperienze in comune con i soggetti.

Negli anni recenti si sono diffusi movimenti anti-dieta e di accettazione dell'eccesso di grasso. Ciò è emerso in conseguenza delle preoccupazioni per le fluttuazioni del peso corporeo e per i possibili effetti avversi di queste sulla morbosità e mortalità. Comunque, l'evidenza recente suggerisce che la perdita di peso intenzionale non è associata ad una maggiore morbosità e mortalità. Per questa ragione le linee guida hanno fatto espliciti riferimenti all'importanza dell'intervento per la perdita ed il mantenimento del peso in gruppi appropriati di soggetti.

Commento II. La perdita di peso dopo i 65 anni. Quali Problemi?

• Le indicazioni per il trattamento dell'Obesità negli anziani sono le stesse di quelle per i soggetti giovani?
• La riduzione del peso corporeo riduce i fattori di rischio nei soggetti anziani?
• La riduzione di peso corporeo prolunga la vita dei soggetti anziani?
• Esistono rischi associati al trattamento dell'Obesità specifici per i soggetti anziani?

La elevata prevalenza di fattori di rischio cardio-vascolare in soggetti Sovrappeso rispetto a quelli non in Sovrappeso è osservata chiaramente nell'età avanzata. In aggiunta, l'Obesità è il principale predittore di limitazioni funzionali e di danni alla mobilità nei soggetti anziani. Sia i dati osservazionali che gli studi randomizzati controllati citati in queste linee guida suggeriscono che la perdita di peso riduce i fattori di rischio e migliora lo stato funzionale nello stesso modo in cui avviene nei soggetti giovani.

La questione se la riduzione del peso conduce ad un aumento della sopravvivenza dei soggetti anziani è stata sollevata a causa dell'osservazione che la riduzione del peso dopo i 60-65 anni può non risolvere i danni determinati dall'Obesità. Inoltre, la perdita di peso in età avanzata è stata associata con un incremento della mortalità. In parte l'associazione tra perdita del peso e aumento della mortalità può essere dovuta alla maggiore frequenza della perdita di peso involontaria nei soggetti anziani, dovuta a malattie non rilevate o occulte. In ogni caso, l'associazione tra perdita del peso e aumento della mortalità si applica soprattutto ai soggetti che entrano nell'età avanzata con un BMI all'estremo inferiore dell'intervallo. Non è chiaro se ciò è applicabile ai soggetti anziani in Sovrappeso con fattori di rischio cardio-vascolare. Questo problema non è facilmente risolvibile dall'esame dei dati osservazionali, e non sono disponibili studi randomizzati in cui gli effetti del trattamento dell'Obesità sulla mortalità possano essere direttamente valutati, a qualunque età.

La validità o l'importanza di trattare l'Obesità in età avanzata è stata anche messa in discussione dalle osservazioni epidemiologiche, che suggeriscono una diminuzione significativa del rischio relativo associato all'Obesità nei soggetti più anziani. Comunque, i dati sul rischio relativo non rappresentano un punto di riferimento utile per valutare se i soggetti anziani con Obesità otterranno benefici. Il rischio relativo è influenzato dalle caratteristiche del gruppo di controllo. In questo caso, il gruppo di controllo è rappresentato da soggetti più anziani di peso minore che presentano alti livelli di morbosità e mortalità. Preoccupazioni sui potenziali effetti avversi legati al trattamento dell'Obesità nei soggetti anziani sono state sollevate in riferimento soprattutto allo stato di salute delle ossa e all'adeguatezza nutrizionale.

La riduzione del peso può accelerare la perdita di tessuto osseo correlata all'età e perciò può incrementare il rischio di fratture osteoporotiche nei gruppi ad alto rischio, come le donne bianche più anziane. Questa preoccupazione è più

rilevante per la perdita di peso nei soggetti magri che nei soggetti con Obesità. Esiste evidenza che l'allenamento di resistenza ed un moderato esercizio fisico con i pesi, parte di un programma di riduzione del peso, possono aiutare a mantenere l'integrità delle ossa. La sicurezza nutrizionale generale delle riduzione del peso nell'età avanzata è necessaria, poiché le restrizioni dei consumi alimentari giornalieri dovute alla dieta potrebbero produrre assunzioni inadeguate di proteine o di vitamine e minerali.

In aggiunta, la perdita di peso involontaria, indicativa di una malattia occulta, potrebbe essere confusa con il successo di una perdita di peso volontaria. Queste preoccupazioni possono essere alleviate fornendo un'adeguata informazione nutrizionale e un controllo regolare del peso corporeo nei soggetti anziani per i quali è prescritta una perdita di peso.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.Commento II.a.**

L'età, da sola, non dovrebbe precludere il trattamento dell'Obesità negli uomini e nelle donne adulte

l **Categoria di evidenza D**

Razionale

Vi sono scarse documentazioni, al momento, in grado di indicare che il trattamento dell'Obesità non debba essere preso in considerazione per uomini o donne adulti solo in base ad un'età superiore agli 80 anni.

---

m **Raccomandazione: R.Commento II.b.**

La decisione clinica di rinunciare a trattare l'Obesità in un adulto anziano dovrebbe dipendere dalla valutazione dei benefici potenziali connessi alla riduzione del peso, dall'esame dei parametri funzionali giorno-per-giorno, dalla riduzione del rischio di patologia cardio-vascolare, ed essere rapportata alle motivazioni del soggetto a perdere peso

Si dovrebbe prestare attenzione affinché qualsiasi programma di riduzione del peso comporti minimi effetti secondari indesiderati a livello del tessuto osseo nonché di altri parametri dello stato di nutrizione

l **Categoria di evidenza D**

---

n III.I. Sospensione del fumo in soggetti in Sovrappeso o con Obesità

Il fumo di sigaretta rappresenta un rischio maggiore per malattia cardio-polmonare. A causa del suo elevato livello di rischio, abolire il fumo costituisce un importante obiettivo da raggiungere nella modificazione dei fattori di rischio in generale. Questo provvedimento è particolarmente importante nei soggetti Sovrappeso o con Obesità, che abitualmente presentano rischi ancora maggiori nell'ambito di quelli associati all'Obesità. Pertanto, l'abolizione del fumo in questi soggetti è da considerarsi

di elevata priorità nei programmi di riduzione dei fattori di rischio.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.I.a.**

Fumo e Obesità insieme potenziano il rischio di patologia cardio-vascolare, ma il timore di guadagnare peso a causa della sospensione del fumo costituisce un ostacolo per molti soggetti fumatori

l **Categoria di evidenza C**

Razionale

Tanto il fumo quanto l'Obesità si accompagnano ad aumentato rischio per patologia cardio-vascolare. Sono molte le evidenze di benefici per la salute associate alla sospensione del fumo, ma un importante ostacolo ad una permanente sospensione del fumo è rappresentato dall'aumento del peso osservato in circa 80% di ex fumatori. Tale aumento di peso è in media di 2.5-3.5 kg, ma nel 13% delle donne e nel 10% degli uomini si è osservato un aumento anche di 12.7 kg. L'aumento del peso è un importante ostacolo alla sospensione del fumo, particolarmente nelle donne.

L'aumento del peso che fa seguito alla sospensione del fumo è sempre stato considerato relativamente resistente alla maggior parte dei trattamenti dietetici, comportamentali o di esercizio fisico. L'incremento di peso successivo alla sospensione del fumo è stato associato ad una riduzione del dispendio energetico, anche dell'ordine delle 100 kcal al giorno, giustificando così circa un terzo dell'aumento del peso post-sospensione del fumo. La riduzione del dispendio energetico sembra dipendere da una diminuzione del metabolismo basale (Resting Energy Expenditure). In generale, non risultano particolari differenze nel livello di attività fisica documentabile nei soggetti che interrompono l'abitudine al fumo. I due terzi circa dell'incremento di peso post-fumo sembrano attribuibili ad aumento dell'introito calorico. Tuttavia, i programmi dietetici abbinati al programma di sospensione del fumo non risultano molto efficaci. Vi sono numerosi prodotti che riducono l'aumento ponderale post-fumo, ivi compresa la terapia sostitutiva con nicotina, la fenilpropanolamina e il bupropione.

Non vi è dubbio, tuttavia, che questi farmaci sono semplicemente in grado di ritardare piuttosto che di prevenire l'aumento ponderale post-fumo. In effetti, mentre una soppressione evidente dell'aumento del peso può essere rilevabile durante il trattamento farmacologico, i soggetti in questione notano poi una ripresa del peso non appena l'uso dei farmaci viene interrotto e l'incremento di peso che interviene a lungo termine risulta simile a quello evidenziabile nei soggetti che non si sottopongono a trattamento.

L'aumento del peso post-fumo è probabilmente meno pericoloso per la salute del danno derivante dalla continuazione del fumo. Per questo motivo, la sospensione del fumo dovrebbe essere fortemente incentivata, indipendentemente dal peso attuale del soggetto. Il fumo non deve essere accettato come terapia di controllo del peso, nonostante essa sembri adottata da moltissimi soggetti a questo scopo. Ai soggetti in Sovrappeso, come del resto anche a quelli di tutte le altre categorie, si dovrebbe consigliare la sospensione del fumo. Per ragioni pratiche, potrebbe essere prudente evitare di iniziare contemporaneamente il trattamento per perdere peso e quello di sospensione del fumo. Occorre certamente sottolineare la necessità di prevenire l'aumento ponderale con una dieta appropriata e l'attività fisica. Se all'interruzione del fumo fa seguito l'aumento del peso, questo dovrebbe essere trattato energicamente secondo queste linee guida. Per quanto un aumento di peso in tempi brevi sia un comune

effetto indesiderato della sospensione del fumo, questo fenomeno tuttavia non esclude la possibilità di un trattamento a lungo termine per il controllo del peso. Non esistono studi clinici che diano informazioni se gli ex fumatori siano meno favoriti ad ottenere nel tempo il successo terapeutico nel programma di riduzione del peso in confronto ai soggetti che non hanno mai fumato.

---

m **Raccomandazione: R.III.I.b.**

Tutti i fumatori, indipendentemente dal loro peso attuale, dovrebbero sospendere l'uso del fumo

l **Categoria di evidenza A**

Occorrere incentivare la prevenzione dell'aumento del peso post-fumo e, se il peso aumenta, deve essere trattato con terapia dietetica, attività fisica e terapia comportamentale, sottolineando comunque l'importanza fondamentale dell'astensione dal fumo.

l **Categoria di evidenza C**

---

n III.L. Ruolo degli operatori sanitari

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.III.L.a.**

Sono numerosi gli operatori sanitari che possono ricoprire un ruolo importante nel programma terapeutico orientato alla riduzione del peso

l **Categoria di evidenza B**

Razionale

Vari studi clinici randomizzati hanno sottolineato l'importanza del ruolo svolto da nutrizionisti, fisiologi dell'attività muscolare, istruttori di educazione fisica, personale infermieristico e psicologi in aggiunta al medico nel realizzare la valutazione del soggetto, il programma del trattamento per la riduzione del peso e il controllo nel tempo. Di conseguenza, è auspicabile che gli operatori sanitari si avvalgano delle varie discipline che consentono di acquisire esperienza nella preparazione delle diete, nell'impostazione dell'attività fisica e nel favorire le modificazioni del comportamento. Fra il medico e queste discipline possono intercorrere collegamenti diretti e formali, o anche solo indiretti. È comunque importante sottolineare come una concreta attitudine a sostenere e incoraggiare i soggetti da parte di tutti gli operatori sanitari sia fondamentale per ottenere un successo duraturo (vedi App. IV.2).

---

m **Raccomandazione: R.III.L.b.**

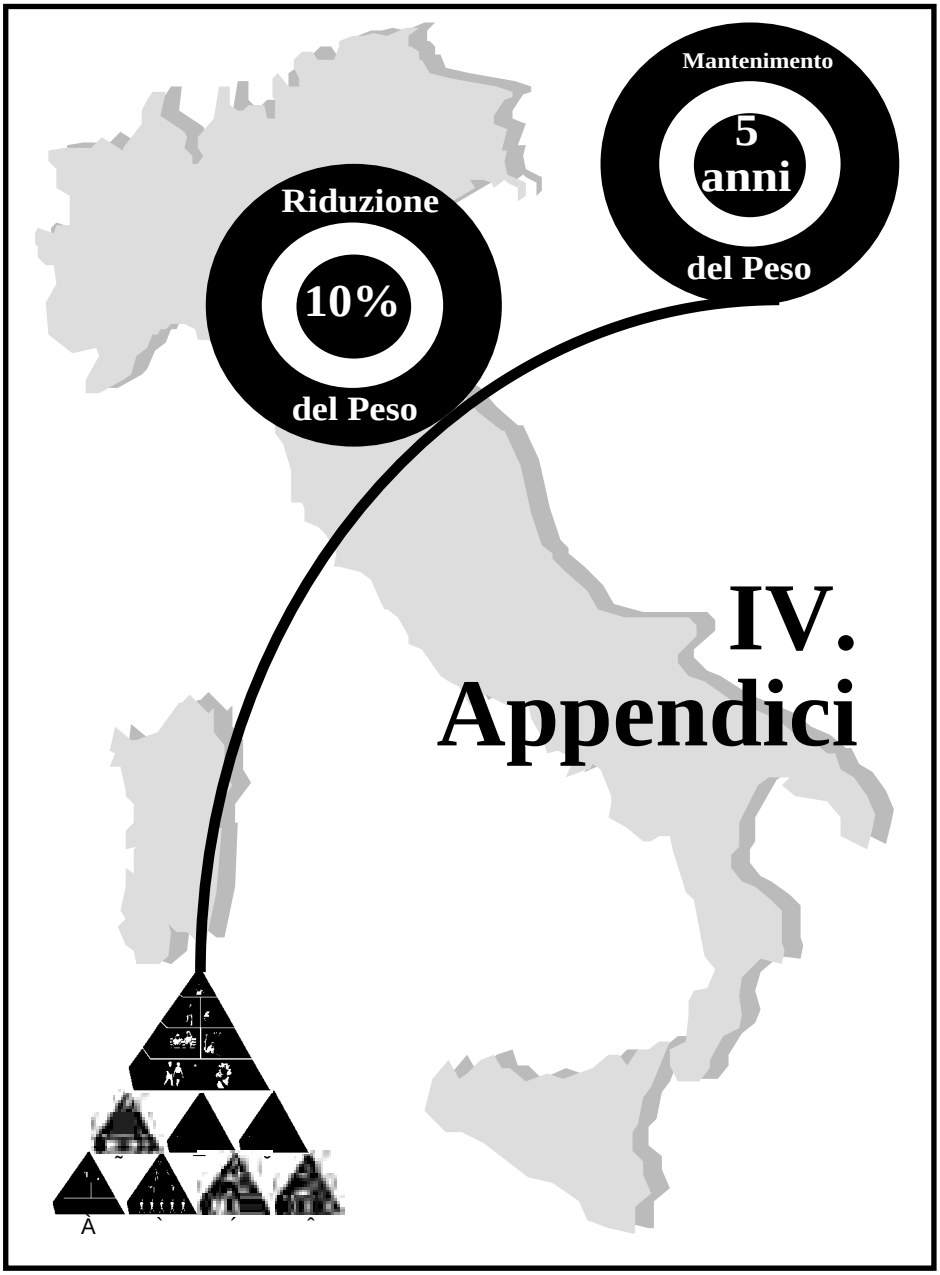
Un programma per la riduzione e il mantenimento del peso può essere attuato dal medico di medicina generale non specialista purché questi abbia il necessario interesse e l'indispensabile conoscenza del problema. Tuttavia, risultano disponibili diversi operatori sanitari che, con competenze diverse, sono in grado di aiutare il medico di medicina generale che senta l'esigenza di questa collaborazione

l **Categoria di evidenza B**

J 6° IFT

La Piramide della "Diet Industry"

6. Frode
5. Sfruttamento del bisogno e dell'ingenuità
4. Falso Ideologico
3. Mistificazione
2. Ciarlataneria
1. Mercato



IV. Appendici

Indice

IV. Appendici 77

IV. Appendice 1. La "Diet Industry" 80
IV.1.1. Definizione 80
IV.1.2. Cronologia delle frodi 80
IV.1.3. Criteri di valutazione: linee guida per la valutazione delle frodi e delle ciarlatanerie 81
IV. Appendice 2. Criteri per la valutazione dei delle strutture e dei programmi per perdere Peso 84
IV.2.1. Premesse: necessità dell'accreditamento 84
IV.2.2. Il Committee della National Academy of Sciences 84
IV.2.3. Valutazione dei programmi e dei servizi per perdere peso 85
IV.2.4. Strumenti di valutazione perinenti alla terapia 88
IV. Appendice 3. Metodi di valutazione del Comportamento Alimentare 91
IV.3.1. Studio del comportamento alimentare e dei suoi disturbi 91
IV.3.2. Studio della motivazione 93
VI.3.3. Valutazione di tratti di personalità e di sintomi psicopatologici 94
IV. Appendice 4. Chi deve curare l'Obesità? 97
IV.4.1. Esiste una figura professionale specifica? 97
IV.4.2. Interdisciplinarità e integrazione delle professionalità 97
IV.4.3. Configurazione di un team professionale multidisciplinare 97
IV.4.4. La posizione del medico di medicina generale nel management 99
IV. Appendice 5. La prevenzione 102
IV.5.1. Introduzione 102
IV.5.2. Successi e insuccessi dei passati interventi di Sanità Pubblica 102
IV.5.3. Razionale degli interventi di prevenzione 102
IV.5.4. È possibile prevenire l'Obesità? 103
IV.5.5. Obiettivi della prevenzione 103
IV.5.6. Livelli di prevenzione 103
IV. Appendice 6. La riduzione del peso nel soggetto anziano 108
IV. Appendice 7. La perdita di peso nell'infanzia 110
IV.7.1. Introduzione 110
IV.7.2. Definizione di Obesità nel bambino 110
IV.7.3. Prevalenza dell'Obesità del bambino in Italia 110
IV.7.4. Rischi per la salute legati a Sovrappeso e Obesità nel bambino 110
IV.7.5. Identificazione degli obiettivi: quali i fattori di rischio? 110
IV.7.6. Terapia 111
IV. Appendice 8. Prevalenza dell'Obesità in Italia 113
IV.8.1. Bambini e adolescenti 113
IV.8.2. Adulti da 20 a 34 anni 113
IV.8.3. Adulti da 40 a 50 anni 113
IV.8.4. Soggetti anziani da 60 a 85 anni 113
IV.8.5. Soggetti adulti (ISTAT) 113

IV. Appendice 8. Prevalenza dell'Obesità in Italia 113
IV.8.1. Bambini e adolescenti 113
IV.8.2. Adulti da 20 a 34 anni 113
IV.8.3. Adulti da 40 a 50 anni 113
IV.8.4. Soggetti anziani da 60 a 85 anni 113
IV.8.5. Soggetti adulti (ISTAT) 113
IV. Appendice 9. Il Modello Cognitivo-Comportamentale 115
IV.9.1. Evoluzione del modello comportamentale primordiale 115
IV.9.2. Le strategie del Modello Cognitivo-Comportamentale 116
IV.9.3. Risultati ottenuti col Modello Cognitivo-Comportamentale 120
IV.9.4. Repertorio di manuali: descrizione di alcuni prototipi 121
IV. Appendice 10. Nomogramma di Thomas 125
IV. Appendice 11. Terapia Farmacologica 126
IV.11.1. Farmaci anoressanti 126
IV.11.2. Farmaci termogenetici 127
IV.11.3. Sostanze o farmaci attivi sull'assorbimento dei substrati energetici 127
IV.11.4. Terapia farmacologica nell'infanzia e nell'adolescenza 128
IV.11.5. Terapia farmacologica nell'adulto 129
IV.11.6. Terapia farmacologica nell'anziano 129
IV. Appendice 12. Comorbosità e complicanze psicopatologiche 131
IV.12.1. Disturbi dell'immagine del corpo 131
IV.12.2. Disturbi del comportamento alimentare 132
IV.12.3. Altri disturbi psichici 133
IV.12.4. L'Obesità può essere provocata da trattamenti psico-farmacologici 134
IV.12.5. Conseguenze psico-sociali dell'Obesità e del suo trattamento 135
IV.12.6. Trattamenti dell'Obesità e possibile insorgenza di disturbi psicopatologici 135
IV. Appendice 13. Ottenere una migliore compliance per l'esercizio fisico 136
IV.13.1. Premesse 136
IV.13.2. Presupposti per il miglioramento della compliance 136
IV. Appendice 14. Riconsiderare l'opzione del modello chirurgico 139
IV.14.1. Premesse 139
IV.14.2. Raccomandazioni e dichiarazioni delle NIH Guidelines 139
IV.14.3. Quesiti necessari per il processo decisionale 140
IV.14.4. Analisi della letteratura degli ultimi 5 anni 141
IV.14.5. Riconsiderazioni per il processo decisionale 144
IV.14.6. Un Paradigma 146
IV.14.7. Bibliografia 147
K. Indice degli Acronimi 139
W. Siti Internet di maggiore interesse, indirizzi utili e periodici 141
W.1. Siti WWW 141
W.2. Indirizzi utili 149
W.3. Periodici 152
W.4. Programmi per il controllo del peso 152
X. Bibliografia essenziale 155
Y. Indice Analitico 171
Z. Sommario Automatico 177

IV. Appendici

IV. Appendice 1. La “Diet Industry”

Il Soggetto in cerca di espedienti per perdere peso, offerti con i grandi mezzi pubblicitari che il commercio possiede, perde di vista i metodi razionali e quindi non si può curare adeguatamente. È necessario conoscere le frodi e farle conoscere. Dal 1990 negli Stati Uniti questo obiettivo è all'ordine del giorno, per la protezione del consumatore attirato da programmi per perdere peso a sfondo decisamente commerciale.

Vengono usati tutti i sistemi possibili, dalle frodi alle ciarlatanerie, dalle stupidità alle mistificazioni, dai falsi ideologici ai programmi non clinici che inducono solo una perdita di peso a breve termine senza la valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare, seguita da una ripresa del peso perduto perché non viene effettuata alcuna educazione, informazione idonea al controllo cognitivo del Comportamento alimentare e senza adeguati programmi di mantenimento.

Se ne sono occupate numerose istituzioni come i National Institutes of Health, la National Academy of Sciences e la Fondazione C. Everet Koopcon Shape up America!

IV.1.1. Definizione della “Diet Industry”[9]

La Task Force Obesità Italia è concorde nella seguente affermazione:

Dichiarazione basata sull’evidenza **D.IV.1.**

“Diet Industry” è un termine usato nel Nord-America che si riferisce al ricchissimo mercato per la produzione di prodotti, strumenti, strategie, programmi e qualsiasi altro mezzo che possa essere impiegato per la perdita di peso, indipendentemente dal rapporto costo-beneficio che si riflette sul consumatore

Ha lo scopo di permettere un facile guadagno sfruttando il bisogno dei soggetti che vogliono o devono perdere peso, la loro intenzionalità, la loro mancanza di consapevolezza e di preparazione necessaria ad affrontare la difficile condizione di essere in Sovrappeso, spesso sostenuta da un ambiente tossico e da condizioni genetiche predisponenti (vedi Piramide 6)

Il mercato è aperto in particolare modo alle ciarlatanerie, alle stupidità, alle frodi, ai falsi ideologici e alle mistificazioni

Categoria di evidenza D

IV.1.2. Cronologia delle frodi

La cronologia delle frodi e dei trattamenti dannosi risale al 1864. Questo problema

[9]: La Federal Trade Commission, istituzione governativa degli Stati Uniti che si occupa specificamente della pubblicità e del mercato degli alimenti, dei farmaci di cui non è obbligatoria la prescrizione, degli apparecchi medicali e dei servizi per la salute ha a recentemente definito la “Diet Industry” come la “Weight Loss Hall of Shame” e cioè la Casa della Vergogna

è di importanza vitale. È il vero motivo per cui l'Obesità è una malattia non debellabile. La frode dura da 130 anni: si comincia con la dieta povera di carboidrati descritta da Banting in “Letter on corpulence”, per finire a Internet.

1864: La dieta povera di carboidrati descritta da Banting rimane ancora quella più popolare

1893: Dosi farmacologiche di estratti di tiroide che distruggono la massa magra

1920: La dieta di Hollywood (melba toast e succo di frutta)

1933: Nitrofenolo, azione lassativa, sconsigliato nel 1935 dalla Am. Medical Ass.

1938: Introduzione della prima amfetamina

1940: Uso della digitale ad alte dosi per l'effetto nausea

1946: La “pillola arcobaleno” (cocktail di farmaci)

1978: La dieta Scarsdale

1979: Quattro milioni di americani hanno usato le proteine liquide

1980: Entrano sul mercato in Italia le capsule che contengono cocktail di farmaci

1981: La dieta di Beverly Hills (enormi quantità di frutta che determinano diarrea)

1983: Herbalife Slim (contiene erbe tossiche: il mandrake e il pokeroot) è condannata dalla Food and Drug Administration

1990: Compaiono in Italia il cerotto, le alghe, ecc.

1993: Le erbe cinesi, responsabili di grave insufficienza renale

1998: Internet è ormai popolata di frodi

Per concludere i prodotti per perdere peso si dividono nelle seguenti categorie:

1. Frode pericolosa: il pericolo è legato a preparazioni farmaceutiche magistrali contenenti un cocktail di farmaci e propagandate come erbe o omeopatia.
2. Falso ideologico: i prodotti sono di per sé utili, ma per amplificare la vendita il marketing usa messaggi pubblicitari che ne alimentano l’uso scorretto.
3. Mistificazione: sono sistemi inutili e innocui, ma consigliati facendo uso della mistificazione come per es. le alghe, il cerotto, infusi vari, ecc.

Allo scopo di potere evitare di assistere al continuo incremento della prevalenza dell’Obesità nel prossimo secolo, devono essere affrontati almeno quattro problemi:

1. Lo smantellamento delle frodi e dell’industria della dieta
2. L’integrazione delle professionalità e delle discipline
3. La formazione professionale del professionista e del suo team
4. La progettazione di modelli educativi.

È necessario potere stabilire, come per tutte le altre malattie croniche degenerative (es. Diabete di tipo 2, ipertensione, patologia cardio-vascolare, ecc.), un corretto rapporto relazionale medico-soggetto. Questo potrà permettere di utilizzare i modelli cognitivi e comportamentali tradizionali già definiti, di attuare una più facile gestione del follow-up con soggetti ben orientati, di strutturare nell’iter terapeutico tutte le possibili combinazioni anche degli strumenti prescrittivi più o meno semplici o complessi.

IV.1.3. Criteri di Valutazione. Linee guida per la valutazione delle frodi e delle ciarlatanerie

Non si ritiene di fare citazioni sui prodotti che esistono in Italia. La stagione di tutti questi prodotti è effimera. Sono continuamente rinnovati con nomi diversi man mano che vengono importati dagli Stati Uniti. Un censimento attualmente in Italia non è stato fatto, anche perché andrebbe aggiornato molto spesso. È molto più utile invece riferire un

compendio delle linee guida per l'identificazione dei prodotti della "Diet Industry" che non dovrebbero essere usati, per potere decidere in modo autonomo sulla utilizzazione di nuovi prodotti che vengono continuamente importati dal Nord-America dove la "Diet Industry" è nata e si sviluppa in continuazione.

1. Tipologia del messaggio

- e viene fatta pubblicità che garantisce la perdita di peso facile, senza sforzi e permanente.
- viene affermato che la perdita di peso è ottenuta senza una restrizione alimentare e senza l'attivazione dell'esercizio fisico.
- vengono utilizzati termini come: miracoloso, esclusivo, segreto, unico, recente scoperta.
- viene fatto riferimento alla cellulite. Non esiste per niente.
- vengono riportate fotografie relative a "prima" e "dopo".
- vengono portate testimonianze di "clienti soddisfatti". Essi sono spesso pagati.
- vengono riferiti studi senza le referenze complete di riviste scientifiche accreditate.
- l'approvazione governativa non è una referenza perché le leggi attuali non sono aggiornate.

2. Tipo di programma

- il piano alimentare è inferiore a 1000 calorie senza supervisione clinica.
- il programma viene propagandato facendo riferimento a strumenti diagnostici sofisticati.
- vengono consigliati supplementi vitaminici o di altri nutrienti e non una semplice dieta bilanciata.
- vengono raccomandati cibi speciali (che devono essere acquistati) al posto di alimenti tradizionali.
- vengono raccomandati dispositivi come saune, stimolatori elettronici e apparecchi di qualsiasi genere che implicano movimenti passivi.
- non sono riferite le credenziali cliniche e uno specifico curriculum.
- non è proposta una supervisione clinica con professionista laureato in Medicina e Chirurgia e con una Specializzazione attinente.

3. Contenuti

- il contenuto non è chiaramente espresso.
- vengono utilizzati farmaci non appartenenti alla categoria delle specialità medicinali registrate dal Ministero della Sanità.
- vengono utilizzati cocktail di farmaci.
- vengono usati prodotti che agiscono a livello dell'apparato digerente senza una comprovata azione metabolica. Alcuni farmaci attualmente sono in sperimentazione. Per ora non ne esiste alcuno che abbia il minimo effetto.
- vengono usati prodotti dannosi come diuretici, spirulina, ormoni tiroidei, gonadotropina corionica, dinitrofenolo, erbe di qualsiasi genere, supplementi di aminoacidi.

4. Orientamenti mistici o fantasiosi

- si fa riferimento a pubblicità come "l'ultima risposta".
- viene fatto riferimento a proprietà particolari di alimenti o ingredienti.
- è evidente il presupposto della moda momentanea.
- viene proclamata una capacità particolare del "medico".

- viene fatto riferimento a speciali combinazioni di cibi.
- viene proclamato il problema della “allergia”.

5. Metodi per reperire i prodotti

- l’unica fonte accreditata è il Ministero della Sanità in riferimento a farmaci regolarmente registrati e venduti nelle farmacie. Per altri prodotti da banco “non farmaci” le farmacie non sono un punto di riferimento per i soggetti perché manca ancora oggi un codice deontologico per i prodotti in riferimento specifico al problema della perdita di peso. Anche il Ministero della Sanità per i prodotti “da banco” deve aggiornare le leggi in proposito.
- i prodotti sono propagandati per televisione.
- sono usati sistemi di vendita cosiddetta “piramidale” dove il produttore si serve di una catena di liberi venditori (porta a porta) promettendo cospicui guadagni.
- i programmi dimagranti sono venduti negli alberghi con riunioni di gruppo in assenza di una supervisione clinica.
- la vendita dei prodotti avviene per posta.
- viene fatta richiesta di denaro in anticipo senza garanzia di restituzione.

6. Possibili ragioni per fare attenzione ai prodotti della “Diet Industry”

- Danno alla salute: calcolosi della colecisti, aumento dell’uricemia, perdita di massa magra, aritmie cardiache, morte improvvisa, perdita di sali minerali e carenze vitaminiche, anemia, diarrea, attacchi di gotta, perdita di capelli, abuso di amfetamine, aumento del fumo.
- perdita di denaro.
- aumento di costi emotivi per l’inevitabile recupero del peso perduto, per la riduzione dell’autostima, per i risvolti psico-patologici (depressione).
- promozione di atteggiamenti di paranoia: delusioni, cultismo, fanatismo, estremismo, alienazione, paura.
- ulteriore aumento di peso per rinuncia ad accettare qualsiasi trattamento anche razionale.

Raccomandazione: R.IV.1.

Si invitano tutti gli addetti ai lavori a combattere le frodi, le ciarlatanerie e le mistificazioni della “Diet Industry” responsabili del riduzionismo con cui viene affrontato il problema anche nei casi gravi

Categoria di evidenza D

---

n IV. Appendice 2. Criteri per la valutazione delle strutture e dei programmi per perdere peso

IV.2.1. Premesse. Necessità dell'accreditamento

Le possibilità di perdere peso si sono sviluppate completamente senza regole non solo nel nostro paese ma anche negli USA. Chiunque può fare quello che vuole in qualsiasi contesto. In una recente lettera all'Editore dell'American Journal of Clinical Nutrition si afferma che: "La sfrenata incentivazione commerciale ha determinato lo sviluppo di una complessa e variegata tipologia di programmi per perdere peso, dove le frodi e le ciarlatanerie non hanno limiti... e in questo caos è necessaria la istituzione di sistemi di accreditamento".

Negli Stati Uniti il sistema di accreditamento per le strutture sanitarie è molto avanzato e ha storicamente migliorato la qualità delle prestazioni assistenziali e in genere la qualità delle strutture. Esse non potrebbero sopravvivere senza accreditamento perché le agenzie governative, le compagnie di assicurazione, gli stessi medici e utenti non lo permetterebbero. Pertanto si suggerisce di articolare una proposta specifica anche per i servizi dedicati al trattamento dell'Obesità.

Deve nascere una commissione nazionale governativa per la formulazione di standard ragionevoli a seconda dei livelli qualitativi e dell'intensità dei programmi, per la descrizione delle differenti tipologie dei servizi esistenti, per la valutazione degli operatori. Le Società Scientifiche dovrebbero attivarsi fungendo anche da stimolo per le Istituzioni?

Le agenzie di accreditamento devono specificare le caratteristiche dettagliate dei servizi e dei vari tipi di programmi, self-help, commerciali e professionali, con criteri non generici ma differenziati. Non si deve tollerare la promozione esagerata, la misinterpretazione delle qualificazioni professionali e le valutazioni provenienti dal pubblico. Come per i sistemi di accreditamento degli ospedali anche i programmi per il trattamento del peso devono pagare il privilegio con la ricertificazione periodica.

Il sistema di accreditamento dovrebbe essere in grado di dare linee guida agli utenti perché essi possano scegliere adeguatamente il tipo di struttura, di servizio, di programma più confacente ai propri bisogni, le caratteristiche ottimali degli operatori, il loro grado di addestramento e il rapporto costo-beneficio. La "Carta del Servizio" risulta in tale senso necessaria.

Il problema dell'accreditamento delle strutture è ancora lontano dalla possibilità di essere scritto in queste linee guida. Possono solo essere formulati alcuni quesiti cui solo in futuro, forse, potrà essere data risposta:

- quali devono essere le caratteristiche del "responsabile"
- quali devono essere le strumentazioni e le infrastrutture minime
- quale tipologia di documentazione ufficiale deve possedere la struttura
- quale tipo di riconoscimento scientifico
- uniformità alle norme UNI-ISO 9000-2.

Naturalmente un sistema di accreditamento di questo tipo non è esente da critiche perché, essendo istituito per fini non profit spinge le organizzazioni commerciali a non partecipare per evitare il rischio di fallimento.[10] L'eventuale non partecipazione delle

---

10: Editoriale. L'accreditamento dei programmi e delle strutture quale strumento di garanzia per il paziente obeso. QUON 3, 1, 1995

organizzazioni commerciali può comunque costituire un ulteriore vantaggio creando un aumento del divario tra strutture “serie” e quelle “meno serie”, più facilmente percepibile di oggi dall’opinione pubblica e dagli utenti.

IV.2.2. Il Committee della National Academy of Sciences

Nel Nord-America si è verificato uno sviluppo esplosivo dei programmi non clinici. Questi modelli, in ottemperanza alla legge della competizione, sono presenti in tutta l'ampia gamma qualitativa, dalla più completa ed elevata pertinenza e livello scientifico alla più squallida ciarlataneria.

In Italia questo non è avvenuto, il livello rimane basso, esclusivamente commerciale e con aspetti di trasparenza che lasciano a desiderare. Ciò è avvenuto esclusivamente nell'ambito di organizzazioni private spinte da intenti commerciali e nella parziale emulazione dei modelli Nord-Americani.

Non è certamente meno importante il problema dell'accreditamento di programmi e servizi nelle strutture ospedaliere pubbliche e private. In Italia gli ospedali piccoli o grandi, i policlinici e le cliniche universitarie hanno attivato lo sviluppo di servizi eterogenei all'interno dei quali viene attivato il trattamento del peso

La situazione dei servizi e dei programmi di trattamento dell'Obesità negli Stati Uniti è molto più ricca di modelli ed esempi e si esplica in realtà differenziate rispetto al nostro paese. Pertanto possiamo fare riferimento al Nord-America poiché in Italia tutto si sta riproducendo secondo analogie che non è possibile definire e classificare, per l'estrema diversificazione di iniziative individuali difficilmente esplorabili.

La pletora dei programmi e dei servizi ha spinto la National Academy of Sciences a promuovere la formazione del Committee to Develop Criteria for Evaluating the Outcomes of Approach to Prevent and Treat Obesity. È stato pubblicato in un Report molto articolato ed estensivo (Weighing the Options, 1995). L'orientamento con cui il Comitato ha sviluppato la valutazione dei programmi si attiene ai dati della ricerca secondo l'evidenza che anche una piccola perdita di peso può ridurre il fattori di rischio. Pertanto il successo non è rappresentato solo dall'entità della perdita di peso visibile, ma anche dal suo mantenimento e dal rapporto che si estrinseca nel contesto dello stato di salute.

Weighing the Options è stato preso in considerazione dalla Task Force Obesità Italia ed è stata curata la sua traduzione italiana considerando l’importanza di dare agli addetti ai lavori un messaggio molto articolato. Il titolo italiano scelto è: “Perdere peso: come orientarsi. Ne viene presentato un compendio”.

IV.2.3. Valutazione dei programmi e dei servizi per perdere peso

Il Comitato ha sviluppato un modello per la valutazione delle opzioni possibili relative a programmi per la perdita di peso secondo un approccio che si rifà al Problem-Solving e Decision-Making. Il modello mette a disposizione una struttura che aiuta l'utente a scegliere in modo appropriato le alternative possibili per il migliore successo (u **Fig. 4**). Il modello illustra le modalità secondo le quali le componenti principali sono associate a tre criteri di pertinenza del programma verso chi lo deve utilizzare e i rispettivi criteri di scelta da tenere in considerazione.

I programmi che possono essere classificati in tre categorie fondamentali.

1. Criterio 1°. Confronto tra programma e utente

Quattro categorie di fattori possono influenzare la decisione per la scelta e le modalità di scelta di un programma:

a. Situazione personale e fattori globali.

- Demografici: sesso e età
- Psico-sociali: motivazione e propensione al cambiamento
- Ambientali: stili di vita.
- Globali: cultura, punti di vista sul peso, costi del programma e sua reperibilità

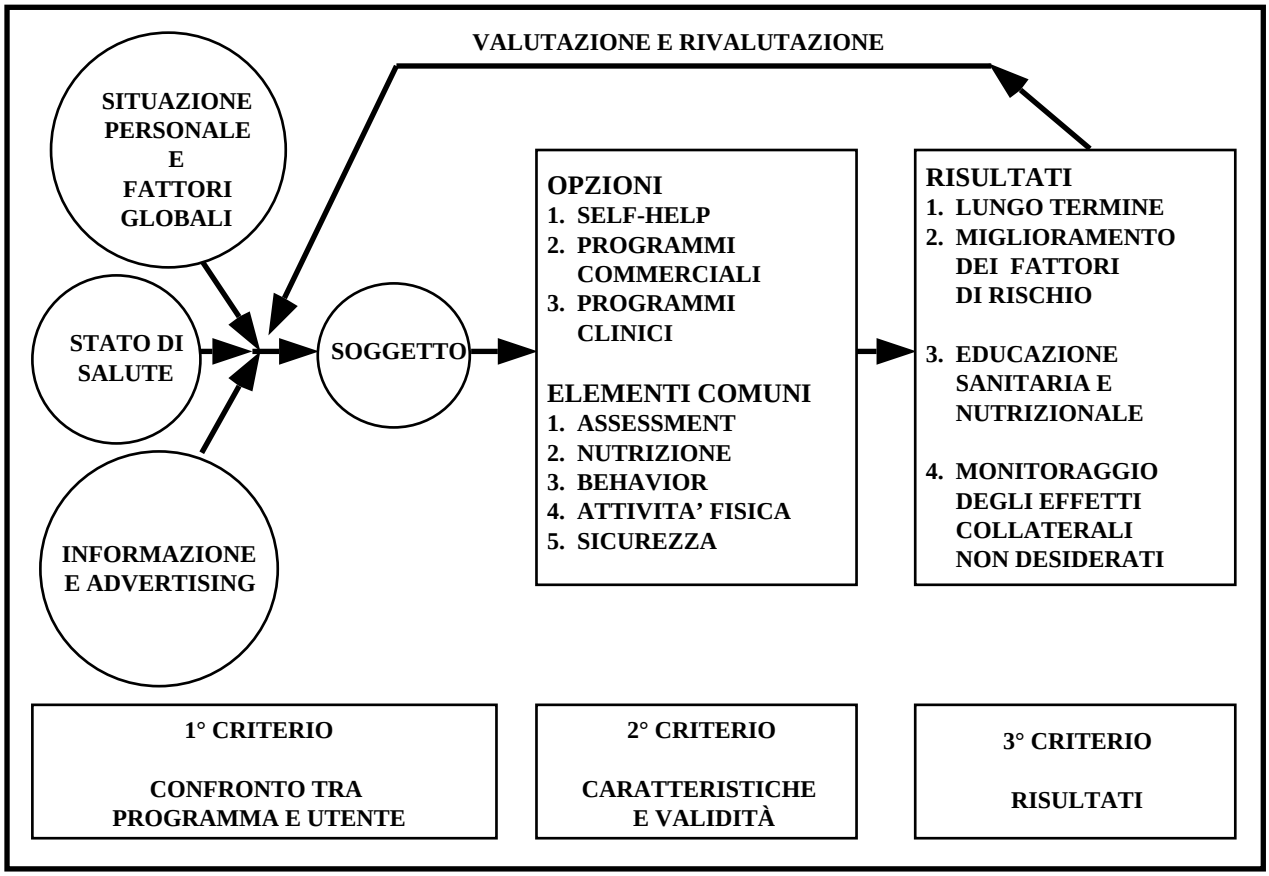
b. Dati biologici. Sono rappresentati da tutti quei fattori che tendono a peggiorare col tempo e con l'aumentare del peso e costituiscono la motivazione primaria per perdere peso:

- Entità del Sovrappeso
- Stato di salute generale e complicanze correlate col peso
- Fattori di rischio correlati al peso.

c. Informazione e advertising. Provengono da varie sorgenti come i media, la famiglia, gli amici e coloro che hanno già sperimentato il programma. Possono essere efficaci o non, provocativi o deludenti, completi o incompleti, deontologici o fraudolenti, ecc.

d. Esperienza del livello del successo. Questo fattore si riferisce a coloro che hanno già sperimentato il programma e decidono di continuare o di cambiare in relazione al successo che hanno ottenuto.

u **Fig. 4. Modello di valutazione delle opzioni che possono guidare l'utente alla scelta di programmi per perdere peso e che possono indirizzare coloro che devono sovrintendere alla loro preparazione**



Purtroppo nella maggioranza dei casi l'utente prende la decisione del programma da affrontare senza avere alcuna competenza e quindi finisce per essere accettato senza alcuna discriminazione da chi gestisce il programma stesso. Quindi il vero problema sta a monte di tutto il contesto dei fattori decisionali considerati. La scelta è lasciata da una

parte al soggetto e dall'altra all'interesse di colui che fornisce il programma.

Il Report del Committee della National Academy of Sciences (Weighing the Options) vuole essere un'opera di informazione e intende stigmatizzare le linee guida connesse al razionale del buon successo, per la consultazione dell'utente e di chi effettua la formulazione di un programma. Il Report del Committee è certamente pregevole ma forse serve più allo specialista che al medico di medicina generale perché un utente così evoluto è ancora inesistente.

2. Criterio 2°. Caratteristiche e validità del programma

La conoscenza delle caratteristiche del programma è fondamentale per prendere delle decisioni. Come accennato precedentemente, i programmi si classificano in tre categorie primarie:

a. Self-help. Tale categoria è rappresentata da organizzazioni non profit:

- Overeaters Anonymous: L'organizzazione aderisce molto più strettamente alla Alcoholics Anonymous. Esistono attualmente 10.500 gruppi in 47 Stati negli USA. La richiesta dell'anonimato rende impossibile la valutazione dei risultati e sembra che l'organizzazione attiri più facilmente i soggetti affetti da bulimia. Il programma è articolato in 12 passi editi in numerose lingue il cui contenuto è indubbiamente ispirato a principi morali e religiosi concepiti certamente per alleviare le sofferenze tipiche dei soggetti spinti dalle compulsioni. Esiste anche in Italia.

- Take Off Pounds Sensibly: È una organizzazione non profit fondata nel 1948 da una casalinga del Milwaukee sulla base di numerose caratteristiche della Alcoholics Anonymous. Conta attualmente oltre 310.000 membri solo di sesso femminile, di razza bianca, di classe sociale media, con età media di 53 anni, col peso medio relativo di 158. Le caratteristiche dei risultati sono molto difficili da valutare per l'elevato drop-out. La metodologia è quella della misurazione del peso una volta alla settimana in gruppo, con plateali premiazioni e punizioni a seconda della perdita di peso o del suo recupero. Successivamente l'organizzazione si è arricchita con le metodologie del Behavior riducendo così la percentuale del drop-out. I membri che rimangono nell'organizzazione per lungo tempo perdono circa 10 kg e lo riprendono lentamente anche se mantengono attiva la frequenza. Non esiste in Italia.

b. Programmi non clinici. Sono caratterizzati da un denominatore totalmente commerciale e non sono guidati da professionisti:

- Weight Watchers: È stata fondata da una casalinga nel 1961 e rapidamente si è trasformata in un'organizzazione commerciale incorporando il Behavior. Il pieno potenziale dell'organizzazione è stato raggiunto in Norvegia con 80.000 iscritti, drop-out inferiore al 20%, perdita di peso di 6.4 kg. Dati relativi agli USA mostrano il 50% di drop-out dopo 6 settimane e il 70% dopo 12. Esiste in Italia, ma non si hanno dati.

- Diet Center: punta l'attenzione per raggiungere una determinata composizione corporea con un livello minimo di 1200 kcal e con l'esercizio fisico. Gli alimenti sono tradizionali, ma a richiesta esistono pasti preconfezionati. Non esiste in Italia.

- Ultra Slim Fast: È una organizzazione molto più recente, con uno sviluppo commerciale esplosivo, nata nel 1988. Consiste nell'uso di un pasto sostitutivo di 220 kcal, 25% di proteine e supplemento di vitamine e fibre. Il grande risultato commerciale non è inerente alle caratteristiche intrinseche ma al messaggio pubblicitario ambiguo.

- Jenny Craig: fornisce piani alimentari da 1000 a 2600 kcal con ricette gastronomiche speciali.

- Nutri/System: fornisce alimenti preconfezionati con menù da 1000 a 2200 kcal.

c. Programmi clinici. Sono condotti da professionisti più o meno addestrati.

Possono fare parte di strutture cliniche private, governative e anche di organizzazioni commerciali. In genere esiste la riluttanza a pubblicare i risultati. Uno studio retrospettivo sul programma Optifast ha riportato che solo il 24% dei soggetti in 15 sedi ha completato le 24 settimane di trattamento. Non esiste in Italia.

- Health Management Resources: è un programma che utilizza la dieta fortemente ipocalorica (520-800) di 12 settimane in gruppo, con rialimentazione di 6 settimane e periodo di mantenimento di 18 mesi. Non esiste in Italia.

- Medifast: utilizza una dieta di 450-500 kcal per 16 settimane, rialimentazione 4-6 e mantenimento per 1 anno. Include Behavior, educazione nutrizionale, attività fisica e una newsletter ogni 4 mesi. Sono stati istruiti 15.000 medici dalla Jason Pharmaceuticals. Non esiste in Italia.

- New Direction: utilizza dieta fortemente ipocalorica per 12-16 settimane, rialimentazione per 5 settimane e mantenimento per 6-12 mesi. Le riunioni settimanali sono attuate con personale tecnico addestrato per il Behavior, esercizio fisico e nutrizione con la supervisione di un medico. Non esiste in Italia.

- Optifast: è una delle diete fortemente ipocaloriche più conosciute. Il programma è attuato da personale addestrato (dietiste, psicologi, fisiologi dell'esercizio fisico) con supervisione. Il programma ha la durata di 13 settimane a cui si aggiungono 6 settimane per la rialimentazione e 20 per il mantenimento. Non esiste in Italia.

- Programmi multidisciplinari: sono in genere costituiti da medici, dietiste, terapeuti del comportamento, fisiologi dell'esercizio fisico, psicologi.

3. Criterio 3°. Risultati del programma

Le componenti del successo sono quattro:

a. Perdita di peso a lungo termine. Almeno dopo un anno il peso deve essere inferiore del 5% o di 1 unità di BMI.

b. Miglioramento dei fattori di rischio. La perdita di peso non associata al miglioramento di uno o più fattori di rischio non è un successo desiderabile.

c. Educazione nutrizionale e sanitaria. Il programma deve avere come obiettivo non solo la perdita di peso ma il miglioramento della conoscenza su quanto concerne la nutrizione prudente, l'attività fisica, la regolarità dei controlli annuali dello stato di salute, la consapevolezza dei rapporti tra Obesità e le note complicanze.

d. Monitoraggio degli effetti non desiderabili del programma. Poiché pochi soggetti mantengono il peso a lungo termine il programma deve avere come obiettivo il mantenimento del contatto professionale.

IV.2.4. Strumenti di valutazione pertinenti alla terapia

Gli strumenti per valutare i fattori psicologici, cognitivi e comportamentali implicati nella perdita di peso non sono normalmente usati nei programmi per perdere peso di tipo commerciale o clinici, ma solo nel campo della ricerca in cui è familiare la loro valutazione. Indubbiamente possono essere molto utili e vengono raccomandati per migliorare le probabilità di successo. Se non viene eseguito un assessment sistematico, qualsiasi programma rischia di non avere l'esito desiderabile, perché non viene identificata l'indicazione clinica. Questo problema investe specialmente quei programmi che non sottintendono la presenza di un professionista poiché è certamente difficile la somministrazione e la valutazione dei questionari. Tuttavia data l'importanza dell'argomento possono essere considerati i seguenti punti:

- Valutazione di fattori psico-sociali. È ormai assodato che l'Obesità è causa di due alterazioni psicologiche. Queste rappresentano la conseguenza di pregiudizi e

discriminazioni relative alla stigmatizzazione sociale, vissuta come esperienza negativa dell'autostima e dell'immagine corporea. Sono due fattori che devono essere analizzati prima di un trattamento e sebbene migliorino con la perdita di peso possono tuttavia costituire un ostacolo alla compliance: 1. l'autostima e 2. l'immagine corporea. Quest'ultima è un problema particolarmente sentito dalle giovani donne caucasiche e costituisce una percezione cognitiva delle dimensioni del corpo e dell'aspetto fisico cui segue una risposta emozionale.

- Valutazione di fattori comportamentali. È assodato che non esiste uno specifico Comportamento alimentare nei soggetti con Obesità, mentre è sempre più evidente che il "dieting" aumenta l'incidenza di disordini del comportamento, in particolare il "binge eating".

- Valutazione degli effetti psicologici del "dieting". I fattori psicologici influiscono sul Comportamento alimentare in modi differenti. 1. Le variabili come la disponibilità e la auto-efficacia possono essere importanti per il soggetto con Obesità che cercherà o non cercherà di perdere peso. 2. Il "dieting" di per sé può modificare lo stato emotivo e lo stato emotivo può influenzare lo sforzo del "dieting" stesso. 3**.** I fattori come lo stress o il supporto sociale possono avere un impatto determinante. 4. Il programma dietetico potrebbe influire sull'assetto delle conoscenze cognitive di base del soggetto in relazione alla nutrizione, all'esercizio fisico, all'Obesità e al pro e contro del "dieting".

- Valutazione dello stress e del supporto sociale. Gli eventi della vita spesso hanno un sostanziale impatto sull'assetto funzionale psicologico e sull'abilità di controllare il peso. Tali eventi includono la famiglia, il lavoro, il denaro, la salute fisica.

- Valutazione delle conoscenze sull'Obesità. In aggiunta all'obiettivo di perdere peso di per sé, i programmi devono essere disegnati per informare i soggetti sulla natura dell'Obesità, sui problemi della nutrizione, dell'esercizio fisico, delle complicanze e rischi connessi e sul pro e contro del "dieting". Questo tipo di conoscenze può avere un effetto positivo a lungo termine per il mantenimento del peso e per le successive fasi della perdita di peso. Possono essere utili due questionari:

- Valutazione della storia alimentare. Gli strumenti per misurare la quantità di energia e di nutrienti sono numerosissimi e si differenziano in quelli necessari per scopi di ricerca su popolazioni da quelli utilizzabili nella pratica clinica. Mancano tuttavia strumenti validati e semplificati che permettano di valutare non solo gli aspetti quantitativi relativi all'energia e ai nutrienti introdotti, ma anche gli aspetti qualitativi e specifici del comportamento per monitorizzare le modificazioni alimentari nel corso del programma instaurato per perdere peso.

- Valutazione del dispendio energetico. È naturalmente altrettanto importante valutare l'introduzione quanto il dispendio di energia. Quest'ultima valutazione non è attuata normalmente e la sua importanza è troppo spesso sottovalutata.

---

m **Raccomandazione: R.IV.2.**

Si invitano tutti gli specialisti che operano nel trattamento specifico dell'Obesità a volere considerare l'opportunità di consultare il Report della National Academy of Sciences tradotto dalla TFOI per l'opportunità che offre a chi lo consulta nell'esercizio della propria professione

l **Categoria di evidenza A**

J 7° IFT

La Piramide del Futuro

4. Didattica globale
3. Sistemi di verifica
2. Posizione governativa
1. Interdisciplinarità

n IV. Appendice 3. Metodi di valutazione del Comportamento Alimentare

Nel corso degli ultimi venti anni sono stati sviluppati, soprattutto negli Stati Uniti, molti questionari e alcune interviste per lo studio psicometrico dei Disturbi del Comportamento Alimentare e dell'Obesità. I questionari si distinguono in due tipologie, quelli auto-somministrati (compilati direttamente dalla persona esaminata) ed quelli eterosomministrati (compilati dall'esaminatore). Le interviste semistrutturate sono repertori di domande prestabilite con un margine di flessibilità affidato al giudizio dell'esaminatore. Questionari e interviste esplorano il comportamento alimentare e i suoi disturbi, la motivazione alla dieta, sintomi psicopatologici, tratti stabili di personalità e abitudini e attitudini

L'Obesità in sé non è un disturbo mentale né un indicatore costante di disturbi mentali. La valutazione delle condizioni psicopatologiche è però indispensabile per la costruzione di un piano adeguato di trattamento. I settori più importanti, aperti allo studio clinico e alla ricerca, sono i seguenti: disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'immagine del corpo, eventi traumatici (in particolare abusi sessuali in età evolutiva), stigma sociale, danni iatrogeni da maltrattamenti dell'Obesità

Lo studio del comportamento alimentare e il riconoscimento diagnostico è di elevata complessità. Molti test per la valutazione di tratti di personalità e di aspetti psicopatologici, richiedono operatori esperti. Tuttavia, alcuni questionari diretti a valutare il comportamento alimentare, la motivazione alla dieta, la possibile presenza di un disturbo bulimico, di un disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder) o di una condizione psicopatologica d'altra natura possono essere impiegati anche da operatori non specializzati, dopo un breve addestramento.

l test sono utili come mezzi di screening, come elementi di protocolli diagnostici, come misure degli effetti delle terapie nel tempo. Sono strumenti essenziali per le indagini epidemiologiche e per la ricerca in genere, possono essere ausili preziosi nella pratica clinica.

IV.3.1. Studio del comportamento alimentare e dei suoi disturbi

I test psicometrici trattati in questa appendice permettono di valutare alcuni aspetti del comportamento alimentare in soggetti con Obesità come, in particolare, la restrizione, lo stile e il tipo di alimentazione (• **Tab. 18**). Dalle varie ricerche sui comportamenti di restrizione e di disinibizione alimentare sono nati i seguenti questionari:

1. Restraint Scale (RS)

È un questionario auto-somministrato di 10 quesiti. Il test viene compilato in 5 minuti circa. Valuta la fluttuazione del peso, l'atteggiamento nei confronti del peso e del mangiare e il grado con cui il soggetto si sottopone cronicamente a dieta. Un punteggio elevato alla scala RS è risultato correlato a una tendenza alla *controregolazione*, cioè a mangiare di più dopo un pre-pasto forzato abbondante che non dopo uno scarso o nessuno e a una tendenza a mangiare in risposta a forti emozioni.

2. Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)

È un test auto-somministrato formato da 51 quesiti. Viene compilato in 20 minuti circa. Il test misura tre fattori o dimensioni del comportamento alimentare: la

restrizione (tendenza a controllare coscientemente e a ridurre l'introito calorico), la disinibizione (tendenza a perdere il controllo sull'assunzione di alimenti) e la fame (percezione cosciente della sensazione di desiderio di cibo).

• Tab. 18. Test per la valutazione del comportamento alimentare in soggetti con Obesità

Nome del test	Numero dei quesiti	Tempo di compilazione	Difficoltà per l'esaminatore
RS	10	5 min	+
TFEQ	51	20 min	++
DEBQ	33	15 min	+
DIET	30	15 min	+
SDS	25	15 min	+
SAM	30	15 min	+
YEPQ	70	25 min	+

3. Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ

È un questionario auto-somministrato di 33 quesiti che indaga su tre dimensioni fondamentali del comportamento alimentare: Emotional Eating (mangiare in seguito a stimoli emotivi), External Eating (mangiare in seguito a stimoli esterni) e Restrained Eating (restrizione cosciente dell'apporto alimentare al fine di non aumentare di peso).

4. Dieters Inventory of Eating Temptations (DIET)

È un questionario auto-somministrato. Il soggetto deve rispondere in base alla percentuale di volte in cui riesce a evitare comportamenti ingrassanti. Il test fornisce, quindi, informazioni sulla capacità del soggetto di districarsi in situazioni legate al bilancio energetico.

5. Situation-Based Dieting Self- Efficacy Scale (SDS)

È un questionario auto-somministrato composto da 25 quesiti. Permette di valutare il grado di autocontrollo del soggetto sull'alimentazione e la sua capacità di identificare le situazioni che per lui sono critiche.

6. Situational Appetite Measure (SAM)

È un questionario di 30 quesiti, auto-somminstrato. Valuta il comportamento dei soggetti a dieta di fronte a situazione ad alto rischio: il relax, la presenza di cibo, l'essere affamati, la gratificazione, le emozioni negative.

7. Craving Questionnaire

Il principale test sviluppati per misurare il craving, ossia il desiderio incoercibile di mangiare determinati alimenti, è il Craving Questionnaire. Nonostante l'importanza del fattore "craving" (bramosia incoercibile) nei disturbi del comportamento alimentare e nell'Obesità, gli studi effettuati su questo aspetto specifico sono relativamente pochi.

8. Yale Eating Pattern Questionnaire (YEPQ)

È stato ideato per valutare la tipologia del comportamento alimentare nella popolazione generale. È un questionario auto-somministrato di 70 quesiti. È diviso in 9

scale: disinibizione, *oversnacking*, abbuffate, dieta, sensazione di sazietà per senso di pienezza fisica, per nausea, per colpa, e, infine, attribuzione dei problemi di peso a cause fisiche o psicologiche.

9. Test per la valutazione di disturbi del comportamento alimentare

I disturbi del comportamento alimentare sono patologie che si incontrano in un numero elevato di soggetti con Obesità. Ciò vale soprattutto per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Binge Eating Disorder), molto più raramente per la Bulimia Nervosa.

Nella fase di valutazione di un soggetto obeso è necessario indagare sempre sulla presenza di tali sindromi. I test possono essere di notevole aiuto. Tra i molti strumenti esistenti, almeno tre devono essere ricordati per la loro diffusione, semplicità d'uso e affidabilità: BITE, BES e EDE 12.0D (• **Tab. 19**).

• Tab. 19. Test per lo studio di Disturbi del Comportamento Alimentare in Soggetti con Obesità

Nome del test	Numero dei quesiti	Tempo di compilazione	Difficoltà per l'esaminatore
BITE	33	15 min	++
BES	16	10 min	++
EDE 12.0D	-	30 min	+++

a. Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE). È un test auto-somministrato di 33 quesiti. Il test viene compilato in circa 15 minuti. È composto da due scale: la Symptom Scale, che misura la presenza di sintomi bulimici e la Severity Scale che ne misura la gravità.

b. Binge Eating Scale (BES) È un questionario auto-somministrato. Viene compilato in 10 minuti circa. È composto da 16 quesiti e indaga sul grado di severità del binge eating (abbuffata compulsiva). Esamina sia i comportamenti che i sentimenti che accompagnano gli episodi (perdita di controllo, colpa).

c. Eating Disorder Examination (EDE 12.0D). A differenza dei test esaminati finora, l'EDE è un'intervista semistrutturata diretta a studiare la psicopatologia specifica dei Disturbi del Comportamento Alimentare. La prima edizione risale al 1987. La dodicesima revisione è stata pubblicata otto anni dopo. Dalla EDE-12.0D si ricavano i punteggi relativi a quattro sottoscale: restrizione, preoccupazioni relative all'alimentazione, preoccupazioni relative al peso e preoccupazioni relative alle forme del corpo. Una somministrazione accurata richiede circa trenta minuti. L'intervista è stata largamente sperimentata sia nelle versioni precedenti che in quella attuale. Richiede un breve training specifico e una certa esperienza nel campo.

IV.3.2. Studio della motivazione

Dimagrire e mantenere un peso stabile sono obiettivi difficili da raggiungere in quanto implicano modificazioni profonde e stabili delle abitudini dei soggetti, del loro stile di vita, della loro economia esistenziale. Il cambiamento può essere ottenuto solo gradualmente, per stadi successivi.

Ognuno di questi passaggi è influenzato da vari fattori, come la fermezza della

decisione, la fiducia nella propria capacità di riuscire a fronteggiare il problema, la gestione delle tentazioni. Alcuni questionari si propongono di valutare tali aspetti (• **Tab. 20**).

• Tab. 20. Test per lo studio della motivazione alla dieta

Nome del test	Numero dei quesiti	Tempo di compilazione	Difficoltà per l'esaminatore
DRT	23	10 min	+
DBI	20	10 min	+
ESES	25	10 min	+

1. Dieting Readiness Test (DRT)

È un questionario auto-somministrato, formato da 23 quesiti. È diviso in sei parti ognuna delle quali è dedicata a esplorare un'area del comportamento alimentare: finalità e atteggiamento verso la dieta, fame e desiderio di mangiare, grado di controllo sull'alimentazione, presenza di abbuffate compulsiva (alimentazione incontrollata o binge eating) e di condotte di svuotamento (purging), tendenza a mangiare in seguito a stimoli emotivi (emotional eating) e, infine, grado di attività fisica svolta. Il punteggio viene calcolato sommando i valori ottenuti per i quesiti che compongono ogni sottoscala. Sul questionario stesso, al termine di ogni sottoscala, viene fornito un commento sul tipo di punteggio ottenuto.

2. Decisional Balance Inventory (DBI)

È un test auto-somministrato di 20 quesiti. Serve a valutare i pro e i contro della decisione di diminuire di peso seguendo una dieta. Per ogni quesito ci sono cinque risposte possibili. In base al punteggio ottenuto si può avere un'idea della motivazione del soggetto ad attenersi alla dieta e della possibilità di un risultato positivo.

3. Eating Self Efficacy Scale (ESES)

È un questionario auto-somministrato. Il test viene compilato in 10 minuti circa. Misura la fiducia in se stessi, nella capacità di riuscire a fronteggiare situazioni in cui può risultare difficile controllarsi nel mangiare. Le due circostanze che secondo l'ipotesi degli autori renderebbero più difficile mantenere il controllo sono quelle relative alla sperimentazione di emozioni sgradevoli e quelle in cui è lecito mangiare molto. Il test è formato da 25 quesiti e al soggetto viene chiesto di indicare il grado di difficoltà che sperimenta.

VI.3.3. Valutazione di tratti di personalità e di sintomi psicopatologici

Le caratteristiche della personalità e i comorbosità psichiatrica possono giocare un ruolo importante nell'insorgenza e nel decorso dell'Obesità e influire sulla risposta ai trattamenti. In campo psicometrico, tre strumenti fra i più utilizzati sono i seguenti: MMPI, SCL-90-R e BDI (• **Tab. 21**).

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

Il Minnesota è formato da 566 quesiti, ciascuno con due possibilità di risposta: Vero-Falso. Esiste una versione ridotta. È stata di recente pubblicata una revisione,

MMPI-2, con modifiche non sostanziali. Il Minnesota ha quattro scale di validità e dieci scale cliniche. I punteggi ottenuti sulle singole scale e il profilo complessivo dello psicogramma permettono di trarre informazioni sulla personalità del soggetto in esame e sulla sua eventuale psicopatologia. Vari studi hanno segnalato che i soggetti con Obesità non presentano punteggi significativamente diversi dai soggetti di peso normale su nessuna scala, tranne, forse, quella della depressione.

• **Tab. 21. Test per lo studio di tratti della personalità e di sintomi psicopatologici**

Nome del test	Numero dei quesiti	Tempo di compilazione	Difficoltà per l'esaminatore
MMPI	566	90 min	+++
SCL-90-R	90	25 min	++
BDI	21	10 min	+

2. Derogatis Symptom Check List (SCL-90-R)

È una scala auto-somministrata formata da 90 quesiti. Il test si articola in nove sottoscale (somatizzazione, ossessività, sensitività interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo). È notevole l'utilità clinica di questo test come strumento semplice di identificazione di possibili casi psichiatrici.

3 Beck Depression Inventory (BDI)

La patologia che più spesso è stata riscontrata nei soggetti con Obesità è la depressione. La depressione, anche se non è implicata nella etiologia della malattia può influire sul suo decorso e sulla risposta al trattamento. È importante, quindi, valutare sempre la presenza di disturbi dell'umore e intraprendere, quando necessario, una terapia mirata che, in genere, faciliterà gli altri interventi. I questionari appena citati, MMPI-2 e SCL-90-R, possiedono entrambi sottoscale per i disturbi dell'umore. In alcuni casi, però, può essere utile un test più breve, specifico per la depressione. Tra i molti test per il riconoscimento e la valutazione specifica dei sintomi depressivi il più utilizzato è, probabilmente, il Beck Depression Inventory, tradotto in almeno trenta lingue. È un questionario auto-somministrato di 21 quesiti. Ogni quesito è composto da un gruppo di 4 frasi che il paziente deve leggere segnando quella che rispecchia meglio il suo stato d'animo. Il test BDI valuta soprattutto gli aspetti cognitivi della depressione: pessimismo, sfiducia, autoaccusa, tristezza. È utile non solo per misurare l'intensità dei quadri depressivi già diagnosticati sul piano clinico ma anche per individuare i possibili casi di depressione in campioni di popolazione adulta e adolescente, oltre i 13 anni.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.IV.3.a.**

La psicometria è un campo di elevata complessità. Molti test per la valutazione di tratti di personalità e di aspetti psicopatologici, richiedono operatori esperti

Tuttavia, alcuni questionari diretti a valutare il comportamento alimentare, la motivazione alla dieta, la presenza di un disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder) o di una

condizione psicopatologica d'altra natura possono essere impiegati anche da operatori non specializzati, dopo un breve addestramento

- **Categoria di evidenza C**

- **Raccomandazione: R.IV.3.b.**

Un suggerimento pratico può essere quello di usare un pacchetto limitato di test, con i quali maturare competenza ed esperienza

- **Categoria di evidenza C**

- **Raccomandazione: R.IV.3.c.**

I questionari costruiti in altri Paesi devono essere tradotti con cura controllando la corrispondenza semantica e culturale dei termini e delle espressioni. Devono essere sottoposti, inoltre, a nuovi studi di validazione nel Paese di importazione prima di essere certi della possibilità di applicarli

- **Categoria di evidenza C**

Goal

n IV. Appendice 4. Chi deve curare l'Obesità?

Può curare l'Obesità chiunque, purché sia laureato in Medicina e Chirurgia, abbia la piena conoscenza del problema e tutto il background connesso, abbia acquisito sufficientemente gli strumenti diagnostici necessari, abbia completato l'addestramento pratico e abbia esperienza clinica. In pratica chi cura l'Obesità deve essere un professionista specificamente formato. Questa assunzione è strettamente collegata col problema della formazione.

IV.4.1. Esiste una figura professionale specifica?

Non esiste attualmente una figura professionale specifica. Ne ha certamente la possibilità di diventarlo chi è specializzato in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, in Scienza dell'Alimentazione e in Medicina Interna, specializzazioni che forniscono il background di base.

Tuttavia per affrontare correttamente la possibilità di attivare un trattamento globale dell'Obesità è necessario che lo specialista consideri il problema della multidisciplinarità, della interdisciplinarità e della integrazione delle professionalità. Si fa riferimento, oggi, al management multidimensionale. Le numerose discipline implicate sono: Medicina Interna, Pediatria, Metabolismo, Endocrinologia, Nutrizione, Fisiologia dell'Esercizio Fisico, Psicologia, Psichiatria. Si corre il rischio di fare una semplice somma di pareri diagnostici e di consigli terapeutici. Nasce quindi il problema dell'interdisciplinarità e dell'integrazione delle professionalità.

IV.4.2. Interdisciplinarità e integrazione delle professionalità

L'integrazione delle professionalità esprime un obiettivo ambìto che riguarda la traduzione operativa del concetto di interdisciplinarità che significa "*toccare nei suoi aspetti principali il modo complessivo per cui discipline diverse convergono in principi comuni nella teoria e nella pratica e quindi il modo complessivo di fare professione*". Si comprende bene come il concetto di interdisciplinarità e il suo obiettivo, integrazione delle professionalità, sono parte di un unico problema.

Certamente, le discipline o le specialità devono operare in quanto sistemi di codificazione dei fenomeni. Tali sistemi devono essere necessari per la comprensione della realtà, ma è indubbio che nella misura in cui esistono dovranno essere considerati "impianti metodologico-conoscitivi di valore sempre relativo e di portata parziale" in quanto bisognosi di continue e reciproche integrazioni.

Infatti l'integrazione delle professionalità va vista non come sovrapposizione di ambiti professionali o affiancamento di discipline diverse, su una tematica comune, non come somma di competenze, ma come esplicazione di un ben più impegnativo e più serio tentativo di impostare l'intero iter diagnostico-terapeutico.

IV.4.3. Configurazione di un team multidisciplinare

Data la difficoltà di attuare con successo l'integrazione delle professionalità, soprattutto quando il professionista vuole attuare un trattamento globale, è certamente migliore l'intervento di un team per evitare di fare una somma di dati per la diagnosi o una somma di terapie, e attuare l'integrazione delle professionalità che li hanno generati secondo un modello olistico.

Tale modello diventa una realtà se il team prende in considerazione simultaneamente e attivamente le tre dimensioni (biologica, psicologica e sociale) e se l'atto assistenziale non è la somma dei tre diversi interventi ma l'integrazione di azioni pluri-disciplinari. Inoltre tale modello si adatta bene al trattamento dell'Obesità perché essa rappresenta ancora una condizione di patologia dove la responsabilità ambientale è molto rilevante e la terapia relativa al danno biologico non è ancora esistente. Pertanto la dimensione psicologica e sociale deve trovare integrazione con quella biologica.

Per ragioni organizzative e per un vantaggioso rapporto costo-beneficio del tempo-uomo il team multidisciplinare rappresenta probabilmente la strategia operativa migliore poiché la formazione globale è complessa, difficile, richiede molto tempo e necessità dell'interessamento di differenti scuole di Specializzazione.

Le professionalità da integrare e le corrispondenti discipline sono molte ed è difficile che possano essere concentrate in un solo professionista. La configurazione di un team di una struttura assistenziale pubblica o privata potrebbe essere la seguente:

1. Il leader del team deve avere almeno una delle seguenti specialità: Medicina Interna, Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Scienza dell'Alimentazione. Le sue funzioni sono quelle di integrare professionalità esterne.
2. Lo psicologo assume il ruolo centrale sia per l'attivazione della diagnostica psicometrica, sia per l'attuazione dell'approccio cognitivo e comportamentale. È indispensabile quando sono implicati disturbi del comportamento alimentare come il Binge Eating Disorder.
3. Il diplomato in Economia e Merceologia degli Alimenti è il perno centrale e debitamente addestrato è indispensabile e necessario anche per l'applicazione dei modelli educativi comportamentali.
4. Altre figure professionali di supporto (assistente sanitaria, infermiere professionale, ecc.) sono indispensabili per la strutturazione del follow-up. L'ultimo a sapere gestire il proprio problema sanitario a lungo termine è l'interessato stesso, il soggetto. È indispensabile quindi il follow-up strutturato a cui dovrà partecipare attivamente anche e soprattutto il medico di medicina generale quando la perdita di peso non è operativa in soggetti portatori di rischio cardio-vascolare o di altre patologie Obesità-correlate.

1. Il follow-up strutturato

I sistemi classici di monitoraggio in vigore nelle malattie croniche non sono operativi nell'Obesità, perché non ci sono farmaci sempre attivi da poter somministrare cronicamente e non ci sono variabili biologiche da misurare, come la glicemia nel Diabete di tipo 2 o la pressione arteriosa nell'Ipertensione. Il peso rappresenta una variabile troppo facile da misurare. Dire semplicemente ad un soggetto con Obesità che si deve presentare a determinate scadenze per misurare il peso è inutile e sappiamo che ciò avviene solo se perde peso.

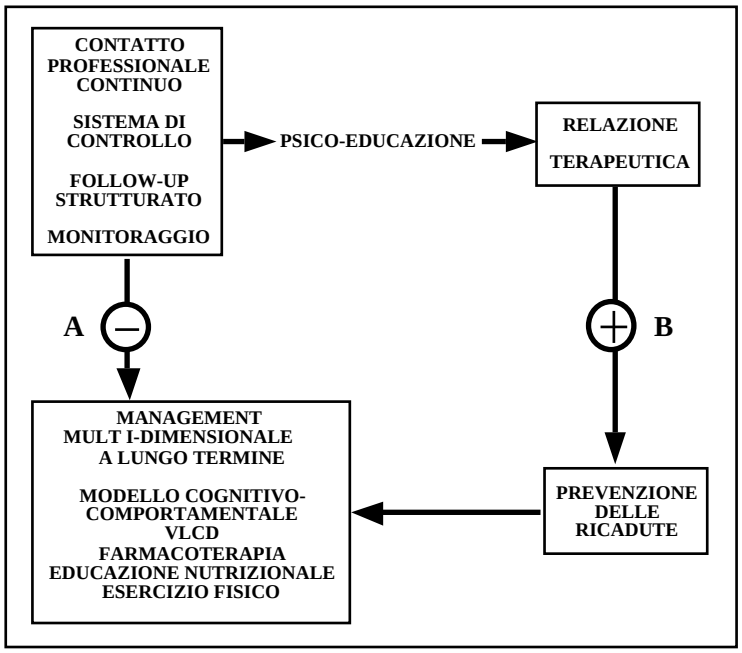
Si devono introdurre pertanto tutte le strategie possibili per mantenere attivo il sistema di controllo e cioè un follow-up strutturato.

Considerando la necessità di attuare un trattamento a lungo termine, con tutti gli strumenti di terapia in combinazione, il contatto professionale continuo è una proposta interessante, in quanto è ormai dimostrato che la perdita di peso è proporzionale alla lunghezza del trattamento. Il percorso B della u **Fig. 5** presenta maggiori probabilità di successo che non il percorso diretto A. Sappiamo infatti che nella pratica la ricaduta è una costante. Il percorso B, molto più complesso di quello diretto A è necessario per potere aumentare le probabilità che il monitoraggio si mantenga attivo. Solo in questo

modo è possibile costruire quindi un follow-up strutturato, dove il soggetto con Obesità non è lasciato a se ma coinvolto in un sistema di controllo imperniato sul contatto professionale continuo nell'ambito di una relazione terapeutica corretta.

Il problema quindi va visto in un ambito più generale, relativo alla possibilità di costruzione della relazione terapeutica medico-soggetto.

u **Fig. 5. Percorsi per l'attuazione del management multidimensionale**
Nella pratica l'interruzione (A) è una costante. Il percorso B aumenta la probabilità del successo, attraverso la Psico-educazione, la costruzione della Relazione terapeutica, la prevenzione dell'Eclissi



IV.4.4. La posizione del medico di medicina generale nel management

La posizione del medico di medicina generale è difficile da definire perché pochi sono i dati a disposizione. Non sappiamo come nella realtà il medico di medicina generale interviene sul piano professionale.

Non c'è dubbio che, anche il medico di medicina generale che desideri trattare l'Obesità non può sottrarsi alla necessità di avere un background idoneo. Anzi sarebbe avvantaggiato per il fatto che per principio potrà più facilmente tenere attivo il follow-up e quindi avere a disposizione il soggetto a lungo termine. Tuttavia non ci sono dati sulla efficacia a breve e lungo termine sull'intervento effettuato dal medico di medicina generale rispetto agli specialisti.

Un solo studio negli Stati Uniti è stato condotto per verificare quali sono i motivi che rendono inefficace l'approccio tradizionale del medico di medicina generale. Lo studio riguarda soggetti con BMI tra 35-40, che hanno volontariamente scelto di partecipare. Tutti i soggetti si sono espressi negativamente in relazione alla metodologia tradizionale attuata dai loro medici di medicina generale e hanno manifestato la necessità di un nuovo approccio per perdere peso perché sapevano già cosa mangiare o come si sarebbe comportato il loro medico.

Esistono due handicap per il medico di medicina generale: non ha a disposizione né il tempo né un team, mentre sia l'uno che l'altro sono probabilmente necessari per avere una migliore compliance da parte del soggetto. Pertanto il medico di medicina generale

può scegliere meglio il suo ruolo inserendosi nell'approccio decisionale per dare le migliori indicazioni ai soggetti sui programmi per la perdita di peso, perché spesso il soggetto attua da solo scelte incongrue.

1. Necessità di un atteggiamento empatico

L'obiettivo tradizionale del trattamento dell'Obesità deve contemplare non solo il controllo dei fattori di rischio per morbosità e mortalità, ma deve anche ridurre le sofferenze mentali e soprattutto migliorare l'autostima. I medici di medicina generale possono intervenire positivamente in questo processo con una serie di atteggiamenti orientati dal modello psico-biologico-sociale e non da presupposti moralistici. Si può così stabilire una favorevole relazione terapeutica e convincere i soggetti che sono trattati con rispetto e conoscenza dei fatti. Occorre pertanto prestare attenzione alle seguenti considerazioni:

1. Comprendere la frustrazione e il disappunto dei soggetti con Obesità, comunicando la conoscenza di tale sofferenza, capire che non tutti sono uguali per i fattori che ne hanno determinato l'insorgenza e per gli effetti indotti sulla loro vita nel determinare un complesso stato di sofferenza mentale.
2. Non peggiorare la riduzione dell'autostima, già di per sé molto bassa, con l'accusa diretta o indiretta di non "fare la dieta" e tanto meno di "essere un bugiardo", quando lo sforzo per controllare il peso viene a mancare, anzi stimolare il soggetto ad avere stima di sé, indipendentemente dal peso o dai risultati ottenuti con il trattamento.
3. Avere quindi rispetto di ciò che i soggetti riferiscono in relazione alle abitudini alimentari, anche quando ciò che viene riferito appare inconsistente rispetto alle modificazioni del peso. Esiste la possibilità che un soggetto con Obesità affermi il vero o ne sia convinto.
4. Partecipare attivamente alla fase decisionale che riguarda gli obiettivi e i metodi di trattamento, per evitare le frodi e seguire le linee guida e le raccomandazioni di organi governativi e culturali predisposti alla salvaguardia della salute pubblica.
5. Dare un consistente supporto in tutte le fasi del trattamento, specialmente durante i periodi della ricaduta, soprattutto nel convincere il soggetto a non disertare gli appuntamenti e a tenere sempre attivo il controllo professionale.

Questi atteggiamenti del medico di medicina generale possono essere di per sé utili non solo quando egli stesso è direttamente coinvolto, ma anche quando è parte integrante del team dando il suo sostegno a chi è più direttamente impegnato.

---

m **Raccomandazione: R.IV.4.a.**

Chi deve trattare l'Obesità deve essere certamente un esperto che conosca il problema e deve avere comunque avuto una formazione, in quanto si assume l'onere di integrare le professionalità e di colmare le sue eventuali lacune, chiedendo collaborazione ed evitando di fare una somma di pareri

In alternativa, per un vantaggioso rapporto costo-beneficio del tempo-uomo e per la necessaria multidisciplinarità, interdisciplinarità e integrazione professionale, il team pluridisciplinare rappresenta la strategia operativa migliore

Si raccomandano quindi corsi di formazione globale in attesa delle definizioni dei curriculum accademici

l **Categoria di evidenza A**

L'incremento della percezione che l'Obesità sia una malattia incoraggia la presunzione che tale condizione debba essere "medicalizzata" e affrontata con un management simile a quello delle altre malattie che tradizionalmente sono considerate nel servizio sanitario. Molte sono le difficoltà che sorgono da un approccio di questo tipo per una serie di fattori come l'elevata percentuale di soggetti (oltre il 50% nell'età adulta), il punto di vista culturale negativo e la inadeguata possibilità economica della società odierna. Una serie di aspettative negative e conflittuali recepite dal medico di medicina generale rinforzano la riluttanza ad occuparsi del problema. Tuttavia più attenzione dovrebbe essere data ai soggetti con Obesità. Questa attenzione potrebbe essere anche assunta da un team di personale non medico sufficientemente addestrato a seguire percorsi di terapia e con adeguata supervisione.[11]

---

p **Dichiarazione: D.IV.4.b.**

È necessario quindi sviluppare modelli assistenziali modificati usando personale non medico guidato come alternativa al tipo di approccio sanitario classico

l **Categoria di evidenza D**

„ **Goal**

[11]: Frank A. A multidisciplinary approach to Obesity management: the physician's role and team care alternatives. J Am Diet Assoc 98 (10 Suppl 2), S44-8, 1998

n IV. Appendice 5. La Prevenzione

IV.5.1. Introduzione

Fino a pochi anni fa, la prevenzione e la cura dell'Obesità erano considerate strategie distinte finalizzate, rispettivamente, al mantenimento ed alla riduzione del peso corporeo, ed appannaggio quasi esclusivo delle autorità sanitarie pubbliche, per gli aspetti preventivi, e del medico, per i trattamenti. È ormai evidente che il controllo dell'Obesità richiede un ampio spettro di interventi interdipendenti coordinati a differenti livelli, che vanno dalla prevenzione, attraverso il mantenimento del peso e la cura delle complicanze mediche, alla perdita di peso. Per essere efficaci questi interventi dovrebbero tenere in debita considerazione:

- fattori ambientali che influenzano maggiormente il peso corporeo della comunità o della popolazione
- soggetti o i gruppi che sono esposti ad un rischio maggiore di Obesità
- soggetti con Obesità che richiedono un trattamento.

IV.5.2. Successi ed insuccessi degli interventi di Sanità Pubblica

Gli interventi di sanità pubblica vantano una lunga storia di successi nella prevenzione delle malattie infettive. Malattie come il vaiolo, la difterite, la poliomielite, la tubercolosi, il tifo, la polmonite pneumococcica e la meningite meningococcica sono state quasi o del tutto debellate, almeno nei paesi industrializzati, dall'introduzione di vaccini e di antibiotici. I risultati maggiori in termini di riduzione della morbosità e della mortalità nel diciannovesimo e ventesimo secolo sono stati però ottenuti grazie al miglioramento delle condizioni igieniche e, più in generale, delle condizioni di vita piuttosto che per interventi medici o per il potenziamento dei servizi di cura.

Oltre ai successi, comunque, non sono mancati i fallimenti. Le malattie trasmesse sessualmente, l'aterosclerosi, il diabete, le malattie polmonari da fumo e le malattie psichiatriche eludono ancora oggi gran parte degli sforzi compiuti per la loro prevenzione. La difficoltà a produrre e a mantenere cambiamenti comportamentali significativi, in assenza di un adeguato supporto ambientale, ed il conflitto tra una politica orientata alla salute e gli interessi economici del mondo industriale sono stati riconosciuti come ostacoli maggiori per l'attuazione efficace delle misure di prevenzione.

Solo di recente, la prevenzione dell'Obesità è stata considerata come obiettivo rilevante dei programmi di sanità pubblica e la perdita di peso è stata raramente inserita tra gli obiettivi primari degli interventi di prevenzione. Ciò nondimeno, le raccomandazioni sull'incremento dell'attività fisica, sul controllo dell'assunzione calorica giornaliera, sull'aumento del consumo di fibre, sulla limitazione del consumo dei grassi e di alcool, inserite nell'ambito delle campagne educative per la riduzione dei fattori di rischio cardio-vascolare, hanno influenzato positivamente il peso medio delle popolazioni studiate, riducendolo o limitandone l'aumento (vedi Piramide 5).

IV.5.3. Razionale degli interventi di prevenzione

Almeno tre osservazioni costituiscono il razionale delle misure di prevenzione:

1. L'Obesità si sviluppa nel corso del tempo ed una volta che si è instaurata è molto

difficile da trattare.

2. Le complicanze dell'Obesità possono non essere completamente reversibili con la perdita di peso mentre gli effetti negativi del recupero del peso sulla pressione arteriosa e sul colesterolo-LDL possono superare i benefici ottenuti con la precedente perdita di peso.

3. La prevalenza dell'Obesità ha assunto dimensioni tali da rendere insufficienti le risorse assistenziali pubbliche.

IV.5.4. È possibile prevenire l'Obesità?

L'evidenza a sostegno di un possibile ruolo della prevenzione nel controllo dell'Obesità è indiretta e deriva principalmente da studi epidemiologici su minoranze etniche e da studi clinici su bambini con Obesità. Le indagini epidemiologiche hanno documentato un consistente aumento di Obesità nei gruppi etnici che hanno modificato radicalmente il loro stile di vita rispetto alle popolazioni d'origine. È nota la maggiore prevalenza di Obesità negli Indiani Pima che si sono stabiliti in Arizona e che hanno adottato uno stile di vita occidentale rispetto agli stessi Indiani che si sono stabiliti in Messico (Maycoba) e che hanno mantenuto uno stile di vita tradizionale. In modo simile si assiste alla esplosione di Obesità fra Samoani Americani e Samoani Hawaiani rispetto alle popolazioni native. Ciò testimonia che l'Obesità, malgrado la sua origine genetica, non è inevitabile e che la sua emergenza è da considerarsi come una manifestazione del progresso socio-economico.

Studi clinici su bambini con Obesità confermano l'ipotesi che l'Obesità possa essere prevenuta. Infatti, è stato dimostrato che il trattamento comportamentale efficace durante il passaggio dall'infanzia all'adolescenza riduce sensibilmente il numero di bambini che mantengono il Sovrappeso in età adulta. La tempestività dell'intervento ed il coinvolgimento del nucleo familiare costituiscono due variabili critiche. È ormai accertato che il rischio relativo di rimanere in Sovrappeso o con Obesità è tanto maggiore quanto più è tardivo l'intervento terapeutico durante lo sviluppo, e che l'intervento comportamentale sui bambini con Obesità e sui loro genitori produce effetti che si mantengono a lungo termine sui bambini, mentre gli adulti ritornano al loro peso iniziale.

IV.5.5. Obiettivi della prevenzione

Con il termine prevenzione si designano tutti quegli interventi e quelle iniziative che abbiano luogo prima che la condizione di Obesità si sia instaurata. Gli obiettivi della prevenzione sono:

- impedire lo sviluppo di Sovrappeso in soggetti di peso normale
- impedire la progressione verso l'Obesità nei soggetti che sono già in Sovrappeso
- impedire il recupero di peso nei soggetti che hanno già perso peso
- impedire l'ulteriore aggravamento di qualunque condizione medica già esistente.

IV.5.6. Livelli di prevenzione

Secondo gli attuali sistemi di classificazione, si designano come programmi di prevenzione primaria tutti gli interventi che sono finalizzati alla riduzione dell'incidenza delle malattie, ovvero della frequenza con cui nuovi casi si aggiungono alla popolazione. Vengono invece definiti come programmi di prevenzione secondaria e terziaria, rispettivamente, gli interventi che sono diretti alla riduzione della prevalenza delle malattie, ovvero della proporzione dei casi riscontrati nella popolazione, e quelli mirati

alla riduzione dell'invalidità ad esse associata.

Nel caso dell'Obesità, e più in generale nel caso delle malattie croniche con un'origine multifattoriale, i programmi di prevenzione sono basati sul concetto di riduzione del rischio piuttosto che sulla semplice presenza o assenza del disordine. Tali programmi, quindi, dovrebbero essere finalizzati alla riduzione di quelle caratteristiche che aumentano la probabilità di sviluppare una condizione di Obesità, e dovrebbero promuovere l'incremento dei fattori protettivi che si oppongono alla possibilità che tale condizione si realizzi.

Una terminologia alternativa per la definizione dei programmi di prevenzione è stata di recente raccomandata dall'Institute of Medicine of the National Academy of Sciences, ed è stata adottata nella stesura delle LiGIO'99. Secondo questa terminologia i programmi di prevenzione possono essere definiti universali, selettivi o mirati sulla base del gruppo o sottogruppo della popolazione a cui sono diretti. Gli interventi di prevenzione universale sono diretti all'intera comunità. I programmi di prevenzione selettiva sono rivolti a sottogruppi della popolazione che sono esposti ad un rischio maggiore di Obesità. I programmi di prevenzione mirata sono indirizzati a soggetti che, pure non soddisfacendo pienamente i criteri diagnostici dell'Obesità, mostrano segni o sintomi precursori del disordine o marker biologici che indicano una chiara predisposizione per esso.

1. Prevenzione universale

L'Obesità costituisce un problema di salute a livello di popolazione, indipendentemente dall'età, dal sesso e dal gruppo etnico di appartenenza. I programmi di prevenzione universale si rivolgono ad un numero di soggetti molto elevato e devono, quindi, abbinare le esigenze di sicurezza a costi economici relativamente contenuti.

Gli obiettivi della prevenzione universale, raggiungibili attraverso l'educazione alimentare, la promozione dell'attività fisica e l'attuazione di interventi di politica sociale ed economica sui fattori ambientali più importanti per il controllo del peso corporeo, sono:

- ridurre la prevalenza dell'Obesità
- ridurre il peso medio della popolazione
- ridurre le complicanze mediche dell'eccesso ponderale
- migliorare le conoscenze sul ruolo della nutrizione, dell'esercizio fisico e del peso corporeo nel raggiungimento e mantenimento di un soddisfacente stato di salute e di benessere.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario applicare in modo coordinato diverse strategie, come i programmi strutturati per l'intera comunità, i programmi per la scuola, quelli per la famiglia, quelli finalizzati alla modificazione dell'ambiente di vita.

a. Programmi di comunità. La prevenzione a livello di comunità costituisce l'elemento centrale della maggior parte dei programmi di sanità pubblica. La maggior parte di questi interventi è stata sviluppata nel quadro di grandi campagne educative per la riduzione dei fattori di rischio cardio-vascolare. Esempi di programmi di comunità sono: lo Stanford Three-Community Study, lo Stanford Five-City Project, il Minnesota Heart Health Program, il North Carelia Project ed il Mauritius Non-Comunicable Disease Intervention Project. La riduzione del peso corporeo non ha mai rappresentato un obiettivo primario di tali interventi. Tuttavia, le misure di prevenzione adottate hanno avuto effetti positivi. Infatti, le raccomandazioni sull'incremento dell'attività fisica, sulla riduzione dell'assunzione giornaliera di cibo e del consumo dei grassi e di alcool, sull'aumento del consumo di fibre, ecc., hanno consentito di ottenere piccole ma

significative riduzioni del peso corporeo o ne hanno limitato l'aumento.

Per avere successo, i programmi di comunità devono:

- raggiungere il numero maggiore di giovani adulti e soprattutto di soggetti ad alto rischio
- modificare le abitudini alimentari e lo stile di vita che conducono all'Obesità
- essere realizzabili a bassi costi.

b. Programmi nella scuola. Durante l'infanzia e l'adolescenza si sviluppano comportamenti ed attitudini che influenzano direttamente o indirettamente lo stato di salute dell'età adulta. È quindi necessario che le misure preventive siano messe in atto quanto prima possibile.

Le scuole offrono l'opportunità di integrare le metodologie di educazione alimentare e di controllo del peso corporeo con interventi sull'attività fisica e sull'ambiente (composizione dei pasti nella refezione scolastica). Queste iniziative consentono inoltre di raggiungere più facilmente le famiglie, il cui ruolo nella prevenzione e nella terapia dell'Obesità è estremamente importante.

La prevenzione nella scuola non ha dato fino ad oggi risultati molto incoraggianti. Infatti, negli Stati Uniti, su 7 studi condotti nelle scuole primarie e secondarie, e riesaminati di recente in occasione dello Strategy Development Workshop for Public Education on Weight and Obesity tenuto a Bethesda nel 1992, solo 3 hanno mostrato effetti positivi e significativi sul peso corporeo e sui fattori di rischio per l'Obesità. La maggior parte di questi studi comunque non integrava l'intervento sulla dieta con altre iniziative sull'attività fisica, sull'ambiente sociale e sul nucleo familiare del bambino. Quindi, la potenzialità dell'approccio preventivo in ambito scolastico non è stata ancora correttamente valutata.

c. Programmi familiari. È ormai accertato che l'ambiente familiare riveste un ruolo decisivo nello sviluppo e nel trattamento efficace dell'Obesità infantile, e che tale condizione costituisce un problema rilevante non solo per i suoi effetti negativi sulla salute, ma anche perché è predittiva di una condizione futura di Obesità.

Studi epidemiologici hanno riportato che i figli di genitori con Obesità hanno una probabilità maggiore di sviluppare tale condizizone nel corso della vita adulta rispetto ai figli di genitori di peso normale e che il rischio relativo aumenta con il protrarsi dell'Obesità durante lo sviluppo. L'intervento, oltre ad essere tempestivo, dovrebbe coinvolgere il nucleo familiare. Infatti è stato dimostrato che gli effetti dei trattamenti comportamentali diretti all'intera famiglia si mantengono a lungo termine (10 anni) durante lo sviluppo.

L'importanza del nucleo familiare è stata anche confermata dai risultati di interventi più strettamente preventivi. È stata osservata una minore prevalenza di Obesità nei bambini i cui genitori erano stati sottoposti ad un programma di educazione sanitaria rispetto a bambini inseriti in un gruppo controllo.

Per una più efficace attuazione dei programmi familiari, è stato raccomandato che:

- I genitori svolgano un ruolo attivo nel programma
- l'esercizio fisico costituisca una componente fondamentale di tutti i programmi di controllo del peso corporeo
- l'ambiente familiare ed i comportamenti che in esso si esprimono costituiscano altrettanti obiettivi dell'intervento
- una competenza specifica sulla modificazione del comportamento infantile sia acquisita prima che l'intera famiglia sia trattata
- sia dato risalto all'innocuità degli interventi dietetici bilanciati relativamente all'accrescimento del bambino

- sia enfatizzato che la prevenzione dell'Obesità può prevenire l'insorgenza di disturbi del comportamento alimentare e ridurre i fattori di rischio cardio-vascolare.

d. Programmi nel luogo di lavoro. Il luogo di lavoro rappresenta un tipo di comunità di notevole interesse per le strategie di prevenzione giacche consente di raggiungere in modo diretto uomini e donne che appartengono a fasce di età in cui i cambiamenti dello stile di vita possono avere riflessi immediati sulla salute. Tali interventi possono essere sviluppati a costi relativamente contenuti e sottraendo poco tempo al lavoro.

Il National Survey of Worksite Health Promotion ha riportato che negli Stati Uniti, i due terzi dei luoghi di lavoro con almeno 50 impiegati promuovono iniziative a favore della salute. Tuttavia, mentre sono stati riportati considerevoli successi nel controllo dell'ipertensione e del fumo, risultati piuttosto deludenti sono stati ottenuti nel controllo del peso corporeo. La maggiore limitazione di tali programmi, che purtroppo è anche la limitazione degli interventi clinici, non si riferisce agli effetti a breve termine ma al mantenimento nel tempo dei risultati ottenuti.

e. Programmi di modificazione dell'ambiente. Questi programmi hanno lo scopo di intervenire sulle caratteristiche dell'ambiente che possono favorire lo sviluppo e l'espressione dell'Obesità. I programmi di questo tipo comprendono tutte le strategie finalizzate a:

1. promuovere sia nell'industria alimentare, sia nella ristorazione collettiva, la produzione o la preparazione di cibi e pasti con ridotti quantitativi di calorie e di grassi
2. regolamentare la pubblicità e l'etichettatura di alimenti e bevande per favorire la scelta di prodotti salutari
3. modificare la politica economica e sociale per scoraggiare il consumo di cibi eccessivamente ricchi di zuccheri e di grassi
4. incoraggiare, anche attraverso la realizzazione di strutture per il tempo libero e lo sport, una maggiore attività fisica e uno stile di vita più sano.

I programmi di modificazione dell'ambiente sono assimilabili agli interventi tradizionali di tutela della salute pubblica il cui scopo è ridurre l'esposizione della popolazione alle situazioni ambientali "a rischio".

2. Prevenzione selettiva.

I programmi di prevenzione selettiva sono rivolti ai sottogruppi della popolazione a rischio di Obesità. Questi sottogruppi possono essere identificati sulla base dei fattori biologici, psicologici e socio-culturali che aumentano la probabilità di sviluppare una condizione di Obesità. Secondo l'Institute of Medicine, le variabili principali che identificano i gruppi a rischio sono:

- il sesso (le femmine hanno una maggiore predisposizione per l'eccesso di peso corporeo e una maggiore variabilità ponderale rispetto ai maschi)
- l'età (per es., l'adolescenza, il periodo pre-puberale e l'intervallo tra i 25 e i 34 anni)
- la razza, il gruppo etnico e lo status socioeconomico (le donne afroamericane e le donne bianche con elevato livello scolare ed alto reddito hanno indici di massa corporea inferiori a quelli delle donne meno istruite e con reddito più basso)
- una storia positiva di Obesità o di Diabete di tipo 2
- abitudini alimentari e stile di vita (per es., una dieta ricca di sostanze grasse, una vita sedentaria e lo smettere di fumare)
- eventi di vita critici (gravidanza, menopausa).

I programmi indirizzati ai bambini in Sovrappeso, che abbiano genitori con peso

corporeo eccessivo, possono essere considerati esempi di prevenzione selettiva. Quelli indirizzati ai bambini o agli adolescenti con Obesità, provenienti da famiglie caratterizzate da una storia ponderale di Sovrappeso o di Obesità, rappresentano, al contrario, casi limite. Infatti, sebbene il trattamento efficace dell'Obesità infantile costituisca una misura preventiva dell'Obesità in età adulta, il concetto di prevenzione si riferisce specificamente a quegli interventi e quelle iniziative che abbiano luogo prima che la condizione di Obesità si sia instaurata.

Obiettivi delle misure di prevenzione selettiva sono:

- limitare l'incremento di peso nei soggetti e nei gruppi a rischio
- ridurre l'uso indiscriminato della dieta per il controllo del peso corporeo
- promuovere uno stile di vita salutare (migliore alimentazione, maggiore esercizio fisico e minori disturbi del comportamento alimentare).

3. Prevenzione mirata

I programmi di prevenzione mirata, a differenza di quelli di prevenzione selettiva che si rivolgono a gruppi o a popolazioni, sono indirizzati a soggetti che, pure non presentando una condizione di Obesità, mostrano segni o sintomi precursori di questo disordine o marker biologici che indicano una chiara predisposizione per esso. Gli studi condotti fino ad oggi sui predittori dell'aumento di peso corporeo indicano che i bambini Sovrappeso con genitori con Obesità sono ad alto rischio di Obesità. Essi possono, quindi, essere considerati i destinatari elettivi degli interventi di prevenzione mirata.

Gli obiettivi che la prevenzione mirata intende raggiungere sono:

- ridurre il numero di soggetti che sviluppano malattie associate all'Obesità
- incrementare il numero di soggetti che mantengono con successo riduzioni anche modeste (5-10%) del peso corporeo
- diminuire il numero di soggetti che aumentano anche di poco (2 kg) il proprio peso corporeo.

Raccomandazione: R.IV.5.

Gli interventi di prevenzione dovrebbero essere sicuri ed efficaci, non dovrebbero creare allarmismi e dovrebbero porre maggiormente in risalto gli aspetti positivi di una corretta alimentazione e di uno stile di vita attivo piuttosto che le conseguenze negative dell'Obesità o dell'aumento del peso corporeo

Nella pianificazione di una campagna di educazione sanitaria, molta attenzione deve essere posta nella valutazione della audience, dei canali e delle strategie di comunicazione, e nella scelta dei messaggi appropriati

Categoria di evidenza C

---

n VI. Appendice 6. La riduzione del peso nel soggetto anziano

Un'elevata prevalenza di patologia cardio-vascolare nei soggetti in eccesso ponderale si osserva anche nell'età più avanzata. Inoltre, l'Obesità è un importante predittore di disabilità nel vecchio. Sia gli studi trasversali che gli studi RCTs suggeriscono che la perdita di peso riduce i fattori di rischio e migliora lo stato funzionale negli anziani così come nei giovani adulti.

Il problema è se sia utile ridurre il peso dopo i 65 anni quando tale provvedimento potrebbe essere incapace di rimediare agli effetti di uno stato di Obesità protrattosi per molti anni. Si è inoltre dimostrato che la perdita di peso nell'età più avanzata si associa ad aumentata mortalità. Quest'ultimo fenomeno poterebbe essere spiegato dalla coesistenza di una malattia occulta. Comunque, l'associazione fra mortalità e perdita di peso si osserva particolarmente nei soggetti che si affacciano alla vecchiaia già con bassi valori di BMI. Non è chiaro se si possa applicare anche ai vecchi con elevato rischio per patologia cardio-vascolare. Questo aspetto è difficile da chiarire con gli studi trasversali e non esistono per alcuna età studi randomizzati in cui possano essere chiaramente dimostrati gli effetti della perdita di peso sulla mortalità.

Il trattamento dell'Obesità nel vecchio è stato messo in discussione da alcuni studi epidemiologici che sembrerebbero sminuire l'importanza del rischio relativo correlato all'Obesità nelle età più avanzate. Tuttavia, questi dati sul rischio relativo non sono un utile punto di riferimento per stabilire se gli interessati possano giovarsi o meno della perdita di peso. Il rischio relativo è infatti influenzato dalle caratteristiche del gruppo di controllo. In questo caso il gruppo di controllo è rappresentato da soggetti con peso minore ma che presenta comunque elevata morbosità e mortalità.

L'integrità dell'osso e la corretta alimentazione possono risentire pesantemente del trattamento dell'Obesità. La perdita di peso può accelerare la perdita di massa ossea correlata all'età e aumentare il rischio di fratture osteoporotiche nei gruppi ad alto rischio come le donne bianche. Sembra tuttavia che l'attività fisica possa svolgere un ruolo determinante nel mantenere l'integrità ossea durante la riduzione del peso.

La restrizione energetica potrebbe poi comportare un inadeguato introito di nutrienti fondamentali come proteine, vitamine e sali minerali. Inoltre, la perdita di peso, dovuta ad una malattia occulta, potrebbe essere scambiata per un successo terapeutico. Questi inconvenienti possono essere almeno in parte ovviati con un'accurata assistenza dietetica e un attento controllo dell'attività fisica negli anziani che si sottopongono ad un programma di perdita di peso (vedi par. II.E.2.).

---

m **Raccomandazione: R.IV.6.a.**

Non è dimostrato che la perdita di peso nei soggetti anziani contribuisca a correggere il rischio di mortalità cardiovascolare. È tuttavia fonte di disabilità e potrebbe essere utile la perdita di peso facendo particolare attenzione al mantenimento dell'integrità dello stato nutrizionale soprattutto osseo

l **Categoria di evidenza D**

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.IV.6.b.**

Va certamente segnalata la elevatissima prevalenza che supera

80% nelle donne non istituzionalizzate
l **Categoria di evidenza C**

Pochi sono gli studi di intervento nei soggetti anziani poiché il problema dell'Obesità in questa età è stato poco considerato. Tuttavia non mancano dati sulla efficacia del modello cognitivo-comportamentale. Quando applicato in comunità protette si è dimostrato efficace nel mantenere la riduzione del peso perduto anche dopo 3 anni.

---

m **Raccomandazione: R.IV.6.c.**
Anche nei soggetti anziani, soprattutto se in comunità protette, dovrebbe esser raccomandata l'applicazione del modello cognitivo-comportamentale
l **Categoria di evidenza B**

---

n IV. Appendice 7. L'Obesità dell'Infanzia

IV.7.1. Introduzione

L'Obesità infantile è responsabile di circa il 30% dell'Obesità dell'età adulta, come rilevato in due studi con osservazione a 40 e 50 anni e persiste nell'età adulta in oltre 80% degli adolescenti. La portata del problema è più rilevante di quanto non si possa immaginare. L'Obesità in età pediatrica precede spesso l'Obesità dell'età matura. Il bambino con Obesità può presentare molte delle complicanze tipiche dell'adulto, comprese alcune condizioni di disagio psico-sociale, anche importanti. Il trattamento dell'Obesità durante l'età evolutiva è in genere più efficace che nelle età successive. Ma soprattutto è indifferibile una maggior attenzione all'aspetto preventivo. Sono tuttavia necessarie ulteriori esperienze per ottimizzare le strategie di intervento.

IV.7.2. Definizione di Obesità nel bambino

Varie sono le modalità impiegate dal clinico per la diagnosi di Obesità del bambino:

1. un peso corporeo relativo per sesso ed età superiore al 120%
2. un BMI superiore al 97° percentile per sesso ed età, utilizzando le Tabelle francesi del BMI quale riferimento
3. una plica tricipitale superiore al 85° percentile per sesso ed età (Tabelle di Tanner).

IV.7.3. Prevalenza dell'Obesità del bambino in Italia

In Italia circa il 14% dei bambini tra i 4 ed i 12 anni risulta in eccesso ponderale e tale percentuale è in costante incremento. Anche in Italia l'Obesità esordita nell'età evolutiva tende a persistere nell'età adulta (nel 30-60% dei casi).

IV.7.4. Rischi per la salute legati a Sovrappeso e Obesità nel bambino

L'associazione tra Obesità e morbosità non è esclusiva del soggetto adulto. Gradi elevati di Obesità, soprattutto nell'adolescente, si associano infatti ad intolleranza al glucosio, fino al Diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipemia, patologia osteo-articolare, disturbi relazionali e psicologici, ecc. In particolare, i fattori di rischio cardio-vascolare sono spesso presenti nel giovane con Obesità. Una adiposità in eccesso del 25% nei maschi e del 30% nelle femmine è stata associata ad un elevato rischio di ipertensione nei bambini e nei giovani tra 5 e 18 anni. I livelli di colesterolo-LDL e trigliceridi sono elevati, mentre quelli di colesterolo-HDL sono tendenzialmente ridotti: l'Obesità viscerale risulta la principale responsabile di questo sfavorevole quadro lipidico. Infine, studi retrospettivi hanno evidenziato una associazione, in particolare nei maschi, tra Obesità nell'adolescenza e mortalità in età adulta. Tale associazione è risultata valida indipendentemente dalla concomitante Obesità nell'età adulta. Questo dato suggerisce che gli effetti dell'Obesità del bambino non sono presenti solo a breve termine ma possono persistere nelle età successive.

IV.7.5. Identificazione degli obiettivi. Quali i fattori di rischio?

Fattori ambientali agiscono su di un substrato genetico predisponente causando la comparsa dell'Obesità. Studi su gemelli e su bambini adottati hanno evidenziato l'importanza della genetica, che può spiegare fino al 70% (mediamente 40%) della variabilità del BMI all'interno della popolazione di riferimento. L'Obesità dei genitori,

in particolare della madre, è infatti il primo fattore di rischio per l'Obesità nel bambino. È indubbio che anche l'ambiente, attraverso molteplici meccanismi, è determinante per la comparsa dell'Obesità nel bambino e la sua persistenza o meno nell'età adulta. Gli effetti esercitati dall'ambiente sono differenziabili in effetti condivisi, cioè effetti comuni a soggetti cresciuti nel medesimo ambiente familiare, e non condivisi o unici, cioè effetti che interessano indipendentemente un singolo componente della famiglia e non gli altri. Studi su gemelli e su bambini adottati hanno evidenziato che gli effetti ambientali condivisi sembrano essere relativamente trascurabili ai fini della comparsa dell'Obesità.

Tra i fattori ambientali, potenzialmente modificabili con il trattamento, è da sottolineare il ruolo della sedentarietà. Una delle principali cause di sedentarietà nel bambino è indubbiamente la TV che è anche un importante promotore di consumi alimentari del bambino. Accanto alla sedentarietà, il livello socio-economico della famiglia (inversamente associato all'Obesità) ed il grado di trascuratezza nei confronti del bambino da parte dei genitori (positivamente associato all'Obesità) possono contribuire alla comparsa dell'eccesso ponderale durante l'età evolutiva. Le caratteristiche quantitative e qualitative dell'apporto alimentare cosi come la distribuzione del cibo nel corso della giornata sono stati variamente associati all'Obesità. Di particolare interesse il ruolo giocato dall'apporto lipidico, usualmente più elevato nel bambino con Obesità.

IV.7.6. Terapia

Il trattamento del bambino con Obesità viene differenziato in funzione dell'età e del grado di Sovrappeso. Per un'età inferiore ai 7 anni, l'obiettivo non è perdere ma evitare un aumento ponderale, a meno che non siano gia presenti complicanze dell'Obesità. Per il bambino con età superiore ai 7 anni, la perdita di peso è indicata nei soggetti con BMI superiore al 97° percentile per sesso ed età o siano presenti complicanze.

La strategia di intervento prevede modificazioni del comportamento nutrizionale e motorio del bambino, agendo direttamente sulla famiglia, oppure modificazioni ambientali che agiscano indirettamente sul bambino. Il primo approccio è volto all'acquisizione da parte del bambino della capacità di evitare l'eccessiva assunzione di cibo, di selezionare cibi meno grassi, di essere più attivo anche in situazioni che favoriscono la vita sedentaria. Tale approccio è costituito principalmente da interventi di carattere educativo indirizzati a tutta la famiglia. Il secondo, prevede un coinvolgimento attivo dei genitori nel controllare l'ambiente in cui vivono i loro figli (dagli alimenti disponibili in casa al numero di televisioni in famiglia, dalle attività nel tempo libero alla pratica di una attività sportiva organizzata, ecc.).

Dieta, attività fisica, terapia comportamentale e familiare sono i presidi consigliati. Per Obesità gravi o nel caso sia necessario indurre una rapida perdita di peso, anche il digiuno modificato trova una sua indicazione. La terapia farmacologica e chirurgia non fa parte del bagaglio terapeutico del pediatra che affronta l'Obesità del bambino, tranne in situazioni estreme e del tutto eccezionali.

È limitato il numero di studi sistematici condotti con terapia comportamentale nell'infanzia e nell'adolescenza, sebbene tale modello possa dare ottimi risultati specialmente a lungo termine. Le componenti di base sono rappresentate da:

1. Cambiamento della dieta del bambino
2. Programmi di esercizio fisico
3. Training della famiglia.

d. Negli adolescenti si hanno migliori risultati con il trattamento separato dei genitori.

4. L’efficacia dell'esercizio fisico è dimostrata in un follow-up a 2 anni.

5. Gli effetti del training familiare possono persistere per 10 anni dopo il trattamento.

6. La crescita in altezza non si modifica.

Si può concludere che l'Obesità dell'infanzia e dell'adolescenza si differenzia da quella dell'adulto per tre aspetti:

1. La responsabilità del successo è fortemente legata al training della famiglia.

2. La efficacia della terapia comportamentale è molto più legata all'esercizio fisico piuttosto che alla restrizione calorica.

3. I risultati a lungo termine sono migliori.

---

m **Raccomandazione: R.IV.7.**

L’Obesità è una malattia cronica che richiede un'attenzione allo stile di vita e nutrizionale anche nel bambino. Un approccio efficace alla prevenzione dell’Obesità come pure al suo trattamento, deve considerare con attenzione le prime età della vita

La terapia comportamentale basata sulla famiglia ha dato buoni risultati fino a 10 anni

l **Categoria di evidenza C**

» Goal

n IV. Appendice 8. Prevalenza dell'Obesità in Italia (Crepaldi, 1991)

IV.8.1. Bambini e Adolescenti				SP+OB*		SP*		OB*	
		Età	Popolazione	M	F	M	F	M	F
1986	Giovannini	07	Milano	-	-	-	-	06	
		15	Milano	16	-	-	-	-	
1988	Babini	14	Imola	18	20	12	14	06	06
1988	Caviezel	06-11	Milano	29	31	16	19	12	12
1988	Magnati	12	Parma	18	16	-	-	-	-

IV.8.2. Adulti da 20 a 29 anni				SP+OB*		SP*		OB*	
		Età	Popolazione	M	F	M	F	M	F
1990	Angelico	20-29	Sezze	37	30	31	22	06	08
	Melchionda	20-29	Emilia-Romagna	29	13	24	10	05	03
1991	Miori	25-29	Trento	23	17	21	13	02	04
	Giudici	20-29	Torino	25	09	21	08	04	01

IV.8.3. Adulti da 40 a 50 anni				M	F	M	F	M	F
		Età	Popolazione	SP+OB*		SP*		OB*	
1990	Angelico	40-49	Sezze	79	79	55	43	17	36
	Melchionda	40-49	Emilia-Romagna	64	47	51	33	13	14
	Miori	40-49	Trento	57	39	47	29	10	10
	Giudici	40-49	Torino	50	54	44	33	06	19

IV.8.4. Anziani da 60 a 85 anni				M	F	M	F	M	F
		Età	Popolazione	SP+OB*		SP*		OB*	
1981	Fidanza	70-79	Perugia	45	72	41	44	4	28
1989	Ferro-Luzzi	60-85	Nazionale	54	80	40	40	14	40
1990	Melchionda	65-74	Nazionale	58	68	42	38	16	30
1990	Melchionda	75-85	Nazionale	49	80	37	21	12	59

IV.8.5. ISTAT[12]				M	F	M	F	M	F
		Età	Popolazione	SP+OB*		SP*		OB*	
1994	Pagano	≥15	Nazionale	46	30	39	24	7	6

* **SP** = Sovrappeso (BMI 25-30)
OB = Obesità (BMI ≥30)
SP+OB = Sovrappeso+Obesità (BMI ≥25)

M = maschio
F = femmina

[12]: Le misure del peso e dell'altezza sono state automisurate. E' noto che mediamente viene sovrastimata l'altezza di 2 cm e sottostimato il peso di 2 kg

In Italia non esistono dati epidemiologici secolari. È possibile solo rifarsi a dati di altre popolazioni e ritenere con verosimile approssimazione che anche nel nostro paese stia accadendo lo stesso fenomeno. La prevalenza dell'Obesità è in fase di incremento. In 20 anni negli stati Uniti l'aumento è di 8 unità di BMI negli uomini 10 unità nelle donne. In Inghilterra l'aumento del BMI è di 7 unità.

Globalità Epidemiologica Trend Secolare nel Mondo (BMI ≥30)

Nazione	Anno	Età	M (%)	F (%)
Inghilterra	1980	16-64	6	8
	1992	"	13	15
Germania Est	1989	25-65	13	21
	1992	"	21	27
USA	1973	20-74	12	14
	1991	"	19,7	24,7
Brasile	1975	25-64	3,1	8,2
	1989	"	5,9	13,3
Giappone	1982	+20	0,9	2,6
	1993	"	1,8	2,6
Cina	1989	20-45	0,3	0,9
	1992	"	1,2	1,6
Samoa Occidentale	1978	25-69	38,8	59,1
	1991	"	58,4	76,8

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.IV.8.**

La prevalenza dell'Obesità (BMI >25) in Italia interessa almeno il 50% della popolazione adulta ed è pari alla prevalenza dell'Obesità del Nord-America

La prevalenza nei soggetti anziani è elevatissima (70-80%)

In tutte le civiltà industrializzate esiste ancora un trend secolare

l **Categoria di evidenza B**

In assenza di interventi di popolazione il trend secolare è destinato ad aumentare nelle prossime decadi

l **Categoria di evidenza D**

---

n IV. Appendice 9. Il Modello Cognitivo-Comportamentale

IV.9.1. Evoluzione del modello comportamentale primordiale

Gran parte dei progressi nello studio dell'Obesità e della regolazione dell'introito calorico è dovuta all'utilizzazione di "modelli biogenetici".[13] In generale, questi modelli considerano il peso corporeo come il risultato di un sistema regolato meccanismi neurofisiologici che difende uno specifico "set point" determinato geneticamente.[14]

L'approccio di maggior successo nel management del peso corporeo è rappresentato dall'intervento comportamentale e non dalla manipolazione farmacologica di parametri neurofisiologici. Ciò dimostra che il comportamento alimentare è influenzato profondamente da fattori cognitivi, emozionali ed ambientali e che esso può essere modificato attraverso l'apprendimento. Tali effetti non sono spiegati, o lo sono con difficoltà, dai modelli biogenetici che soffrono, pertanto, di importanti limitazioni. I "modelli bio-comportamentali" superano le difficoltà incontrate dai modelli biogenetici, integrando la sensibilità del comportamento alimentare all'ambiente fisico, all'ambiente sociale, allo stress, a stimoli situazionali ed affettivi con i complessi meccanismi neurofisiologici che ne regolano l'espressione.

Un esempio di modello bio-comportamentale è rappresentato dal modello bio-psico-sociale.

Fino ad oggi, non è mai stato descritto in letteratura alcun "modello cognitivo-comportamentale" dell'Obesità. Ciò non stupisce affatto, data l'estrema eterogeneità di tale condizione. L'assenza di una modellistica cognitivo-comportamentale dell'Obesità non esclude affatto la possibilità che particolari aspetti psicologici e comportamentali, che in essa possono convivere, non siano modellabili in termini cognitivo-comportamentali. Infatti, sia la ricerca sperimentale che la pratica clinica in tale campo utilizzano, o dovrebbero utilizzare, il modello cognitivo-comportamentale per il Binge Eating Disorder, la depressione, la prevenzione delle ricadute, ecc. La mancanza di modelli cognitivo-comportamentali dell'Obesità, è, poi, del tutto indipendente dal ruolo positivo che la terapia cognitivo-comportamentale può giocare nella riduzione e nel mantenimento del peso corporeo. Infatti, la ragione della possibile applicazione di tale terapia in questo ed in altri campi clinici è "*… basata sulla premessa che i fattori cognitivi e comportametali sono rilevanti in tutte le esperienze umane. È logico pertanto affermare che non esiste problema psicologico, comportamentale o fisico che non possa essere potenzialmente affrontato con un approccio cognitivo-comportamentale.*"[15].

Inizialmente la terapia comportamentale dell'Obesità si è basata sulla premessa che i principi dell'apprendimento potevano essere utilizzati per correggere alcuni comportamenti disfunzionali presenti nei soggetti in Sovrappeso (ad esempio l'alimentazione eccessiva ed i ridotti livelli di attività fisica). In questo razionale pragmatico, dopo i primi entusiasmi, è stato ben presto verificato che la predisposizione genetica ed i meccanismi biologici implicati nell'Obesità rendono particolarmente difficile il mantenimento nel tempo delle tecniche comportamentali apprese.

È stato osservato che le prime applicazioni della terapia comportamentale andavano in parallelo, senza però integrarsi, con la prescrizione della dieta e dell'attività fisica. I

13: Schlundt D.G., Hill J.O., Sbrocco T., Pope-Cordle J., Kasser T.: Obesity a biogenetic or biobehavioral problem. Int J Obesity 14, 815-828, 1990

14: Bray G.A.: Nutrient balance: new insights into Obesity. Int J Obesity 11 (Suppl 3), 83-95, 1987

15: Enright S.J.: Cognitive behaviour therapy-clinical applications. BMJ 314, 1812, 1997

due approcci in seguito sono stati però integrati e così la terapia comportamentale ha ben presto associato all'intervento comportamentale classico la terapia dietetica e procedure finalizzate ad aumentare i livelli di attività fisica. Più recentemente sono state inserite tecniche per migliorare le relazioni interpersonali, per sviluppare attitudini meno disfunzionali nei confronti del comportamento alimentare, del controllo del peso e delle propria immagine corporea e per prevenire le ricadute. Per tale motivo oggi è più appropriato parlare di Modello Cognitivo-Comportamentale e non semplicemente di terapia comportamentale.

Attualmente l'obiettivo primario dei programmi che applicano il Modello Cognitivo-Comportamentale non è la perdita di peso, ma il management a lungo termine dell'Obesità con il fine di aiutare il soggetto a modificare in modo permanente il suo stile di vita e così riuscire a mantenere nel tempo un peso corporeo più basso nonostante le influenze genetiche, interpersonali e ambientali favoriscano il contrario (vedi Piramide 3 e 8).

IV.9.2. Le strategie del Modello Cognitivo-Comportamentale

1. Valutazione della motivazione del soggetto a perdere peso

Quando la perdita di peso non è sostenuta da sostanziali motivazioni e gli eventi della vita o meglio le condizioni ambientali interferiscono con l'applicazione del Modello Cognitivo-Comportamentale può essere molto difficile mettere in atto e poi mantenere i vari comportamenti necessari a perdere peso. Per tale motivo è di estrema importanza valutare se il soggetto è pronto a perdere peso e se ha delle motivazioni adeguate. A questo scopo si può utilizzare la tecnica chiamata "bilancio decisionale" che aiuta il soggetto a confrontare i benefici e i costi percepiti nell'intraprendere un cambiamento comportamentale. Essa consiste nel fare compilare al soggetto una tabella a due colonne in cui vanno riportati i benefici che si aspetta dalla perdita di peso e i costi che dovrà affrontare per raggiungere tale obiettivo. Se i benefici sono superiori ai costi il soggetto è più motivato a cambiare. Quando, invece, i costi percepiti sono superiori ai benefici il soggetto è meno motivato e con molta probabilità non è pronto a cambiare.

2. Obiettivo ragionevole di perdita di peso

Recenti ricerche hanno indicato che una modesta riduzione ponderale, variabile dal 5 al 10% del peso corporeo iniziale, è nella maggior parte dei casi sufficiente a ridurre le più importanti complicanze mediche legate all'Obesità. Inoltre, il mantenimento di una modesta riduzione di peso ed anche un parziale recupero dello stesso, è sufficiente a sostenere nel tempo i miglioramenti delle condizioni di salute ottenuti con la perdita di peso. Per tale motivo un recente resoconto dell'Institute of Medicine of the National Academy of Sciences (1995) ha concluso che: "La nostra definizione di un successo a lungo termine nella perdita di peso è quella di un decremento ponderale di almeno il 5% ed il riuscire a mantenere tale perdita di peso per almeno 1 anno".

3. Auto-monitoraggio

L'auto-monitoraggio dell'assunzione di cibo, che rappresenta la tecnica basilare del Modello Cognitivo-Comportamentale, è effettuato registrando su un diario la quantità e la qualità del cibo assunto, l'ora, il luogo e le circostanze (ambientali, interpersonali ed emotive) che hanno influenzato il comportamento alimentare.

Gli scopi dell'auto-monitoraggio sono due: a. fornire importanti informazioni riguardo al comportamento alimentare; b. aiutare a cambiare. La registrazione della assunzione di cibo può infatti aiutare il soggetto a rendersi conto che l'alimentazione in eccesso non è un comportamento automatico ma è determinato dal fatto che alcune

situazioni (sociali, emotive, interpersonali e biologiche) non sono gestite in modo adeguato. Questa auto-consapevolezza è una premessa essenziale per poi apprendere delle abilità specifiche per fronteggiare con successo le varie situazioni problematiche incontrate. L'auto-monitoraggio può essere applicato con gli stessi principi all'attività fisica.

La registrazione dell'assunzione di cibo va associata all'auto-monitoraggio del peso che deve essere condotto secondo istruzioni specifiche: a. valutazione settimanale in un giorno prefissato; b. uso di una tabella predisposta; c. riproduzione di un grafico annuale.

4. Obiettivi a breve e a lungo termine

Un importante elemento nella gestione a breve e a lungo termine dell'Obesità è l'uso ripetuto di obiettivi facilmente raggiungibili. A tutti i soggetti dovrebbe essere spiegato che per potere raggiungere un obiettivo a lungo termine (ad esempio il raggiungimento ed il mantenimento di una ragionevole perdita di peso) è necessario porsi numerosi obiettivi a breve termine, che possano essere raggiunti velocemente e con facilità. Gli obiettivi a breve termine devono focalizzarsi su delle modificazioni comportamentali che sono sotto il controllo del soggetto, piuttosto che sul peso corporeo che non è completamente sotto il suo controllo. Rappresentano obiettivi efficaci quelli specifici, quantificabili e realistici che per essere raggiunti richiedano un impegno ragionevole, ma non perfezionistico (ad esempio: auto-monitoraggio, fare un'attività fisica moderata giornalmente, pesarsi una volta la settimana).

5. Tecniche di auto-rinforzo

Perdere peso richiede l'esecuzione di comportamenti che possono avere degli svantaggi a breve termine (ad esempio difficoltà, piccole rinunce) e dei vantaggi a lungo termine (ad esempio benefici per la salute). Per tale motivo è utile aiutare il soggetto a costruire un sistema di rinforzo, che sia in grado di fornire delle ricompense e dei vantaggi a breve termine per le modificazioni comportamentali messe in atto, fino a che queste non produrranno dei vantaggi naturali e duraturi. Le tecniche di rinforzo sono rappresentate principalmente da ricompense che dovrebbero essere in qualche modo utili e rinforzanti ed essere messe in atto rapidamente non appena raggiunto l'obiettivo comportamentale.

6. Strategie per modificare l'ambiente esterno

L'ambiente esterno è caratterizzato da situazioni sociali, relazioni interpersonali con gli amici e i familiari, ambiente di lavoro e stimoli alimentari. Per un soggetto che vuole imparare a controllare il suo peso corporeo spesso è un compito molto difficile gestire un ambiente per lui ostile che da una parte lo disprezza per non essere riuscito a rimanere magro e dall'altra lo stimola con ogni mezzo a mangiare in eccesso.

a. Supporto sociale. I tentativi di perdita di peso raramente sono una questione privata. Le modificazioni dello stile di vita del soggetto frequentemente coinvolgono anche i familiari, gli amici e i colleghi di lavoro. Questi a loro volta possono influenzare in modo significativo le possibilità di successo del loro familiare o amico o collega. I programmi che prevedono il coinvolgimento del partner inducono una perdita di peso superiore rispetto a quelli con un soggetto solo.

Sul piano qualitativo il supporto sociale può essere suddiviso in due categorie, quelle del supporto strutturale e del supporto funzionale.

- Supporto strutturale: si riferisce all'esistenza di interconnessioni tra le relazioni che legano i soggetti e non è facilmente manipolabile nel contesto terapeutico.

- Supporto funzionale: si riferisce alle azioni del partner, amico o collega, che servono a particolari bisogni del soggetto. All'interno di questa categoria si identificano 3 sottocategorie: a. il supporto funzionale della stima che fornisce incoraggiamento al soggetto attraverso un apprezzamento dei suoi sforzi; b. il supporto funzionale informativo che fornisce conoscenza, aiuto e guida; c. il supporto funzionale strumentale che include le attività necessarie per assistere il soggetto e ha una funzione di nurse.

Per aiutare ad individuare chi, nell'ambiente sociale, può dare il migliore supporto e chi può invece influire negativamente, si può istruire il soggetto a creare una lista di persone con cui è in stretto contatto (familiari, amici, colleghi, vicini) e successivamente a valutare ciascun membro nelle tre sottocategorie sopradescritte. In molti casi il soggetto con Obesità avrà un'idea abbastanza chiara su chi può o non può dare l'aiuto richiesto. Tuttavia quando ci fossero dubbi, per ogni membro della lista può essere dato un punteggio in relazione alle tre dimensioni considerate e così scegliere sia le persone che potranno aiutare sia il tipo di aiuto da chiedere.

b. Modificazioni del comportamento alimentare e tecniche di controllo degli stimoli. Le prime applicazioni della terapia comportamentale nell'Obesità erano basate su metodi finalizzati a modificare il comportamento alimentare del soggetto aiutandolo in questo compito attraverso la riduzione di tutti gli stimoli che favoriscono l'alimentazione in eccesso. Poiché i programmi basati sull'utilizzo di queste tecniche hanno facilitato la perdita di peso in molti soggetti, le cosiddette tecniche di controllo degli stimoli sono oggi diventate una componente fondamentale di tutti i Modelli Cognitivo-Comportamentali. Esse vanno presentate al soggetto come un modo per rendere più facile il controllo del comportamento alimentare ed il migliore utilizzo di esse prevede una loro implementazione dopo una fase di valutazione che indichi quali correzioni vadano effettuate.

Schematicamente nel comportamento alimentare di ogni soggetto si possono distinguere tre momenti: a. antecedenti, eventi che si verificano prima di mangiare; b. atto del mangiare, eventi che si verificano durante l'assunzione di cibo; c. conseguenze, eventi che si verificano dopo l'assunzione di cibo. Poiché ognuno di questi tre momenti può svolgere un ruolo importante nel favorire l'alimentazione in eccesso, un efficace controllo degli stimoli deve utilizzare delle tecniche che, a seconda dei casi, vanno applicate prima, durante e dopo l'assunzione del cibo.

Le tecniche finalizzate a gestire gli antecedenti includono le strategie che aiutano il soggetto a migliorare il modo di fare la spesa, di riporre, di preparare e di servire il cibo. Quelle finalizzate a gestire il momento del mangiare comprendono, invece, strategie che aiutano il soggetto a mangiare lentamente, a non fare niente mentre mangia (ad esempio guardare la TV, leggere il giornale, ascoltare la radio, ecc.) e a consumare il pasto preferibilmente sempre nello stesso posto e ora. Infine quelle finalizzate a gestire le conseguenze includono strategie che aiutano il soggetto a ridurre gli stimoli che si possono verificare i questo particolare momento (ad esempio sparecchiare subito dopo avere terminato di mangiare, non conservare gli avanzi, lasciare la tavola subito dopo avere mangiato).

Il soggetto è istruito a applicare specifiche tecniche di controllo degli stimoli anche in situazioni in cui la spinta a mangiare è particolarmente elevata: mangiare al ristorante, a casa di amici ed in vacanza.

7. Strategie per modificare l'ambiente interno

L'ambiente interno è tutto quello che succede all'interno del soggetto: sensazioni corporee, pensieri, emozioni. Per un soggetto che vuole avere successo nel gestire a

lungo termine il peso corporeo è fondamentale riuscire a capire e a rispondere in modo adeguato alle sensazioni corporee e a modificare alcuni pensieri disfunzionali che possono portare allo sviluppo di emozioni e comportamenti fortemente implicati nel fallimento del programma terapeutico.

a. Aumentare la consapevolezza dei segnali biologici di fame e sazietà. Molti soggetti con Obesità, soprattutto se hanno una storia caratterizzata da frequenti fluttuazioni del peso corporeo, hanno molta difficoltà a distinguere le loro sensazioni biologiche di fame e sazietà e spesso mangiano non per fame, ma per regole, abitudini o per gestire degli stati emotivi. Poiché la fame e la sazietà si accompagnano a differenti sensazioni biologiche, diverse da soggetto a soggetto, è necessario l'addestramento ad aumentare la consapevolezza. Questo può essere fatto chiedendo di annotare sul proprio diario, prima di assumere del cibo, se si tratta di fame biologica o di fame legata a fattori emotivi, mentre dopo la fine del pasto, deve essere fatta la registrazione del livello di sazietà. Una volta che il soggetto con Obesità abbia ottenuto una maggior consapevolezza dei propri segnali biologici di fame e sazietà dovrebbe gradualmente affidarsi ad essi per regolare il comportamento alimentare.

b. Ristrutturazione cognitiva. L'intervento di ristrutturazione cognitiva del trattamento dell'Obesità ha lo scopo di aiutare il soggetto ad identificare e modificare convinzioni disfunzionali che sono generalmente implicate nel fallimento del programma terapeutico. Con questo intervento il terapeuta può aiutare il soggetto a porsi degli obiettivi realistici di perdita di peso, a non catastrofizzare se si verificano delle ricadute, a migliorare le relazioni interpersonali, a sviluppare attitudini meno disfunzionali nei confronti dell'alimentazione, del controllo del peso e dell'immagine corporea e a prevenire le ricadute.

L'intervento di ristrutturazione cognitiva implica una gamma di tecniche finalizzate a modificare le convinzioni, le immagini, le autoistruzioni del soggetto. Il principio di base su cui si fondano queste tecniche è che "le cognizioni disfunzionali" sono in grado di determinare emozioni e comportamenti anormali, per cui modificare questi ultimi occorre previamente modificare le cognizioni corrispondenti. Le tecniche di ristrutturazione cognitiva necessitano di una approfondita analisi cognitivo-comportamentale e di un addestramento del soggetto ad acquisire, attraverso un costante lavoro di auto-osservazione, la capacità di:

- regolare i propri pensieri disfunzionali automatici
- riconoscere le connessioni tra pensieri, emozioni e comportamento
- esaminare le prove a favore e contro i pensieri automatici disfunzionali
- sostituire i pensieri disfunzionali con interpretazioni più realistiche e funzionali
- imparare ad individuare e a modificare le convinzioni disfunzionali che predispongono a travisare le proprie esperienze.

8. Strategie per il mantenimento del peso

Lo scarso mantenimento del peso perduto rappresenta la più pressante sfida nel management dell'Obesità. Dopo la conclusione del trattamento di perdita di peso la maggior parte dei soggetti gradualmente abbandona la dieta ed il programma di attività fisica e in molti casi recupera il peso perduto. Comunque, alcuni soggetti riescono a mantenere il peso perduto a lungo termine ed alcuni studi evidenziano che il mantenimento del peso si verifica con più facilità se il soggetto riceve degli interventi specificamente finalizzati ad aumentare i progressi a lungo termine. La strategie di mantenimento fino ad ora studiate in studi clinici controllati sono le seguenti:

a. Contatto professionale continuo. Un consistente dato nella letteratura

scientifica nel campo del trattamento dell'Obesità è che esiste una forte associazione tra la durata del contatto professionale ed il mantenimento del peso corporeo perduto. Più a lungo il soggetto con Obesità rimane in contatto con il terapeuta maggiormente aderirà ai comportamenti necessari a controllare il peso. Allo stato dell'arte attuale dei programmi di mantenimento i soggetti incontrano il terapeuta ogni 15 giorni per almeno un anno dopo il termine della fase iniziale di perdita di peso che dura circa 6 mesi. Programmi di questa intensità permettono ai soggetti con Obesità di mantenere dal 80% al 100% del peso corporeo perduto durante il trattamento iniziale. Senza questo contatto professionale continuo i soggetti mantengono solo il 50-60% del peso corporeo iniziale perduto.

b. Training sulle abilità. I soggetti con Obesità devono acquisire tutta una serie di abilità per fare fronte alle circostanze che aumentano il rischio di ricaduta. Dopo la conclusione del trattamento, infatti, inevitabilmente incontrano delle situazioni che li pongono a rischio di mangiare in eccesso, di fare meno attività fisica e di abbandonare le tecniche comportamentali apprese. Se un soggetto manca di specifiche abilità per fare fronte efficacemente a queste "situazioni ad alto rischio", con molta facilità andrà incontro ad una perdita di controllo momentanea. Questo può innescare sentimenti di mancanza di speranza e di svalutazione che alla lunga possono portare ad abbandonare il programma e condurre al recupero del peso perduto e quindi alla ricaduta. Il training consiste nell'aiutare il soggetto a riconoscere le situazioni che lo pongono a rischio di una ricaduta e ad utilizzare tecniche di Problem-Solving per fare fronte efficacemente a queste situazioni senza perdere il controllo. Oltre a ciò sono applicate tecniche di ristrutturazione cognitiva per discutere e modificare il senso di fallimento eventualmente presente in seguito ad una ricaduta. I dati fino ad ora a disposizione indicano che l'introduzione di tecniche di prevenzione delle ricadute durante la fase iniziale della terapia non ha un effetto benefico sul mantenimento del peso a lungo termine. Comunque, il combinare le tecniche di prevenzione delle ricadute con un programma sistematico di contatto professionale continuo con il terapeuta può migliorare il mantenimento del peso al follow-up.

c. Supporto sociale. Un alternativa al contatto professionale a lungo termine, può essere il coinvolgimento di altre persone vicine al soggetto. I risultati delle ricerche indicano che il coinvolgimento di un coniuge cooperativo può avere un impatto benefico sul risultato. Inoltre alcuni studi indicano che gruppi di soggetti con Obesità che sono stati istruiti a gestire da soli un gruppo di supporto possono avere un impatto positivo sul mantenimento del peso.

d. Attività fisica: le ricerche effettuate indicano che l'incremento dell'attività fisica è spesso associata ad un successo a lungo termine nel mantenimento del peso. L'attività fisica, oltre ad incrementare il dispendio energetico arreca numerosi benefici psicologici (aumentato senso di benessere, miglioramento del tono dell'umore e del concetto di sé) che possono avere un positivo impatto nel mantenere uno stile di vita finalizzato alla gestione del peso a lungo termine. Purtroppo, anche l'attività, come il peso corporeo, è soggetta ad una scarsa aderenza nel tempo. Il problema di mantenere un'attività fisica moderata in modo persistente può in parte essere gestito includendo l'aderenza all'attività fisica come un obiettivo chiave di un programma multidimensionale dell'Obesità.

IV.9.3. Risultati ottenuti col Modello Cognitivo-Comportamentale nel trattamento dell'Obesità

L'efficacia della terapia cognitiva e comportamentale nell'Obesità a breve termine

è stata ampiamente documentata. I programmi moderni sembrano anche riuscire a determinare un buon mantenimento del peso perduto fino a 2 anni dopo la fine del trattamento.

Per quanto riguarda i risultati a lungo termine gli studi a disposizione sono pochi ed evidenziano che a 3-5 anni di distanza la maggior parte dei pazienti tende a recuperare l'intero peso perduto. Uno studio recente, che ha valutato il trattamento combinato con il Modello Cognitivo Comportamentale con dieta fortemente ipocalorica, ha però evidenziato che a 5 anni di distanza dalla conclusione della terapia il 57% degli uomini ed il 47.8% delle donne sono riuscite a mantenere una riduzione ponderale superiore al 5% del peso corporeo iniziale, soddisfacendo i criteri di successo di perdita di peso a lungo termine delineati dal Institute of Medicine e che il 28.1% degli uomini ed il 31.3% delle donne ha mantenuto una riduzione ponderale superiore al 10%.

IV.9.4. Repertorio di manuali: Descrizione di alcuni prototipi

Nel nostro paese la terapia cognitivo-comportamentale non è ancora stata oggetto di interesse, se non di pochi, sia nella ricerca che nella pratica clinica. Le ragioni di questa indifferenza sono di tipo culturale perché in Italia l'Obesità è una patologia considerata solo da internisti. Inoltre la metodologia è considerata appannaggio degli psicologi e quindi la mancanza di una integrazione delle professionalità impedisce l'uso di strumenti che non siano strettamente sotto il controllo di chi li usa. Si può ritenere che l'approccio possa decollare almeno nei prossimi anni, anche se in grande ritardo, quando la sua conoscenza sarà sufficientemente diffusa, quando saranno disponibili i manuali operativi e quando saranno addestrati i professionisti in grado di somministrarli.

Per la messa in opera di qualsiasi modello Cognitivo-Comportamentale occorrono strumenti direzionali che devono illustrare bene i concetti di base, che possano dare indirizzi operativi e pragmatici, che diano spiegazioni di tutte le strategie per avere la possibilità di una attuazione pratica. Si tratta di manuali o libri necessari non solo per i gli addetti ai lavori che devono guidare e assistere i pazienti durante tutto il processo del cambiamento, ma anche per i soggetti utenti. Alcuni sono libri solo utilizzabili dai pazienti in autonomia per attivare una biblioterapia. Per le evidenti difficoltà che hanno i soggetti, i vari Autori hanno cercato di approntare strumenti per i quali occorre l'azione intermediaria di personale addestrato e che possano anche costituire un valido strumento per il loro addestramento.

Dal primo manuale comparso nella letteratura nord-americana Stuart e Davis nel 1972 (diventato un best seller) ne contiamo ai nostri giorni oltre 50, pubblicati e/o segnalati nella letteratura nord-americana. È utile la descrizione di alcuni di essi poiché meritano di essere consultati da professionisti che vogliono applicare l'approccio cognitivo-comportamentale sul piano professionale.

1. Mahoney M.J.: Permanent Weight Control (1976)

È un classico, spesso citato come riferimento metodologico in numerose pubblicazioni. Si può trovare oggi poiché ne è stata fatta una riedizione nel 1985. e viene definito "il migliore per la biblioterapia".

È superato dai manuali pubblicati successivamente perché non rappresenta uno strumento tipicamente direzionale come quello di Brownell. La lettura potrebbe essere stimolante e certamente necessaria per avere il background culturale necessario per somministrare qualsiasi manuale "operativo". Si inserisce nell'ottima letteratura nord-americana per la biblioterapia.

Il manuale è articolato in 8 strategie: 1. Monitoraggio, 2. Principi di nutrizione, 3.

Attività fisica, 4. Controllo degli stimoli, 5. Rilassamento muscolare, 6. Coinvolgimento della famiglia, 7. Contratto per auto-rinforzo, 8. Modificazione dei pensieri.

2. Johnson W.J.: Weight no Longer (1981)

È un buon esempio della letteratura commerciale rivolta al grande pubblico ed è orientato per essere utilizzato per la biblioterapia. È consigliabile come lettura supplementare. Contiene un ottimo capitolo per la ristrutturazione cognitiva.

3. LeBow M.D.: Weight Control. The Behavioral Strategies (1981)

Il manuale è specificamente rivolto agli addetti ai lavori. La lettura è utile per la formazione dell'internista evoluto che voglia uscire dal campo bio-medico e aprire la mente a quello psico-sociale. Ciò è evidente verificando i contenuti dei singoli capitoli.

Il libro rappresenta il lavoro di un anno sabbatico. L'Obesità è vista come un triangolo: da un lato il peso e il tessuto adiposo, dall'altro le variabili costituite dalle calorie introdotte e consumate e il terzo è rappresentato da tutte le variabili legate al comportamento, le loro interazioni e i fenomeni occulti. Contiene tutto il razionale del manuale pubblicato successivamente 10 anni dopo. È veramente un trattato completo la cui lettura permette un perfezionamento ad alto livello, auspicabile per tutti coloro che non vogliono cadere nell'errore comune di banalizzare la terapia cognitivo-comportamentale dell'Obesità, siano psicologi o internisti. Ovviamente è molto complesso per l'internista non introdotto nella materia. Non è certo adatto per farsi una "infarinatura" o per improvvisare un metodo.

4. Dishman R.K.: Exercise Adherence. Its Impact on Public Health (1988)

Un intero volume dedicato alla metodologia necessaria per aumentare la compliance all'esercizio fisico. Non dimentichiamo che l'esercizio fisico negli anni '80 diventa parte integrante del modello cognitivo-comportamentale moderno e sappiamo quanto è difficile indurre cambiamenti dello stile di vita su questo versante.

È tanto facile (fisicamente) risparmiare 1000 calorie in un giorno (a prescindere dalle ricadute psichiche negative legate alla deprivazione), ma quanto è altrettanto difficile (fisicamente) consumarne 100 (a prescindere da tutte le ricadute positive cardiovascolari e psicoemotive)!

5. LeBow M.D.: Adult Obesity Therapy (1989)

Dopo 10 anni dall'aver pubblicato il razionale, LeBow ha preparato un ottimo e contenuto manuale per gli addetti ai lavori. Proponiamo la lettura dei capitoli e paragrafi da cui trarre eventuali spunti per la produzione di strumenti operativi.

6. Ciliska D.: Beyond Dieting. Psycho-educational Interventions for Chronically Obese Women: non Dieting Approach (1990)

È senz'altro un ottimo manuale, forse il migliore, con la sola limitazione di essere stato scritto specificamente per il pubblico femminile. Non è indirizzato alla perdita di peso ma specificamente a quel pubblico femminile che soffre per essere in sovrappeso essendo perennemente in "dieting" e non riuscendo a perdere peso. È l'unico che riporta anche i risultati ottenuti in un trial controllato effettuato su un gruppo di 142 partecipanti.

Si inserisce nella letteratura dei manuali nord-americani in cui il rigore scientifico e l'indirizzo degli intenti non è secondo al fine editoriale commerciale. Lo dovrebbero leggere tutti gli esperti italiani per acquisire veramente lo spirito del movimento

antidieta. È molto utile per trarre spunti e aggiornare i classici manuali, che puntano l'attenzione in particolare sulla perdita di peso. Ne riportiamo l'indice dei capitoli.

7. NutriMed.: The Behavioral Cognitive Therapy Program (1990)

È un vero e proprio manuale che serve a chi deve applicare il modello cognitivo-comportamentale. È corredato di due videocassette e di un manuale specifico per il paziente. Sono strutturate 26 lezioni. Non ha la firma di un Autore in quanto il committente è la Robbard Corporation, l'industria che fornisce il manuale a coloro che acquistano i cibi preconfezionati, tra cui anche una dieta a formula.

8. Brownell K.D.: The LEARN Program for Weight Control (1991 e 1997)

Questo è certamente il più completo manuale prodotto da uno degli esponenti dell'attuale intellighenzia della terapia cognitivo-comportamentale nord-americana

La storia del LEARN risale al 1975, quando fu costruito per una ricerca sul ruolo del coniuge come fattore di rinforzo per la perdita di peso. Da allora ne sono state fatte revisioni per essere utilizzate dai professionisti nei programmi per perdere peso. La versione del 1985 sviluppa le 5 strategie e le relative tecniche (L = Life style techniques, E = Exercise techniques, A = Attitude techniques, R = Relationships techniques, N = Nutrition techniques) ed è utilizzata negli ospedali, nelle cliniche, nei fitness club, negli ospedali militari.

È in questo momento il manuale migliore in lingua inglese che dovrebbe essere utilizzato dai Professionisti nei programmi per la perdita di peso. È suddiviso in 16 lezioni di cui riportiamo il syllabus.

Le peculiarità di questo manuale sono di notevole interesse “cognitivo”. Possiamo fare una sintesi di alcuni aspetti innovativi. Essi sono i seguenti:

- l'uso del fumetto
- l'uso della metafora
- questionari di valutazione dell'apprendimento
- esercizi di addestramento
- è tradotto nella pratica il problema della Ristrutturazione cognitiva.

9. Andersen R.: The Health & Fitness club. Leader’s Guide Administering a Weight Management Program (1992)

Questo è un manuale indirizzato a coloro che devono guidare anche la diminuzione di peso nei fitness club. Il manuale si può suddividere in tre parti:

1. La prima è caratterizzata da 7 capitoli generali che istruiscono i leaders sulle conoscenze indispensabili relative all'Obesità.
2. La seconda è caratterizzata da 8 lezioni per raggiungere un buon livello di fitness e quindi è imperniata sull'esercizio fisico.
3. La terza contiene il LEARN di Brownell .

La parte innovativa in questo manuale è la seconda che, come si vedrà a proposito dell'esercizio fisico, ha una evidente necessità di essere attivata nella pratica del Behavior e utilizza le stesse tecniche per modificare il comportamento relativo all'attività fisica.

Per concludere, questo manuale è una versione commerciale di altissimo livello, scritta dai massimi esperti nord-americani del settore, per chi frequenta le “palestre”. Non esiste in Italia attualmente uno strumento di questo tipo, né la professionalità adeguata nel campo della medicina pratica.

10. Barlow D.H.: Mastering Stress. A Life Style Approach (1991)

La segnalazione di questo manuale può essere utile per allargare la visuale d'azione nella terapia dell'Obesità. Anche se non nulla ha a che vedere specificamente col Comportamento alimentare, le implicazioni sono evidenti e non sarebbe male che l'obesiologo imparasse a intervenire anche sullo stress. Esiste una revisione sui rapporti tra stress e Obesità da cui emerge che il problema è aperto, ma non da sottovalutare.

11. Ferguson J.M.: Habit Not Diets. The Secret to Lifetime Weight Control (1997)

Si tratta della terza riedizione di un famosissimo manuale pubblicato per la prima volta nel 1976 con la presentazione di Stunkard A.J. La seconda edizione del 1988 si è presto esaurita. Dopo il manuale di Brownell rappresenta certamente l'opera migliore.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.IV.9**

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

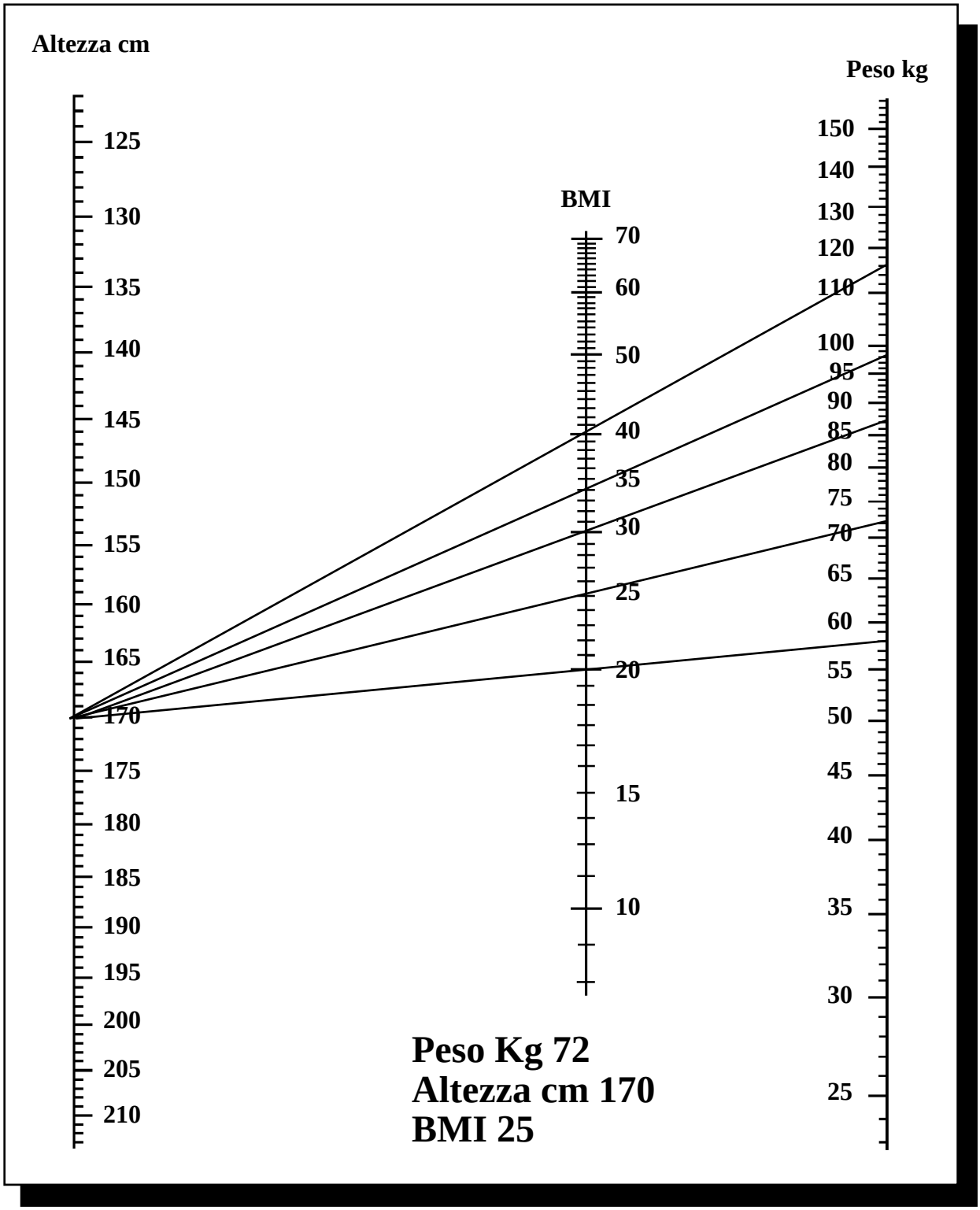
l **Categoria di evidenza B**

… Goal

n IV. Appendice 10. Nomogramma di Thomas

A 150 anni da Adolph Quételet (1836), antropologo belga, che ne ha individuato l'importanza, il BMI (kg/m^2) è stato utilizzato per la prima volta da Angel Keys che lo ha denominato Body Mass Index nel 1972.

u **Fig. 6. Il nomogramma per il calcolo del BMI**



Thomas A.E. A Nomograph method for assessing body weight.
Am J Clin Nutr 29, 302-304, 1976

n IV. Appendice 11. Terapia farmacologica

La terapia farmacologica è basata essenzialmente su farmaci che intervengono 1. sulla sensazione di appetito (farmaci anoressanti), 2. sulla termogenesi (farmaci termogenetici), 3. sull'assorbimento dei substrati energetici (vedi Piramide 4).

IV.11.1. Farmaci anoressanti

Con l'aumentare dell'esperienza clinica e con l'accumularsi dei dati relativi agli effetti secondari, i farmaci appartenenti a questa classe non sono più così numerosi come in passato e attualmente, almeno in Italia, ne è disponibile un numero assai ridotto.

1. Agonisti dopaminergici e catecolaminergici

a. Dietilpropione o amfepramone. È derivato dall'amfetamina (capostipite di questo gruppo). Attiva la funzione dei sistemi noradrenergici e dopaminergici centrali mediante il blocco della ricaptazione della dopamina e parzialmente della noradrenalina da parte dei terminali presinaptici e stimolandone la liberazione dai siti di immagazzinamento. L'assorbimento enterico è rapido, l'emivita è di 6-8 ore. Anche i suoi metaboliti sono farmacologicamente attivi. Gli effetti indesiderati principali (ansia, insonnia, tachicardia, secchezza delle fauci, vertigine, cefalea, stipsi) sono simili a quelli dell'amfetamina, ma sono di frequenza circa 4-5 volte inferiore. Il rapporto tra gli effetti indesiderati che si registrano con il dietilpropione e quelli che si presentano nei gruppi trattati con placebo va da 0.7 per la vertigine a 1.8 per la stipsi. Gli altri effetti secondari hanno tale rapporto a livelli intermedi. Negli studi controllati la perdita di peso osservata nei soggetti trattati anche con dietilpropione è di circa 3 Kg maggiore rispetto a quanto ottenibile con placebo. In Italia sono disponibili compresse da 25 mg e una formulazione ritardo da 75 mg.

b. Fendimetrazina. È anch'esso analogo dell'amfetamina e con proprietà assai simili come anoressante ed euforizzante. È rapidamente assorbito a livello enterico ed è in seguito metabolizzato ed escreto per via biliare e renale. L'emivita è di circa 5-12 ore. I principali fenomeni indesiderati, simili a quelli dell'amfetamina e del dietilpropione, si presentano con una frequenza di poco inferiore a quella dell'amfetamina, e pertanto più elevata di quella degli effetti secondari da dietilpropione. Sono disponibili in Italia compresse da 105 mg.

2. Agonisti serotoninergici

a. Fenfluramina e destrofenfluramina. Il meccanismo d'azione è caratterizzato dalla liberazione di serotonina a livello delle sinapsi centrali e dall'inibizione della sua ricaptazione. In particolare, la fenfluramina svolge la propria azione anoressante soprattutto come potenziatore del senso di sazietà, modificando nel contempo il comportamento alimentare con riduzione dell'assunzione preferenziale dei carboidrati e dei lipidi.

La segnalazione di rarissimi casi di ipertensione polmonare in pazienti sottoposti a trattamenti relativamente prolungati con anoressanti, fra cui la fenfluramina e la destrofenfluramina e di lesioni valvolari cardiache durante terapia singola o combinata con fentermina, hanno indotto le aziende produttrici e il Ministero della Sanità a sospenderne, almeno temporaneamente, la vendita anche in Italia, nonostante esistano tuttora ragioni sufficientemente valide per il loro uso razionale e controllato. È tuttavia molto probabile che un uso eccessivamente prolungato di questi farmaci non sia del tutto

scevro dal potenziale rischio di effetti secondari importanti.

3. Agonisti serotoninergici e catecolaminergici

a. Sibutramina. È un inibitore della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina, senza tuttavia attività di liberazione delle stesse. È in grado di aumentare la sensazione di sazietà e il dispendio energetico per incremento della termogenesi. È bene assorbita dal tratto gastrointestinale e viene poi sottoposta a processo metabolico a livello epatico con la formazione di due principali metaboliti dai quali sostanzialmente dipende l'attività farmacologica della sibutramina. Essi hanno una emivita rispettivamente di 14 e 16 ore. I metaboliti attivi vengono a loro volta metabolizzati in metaboliti coniugati inattivi, escreti prevalentemente con le urine. Il metabolismo della sibutramina non è influenzato dal sesso, dal peso corporeo, né dall'età. Il dosaggio è di 10-15 mg al giorno. Gli effetti indesiderati includono secchezza delle fauci, stipsi, insonnia, vertigini, nausea e un modesto aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, questi ultimi tuttavia sostanzialmente irrilevanti. Non sono stati segnalati finora fenomeni di induzione di abuso. Il farmaco, già sperimentato su circa 6000 soggetti all'estero, non è ancora disponibile in Italia. Sulla base di questi studi, in massima parte controllati contro placebo e in doppio cieco e protratti per un massimo di 12 mesi, la riduzione ponderale ottenibile con sibutramina è mediamente di circa 3.7 Kg per la dose di 10 mg die e di 6.4 Kg per la dose di 15 mg die maggiore di quella osservata nei gruppi placebo.

IV.11.2. Farmaci termogenetici

Essi riguardano soprattutto la caffeina e l'efedrina. Alcuni di questi farmaci sono stati usati anche come lipolitici. I risultati finora consegnati alla letteratura sono tuttavia piuttosto modesti o irrilevanti, salvo la combinazione efedrina-caffeina in dosi elevate (rispettivamente 60 e 600 mg giornalieri) mediante la quale la riduzione del peso è risultata di 4-5 Kg maggiore di quella osservata nei soggetti trattati con placebo. I disturbi secondari che essi determinano a livello del sistema cardiovascolare, pur presenti, sono tuttavia relativamente contenuti. Di particolare interesse attuale sono gli effetti che gli agonisti beta 3-adrenergici hanno ottenuto in sede sperimentale. Gli effetti nell'uomo sono tuttavia ancora gravati da disturbi secondari troppo rilevanti per prevederne l'uso clinico in tempi brevi .

IV.11.3. Sostanze o farmaci attivi sull'assorbimento dei substrati energetici

1. Fibre

A questa classe appartengono le fibre idrosolubili, particolarmente il glucomannano. Essi hanno la capacità di aumentare notevolmente il proprio volume in presenza di liquidi e pertanto favoriscono il senso di sazietà. Collateralmente rallentano il transito gastrico ed intestinale, riducono l'assorbimento del colesterolo e del glucosio (riducendo di conseguenza la secrezione insulinica postprandiale). Inoltre, diminuiscono la stipsi che frequentemente accompagna l'uso delle diete ipocaloriche.

2. Orlistat (tetraidrolipostatina)

È un inibitore selettivo delle lipasi gastrointestinali: la lipasi pancreatica e gastrica e la carbossilesterelipasi. Agisce all'interno del lume intestinale inibendo irreversibilmente le lipasi ivi presenti, che non possono quindi più svolgere la loro azione digestiva, con conseguente riduzione dell'assorbimento dei trigliceridi alimentari (circa il 30%).

Il farmaco non è assorbito se non in tracce e in una minoranza dei pazienti: in studi

fino a 2 anni, quando sono stati osservati livelli di farmaco nel sangue, la concentrazione plasmatica è sempre stata più di 50 volte inferiori all'IC_{50} delle lipasi sistemiche.

Numerosi studi multicentrici europei e statunitensi, controllati in doppio cieco vs placebo, durante i quali più di 4000 pazienti sono stati trattati con orlistat, hanno dimostrato l'efficacia del farmaco nell'indurre una riduzione di peso clinicamente significativa (10% del peso corporeo iniziale), nel prevenire il recupero del peso perso e nel controllare a lungo termine (2 anni) il mantenimento del peso.

Sono state studiate le interazioni di orlistat con i alcuni farmaci (digossina, fenitoina, warfarin, glibenclamide, antipertensivi, contraccettivi orali e pravastatina) senza osservare alterazioni di rilievo clinico.

Date le sue caratteristiche farmacologiche gli effetti collaterali di orlistat sono limitati al solo tratto gastroenterico e sono conseguenza dell'aumentata quantità di grassi nelle feci. Tali disturbi sono di solito lievi e transitori (in media meno di 4 giorni) e si sono verificati nella stragrande maggioranza dei pazienti una sola volta, in genere nelle prime 12 settimane di trattamento. Una dieta bilanciata in grassi (30% di calorie giornaliere) riduce l'incidenza di tali effetti che possono pertanto essere utilizzati dal medico e dal paziente come forma di autocontrollo della compliance alla dieta e alla terapia.

Non sono state osservate alterazioni della funzionalità del colon o della microflora intestinale, né sono state riscontrate alterazioni displasiche o della replicazione cellulare nell'epitelio colico. Nei due anni di trattamenti con orlistat i livelli di vitamine liposolubili hanno subito minime riduzioni, mantenendosi mediamente all'interno dei range fisiologici e richiedendo solo raramente l'integrazione con supplementi vitaminici. Non si sono osservate inoltre alterazioni del metabolismo osseo, né un'aumentata formazione di calcoli renali o della colecisti.

La terapia farmacologica può essere adottata fondamentalmente per tre motivi:

1. assicurare l'aderenza del paziente al programma alimentare
2. migliorare un risultato ritenuto troppo scarso o comunque assolutamente inadeguato nei confronti delle complicanze esistenti o da prevenire
3. facilitare il mantenimento del peso raggiunto.

Occorre inoltre considerare attentamente i criteri di esclusione generali della terapia farmacologica dell'Obesità. Essi sono i seguenti:

- presenza di psicosi e importanti disturbi di depressione o d'ansia
- pregressa anoressia nervosa
- presenza di ipertensione arteriosa severa
- presenza o sospetto di ipertensione polmonare
- pregressa o attuale malattia vascolare cerebrale o cardiaca di grado importante
- gravidanza, allattamento e insufficienza renale e/o epatica
- possibile tendenza all'abuso di farmaci e alcolismo noto
- uso di psicofarmaci e precedenti fenomeni di intolleranza agli anoressanti
- età infantile (< 12 anni) e età senile (> 65 anni)

IV.11.4. Terapia farmacologica nell'infanzia e nell'adolescenza

L'uso degli anoressanti nell'infanzia è da escludere, sia perché il bambino con Obesità deve essere prevalentemente trattato con metodi educazionali, sia perché non si hanno dati sufficienti di letteratura sull'argomento. L'unico studio a 1 anno in 130 soggetti non adulti, dell'età di 11-17 anni, riguarda l'uso della destrofenfluramina, con risultati favorevoli nel 60 % dei casi e con una riduzione di peso del 20 % rispetto ad

una riduzione del 5 % nel gruppo trattato con placebo. Si può considerare possibile, ma eccezionale l'uso di anoressanti in adolescenti affetti da Obesità morbigena in cui l'aderenza al regime alimentare sia giudicata estremamente difficile, purché non vi siano controindicazioni legate a labilità psichica che renda possibile una successiva tendenza all'anoressia nervosa, soprattutto nel sesso femminile. In questi casi, molto selezionati, la decisione di introdurre una terapia farmacologica abbinata a quella comportamentale e dietetica dovrebbe essere preceduta da una attenta analisi delle caratteristiche psicologiche del soggetto.

IV.11.5. Terapia farmacologica nell'adulto

La quasi totalità delle ricerche cliniche sull'uso dei farmaci anoressanti comprende l'età adulta (dai 18 ai 70 anni, media 38-40 anni). L'impostazione di un trattamento farmacologico deve tener conto delle indicazioni generali ma soprattutto deve prendere in attenta considerazione le controindicazioni già elencate.

Data la varietà e la frequenza di effetti secondari indesiderati, il dosaggio giornaliero di ciascun farmaco non deve superare quello massimo prescritto (75 mg per il dietilproprione, 105 mg per la fendimetrazina). Inoltre, i soggetti in trattamento anche farmacologico devono essere controllati almeno mensilmente e si deve esporre ad essi con chiarezza la necessità di segnalare tempestivamente ogni disturbo secondario fra quelli caratteristici del farmaco o altri. Devono essere proibite le combinazioni di farmaci anoressanti, in quanto soprattutto con esse si possono verificare i più rilevanti effetti indesiderati.

L'uso dei farmaci anoressanti può essere introdotto già all'inizio del trattamento generale del soggetto con Obesità, qualora si abbiano importanti motivi per prevedere che il paziente non segua sufficientemente il regime ipocalorico prescritto e sussistano ragioni indiscutibili della necessità di una riduzione ponderale. In alternativa, il trattamento farmacologico può essere aggiunto al regime generale in seguito, qualora i risultati non siano del tutto adeguati alle aspettative, anche in presenza di una sufficiente aderenza al programma, o qualora si voglia evitare una importante ripresa del peso una volta raggiunto un chiaro successo terapeutico. Sia nel primo che nel secondo caso il trattamento viene consigliato a periodi intermittenti, non superiori ai tre mesi: ciò allontana il rischio di effetti secondari indesiderati di maggiore importanza e permette un controllo più accurato degli effetti della terapia farmacologica.

Nella popolazione dei soggetti con Obesità sottoposti a trattamento anche farmacologico esiste una quota di soggetti non responsivi (ossia che presentano una perdita di peso inferiore al 5% del peso iniziale dopo tre mesi). Si suggerisce, in questi casi, di sospendere il trattamento farmacologico, in quanto ritenuto superfluo.

IV.11.6. Terapia farmacologica nell'anziano

Il trattamento farmacologico dell'Obesità nell'età senile è in genere da evitare. Innanzitutto è raro che un grado di Obesità importante si riscontri oltre i 65-70 anni. In effetti, il rischio di mortalità per complicanze cardiovascolari in rapporto al peso corporeo è relativamente minore nei soggetti moderatamente obesi di età superiore ai 65 anni in confronto a soggetti obesi più giovani. In secondo luogo l'uso di farmaci anoressanti non è scevro da rischi, soprattutto a livello del sistema cardiocircolatorio o per possibili manifestazioni di intolleranza a livello del sistema nervoso centrale. Infine non esistono studi clinici controllati e la farmacocinetica degli anoressanti può essere notevolmente modificata dalla frequente insufficienza renale, anche lieve, dell'anziano, e pertanto possono emergere problemi di intolleranza o di sovradosaggio.

---

m **Raccomandazione: R.IV.11.**

La terapia farmacologica non deve essere la regola di un trattamento dell'Obesità, ma essere introdotta sulla base di precisi motivi. Soprattutto non deve rappresentare l'alternativa a trattamenti generali di natura alimentare, comportamentale, psicologica

l **Categoria di evidenza C**

La terapia farmacologica possiede sicuramente efficacia nel contesto di un regime completo di trattamento dell'Obesità, ma i risultati ottenibili sono di poco superiori a quelli riscontrabili con placebo. La terapia farmacologica dovrebbe pertanto essere calibrata a seconda delle caratteristiche e delle esigenze individuali

l **Categoria di evidenza A-B**

La terapia farmacologica deve essere programmata, quando ritenuta indispensabile, in soggetti con Obesità in età adulta, non nell'infanzia, eccezionalmente nell'adolescenza e in età senile, comunque, in genere, non oltre i 65 anni

l **Categoria di evidenza A-B**

Possono essere sottoposti a terapia farmacologica, con farmaci singoli e non in combinazione, solo i soggetti che non presentano le controindicazioni segnalate

l **Categoria di evidenza B**

Il trattamento è consigliabile non venga protratto a lungo, preferendo terapie relativamente brevi (non superiori ai tre mesi) o intermittenti

l **Categoria di evidenza B**

Il soggetto in terapia farmacologica deve essere controllato frequentemente in relazione alla possibile comparsa di effetti secondari indesiderati

l **Categoria di evidenza B**

‰ Goal

n IV. Appendice 12. Comorbosità e complicanze psicopatologiche

La terapia dell'Obesità richiede sempre cambiamenti profondi e stabili di comportamento, stile di vita, atteggiamenti, criteri di giudizio e di scelta. Quindi, cambiamenti psicologici. La • **Tab. 22** riassume i nodi principali della trama che lega medicina del soma, psichiatria e psicologia nel campo della valutazione e della terapia dell'Obesità.

• Tab. 22. Obesità, psicologia e psicopatologia. Concetti generali

a. L'Obesità in sé non è un disturbo psicopatologico
b. L'Obesità in sé non è un indicatore costante di disturbi psicopatologici
c. Un certo numero di soggetti con Obesità soffre di disturbi mentali e di problemi psicologici accidentalmente concomitanti o specificamente collegati alla loro Obesità (disturbi dell'immagine del corpo, disturbi del comportamento alimentare)
d. Lo stigma sociale che colpisce l'Obesità può favorire l'insorgenza di disturbi psicopatologici
e. L'Obesità può manifestarsi in seguito a eventi traumatici
f. L'Obesità può essere favorita da trattamenti psico-farmacologici
g. I trattamenti dietetici, farmacologici e chirurgici dell'Obesità possono determinare o contribuire a determinare disturbi psicopatologici

IV.12.1. Disturbi dell'immagine del corpo

Un capitolo importante e ancora poco studiato nei soggetti con Obesità è rappresentato dai disturbi dell'immagine del corpo. Svalutazione e disprezzo della propria immagine fisica sono spesso presenti e importanti, specialmente in chi ha sofferto una condizione di Obesità dalla fanciullezza e successivamente oltre essere un effetto dell'Obesità possono diventare una causa che concorre a mantenerla. Esistono tre motivi psicologici principali di sofferenza del soggetto con Obesità:

1. incapacità di risolvere il problema del peso
2. svalutazione del corpo
3. preoccupazione per il proprio aspetto che può assumere, in qualche caso, caratteri ossessivi con una struttura di tipo dismorfofobico.

Varie ricerche hanno dimostrato che i sentimenti di insoddisfazione del corpo, sia in soggetti con Obesità che normopeso, cominciano presto: si osservano già nella seconda infanzia e sono molto diffusi in adolescenza, soprattutto nel sesso femminile.

I metodi della psicologia clinica, interviste semistrutturate e rating scales, possono essere di grande aiuto per lo studio dei disturbi psicopatologici eventualmente associati, dei disturbi dell'immagine del corpo e del comportamento alimentare nei soggetti con Obesità.

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.IV.12.1.**
L'insoddisfazione e la svalutazione del corpo, le preoccupazioni ossessive per la propria immagine, le aspettative irrealistiche affidate alla perdita di peso sono aspetti psicologici da valutare nello studio di un soggetto con Obesità, sia in fase diagnostica che nel corso del trattamento
l **Categoria di evidenza B**

IV.12.2. Disturbi del comportamento alimentare

- **Tab. 23. Criteri diagnostici per il Binge Eating Disorder contemplati ad DSM-IV**

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 (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 (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 per alle quantità di cibo ingerite
- provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato

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 (vomito autoindotto, lassativi, clisteri, diuretici, digiuno, esercizi fisici eccessivi) e non capitano soltanto nel corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Nella classificazione psichiatrica attuale (DSM-IV), la rubrica nosografica "Disturbi del Comportamento Alimentare" comprende l'Anoressia nervosa, la Bulimia nervosa e i Disturbi del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificati (EDNOS). Fra questi ultimi, il Binge Eating Disorder (BED) o Disturbo da Alimentazione Incontrollata, ha suscitato negli ultimi anni un interesse crescente per i suoi legami con l'Obesità. La proposta di considerare il Binge Eating Disorder come una sindrome a sé stante è molto recente. Uno dei motivi di interesse è legato alla frequente associazione

con l'Obesità (• **Tab. 23**).

Le frequenze riportate per la prevalenza del Binge Eating Disorder (BED) in soggetti con Obesità variano dal 20 al 50% con una media di 30%. Gli studi non utilizzano sempre gli stessi metodi e gli stessi strumenti per porre diagnosi di Binge Eating Disorder e i campioni di soggetti Sovrappeso non sono sempre rappresentativi di tutta la popolazione con Obesità. Sul piano della distribuzione tra i sessi il BED è più frequente nelle donne. I soggetti con Obesità-BED risultano avere un età media inferiore rispetto ai soggetti senza Obesità-BED. Per quanto riguarda l'età di esordio, i problemi di peso e la preoccupazione iniziano nei soggetti con Obesità-BED ad un'età inferiore rispetto ai i soggetti con Obesità-non BED. I soggetti con Obesità-BED vanno incontro a maggiori fluttuazioni del peso.

Binge eating e restrizione alimentare appaiono strettamente collegati attraverso due importanti componenti: la tendenza alla disinibizione e la suscettibilità alla fame.

Sul piano psicopatologico, i soggetti con Obesità-BED mostrano una prevalenza più alta di episodi depressivi maggiori, di attacchi di panico, di disturbi dissociativi (isterici) e di disturbi di personalità (in particolare, disturbo borderline di personalità e disturbo di personalità evitante). In questi ultimi anni è stata avanzata l'ipotesi che i soggetti con Obesità-BED abbiano nella loro storia una più frequente presenza di abusi fisici e sessuali, intra ed extra-familiari.

Molti studi sul BED hanno concentrato la loro attenzione su due possibili fattori di rischio: la restrizione dietetica (circolo restrizione-disinibizione) e gli stati emotivi. I trattamenti di riduzione ponderale basati su drastiche restrizioni dell'introito calorico, ripetute e protratte possono essere ritenuti una causa concorrente all'insorgenza del sintomo e della sindrome BED.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.IV.12.2.**

Lo studio del comportamento alimentare e il riconoscimento diagnostico dei suoi disturbi costituiscono una tappa essenziale nel processo di valutazione di un soggetto con Obesità e nella costruzione di un progetto terapeutico

I soggetti con Obesità-Binge Eating Disorder rappresentano un sottogruppo particolare

Le condizioni psicopatologiche dei soggetti con Obesità-BED risultano in media più compromesse di quelle dei soggetti senza

l **Categoria di evidenza B**

IV.12.3. Altri disturbi psichici

L'opinione secondo la quale tutte o quasi tutti i soggetti con Obesità possano soffrire di disturbi psichici importanti e caratteristici che contribuiscono al mantenimento dell'Obesità è stata condivisa a lungo. I risultati più recenti hanno smentito e, insieme, complicato questo assunto. I soggetti con Obesità non dimostrano una comorbosità psichiatrica significativamente più elevata dei soggetti normopeso. Tuttavia, l'Obesità e il suo trattamento possono intrecciarsi in varia misura con processi psicopatologici. La conoscenza di tali linee di intersezione è indispensabile per valutazioni diagnostiche accurate e interventi terapeutici corretti.

Dalle ricerche epidemiologiche più recenti è risultato che i soggetti con Obesità non

presentano disturbi psicopatologici maggiori né più frequenti né caratteristici rispetto alla popolazione generale e a campioni di soggetti con peso normale. Una eccezione è rappresentata dal Binge Eating Disorder.

I dati appena riportati non significano, naturalmente, che chi è in Sovrappeso non soffre mai di comorbosità psichiatrica. Dicono soltanto che questi disturbi, fra i soggetti con Obesità, non sono né particolarmente frequenti né specifici. Tuttavia, quando esistono, non sono indipendenti dalle condizioni somatiche e interagiscono variamente con esse.

È stato osservato da tempo e confermato più volte che i sintomi psichiatrici che si osservano più spesso fra i soggetti Obesi sono quelli di tipo ansioso e depressivo. L'aumento di peso si verifica durante le fasi di depressione e non nelle condizioni di equilibrio dell'umore e si può formulare un'ipotesi: i soggetti con Obesità sono predisposti ad aumentare l'introito calorico e/o a diminuire il dispendio energetico durante i periodi di maggiore tensione e difficoltà.

Va ricordato che ansia e depressione possono svilupparsi anche come conseguenza delle restrizioni dietetiche e che alcuni farmaci utilizzati nel trattamento dell'Obesità (fenilpropanolamina, fenfluramina), quando vengono sospesi, possono provocare manifestazioni di rimbalzo di letargia e depressione.

L'Obesità può manifestarsi in seguito a eventi traumatici. Il concetto di "Obesità reattiva" ha conosciuto in passato una certa fortuna ma non è entrato nella nosografia psichiatrica corrente come categoria autonoma. L'Obesità reattiva sarebbe caratterizzata da un comportamento alimentare iperfagico che insorge in coincidenza con eventi stressanti acuti, di vario genere e gravità (lutti, separazioni, cambiamenti di stato sociale, di lavoro ecc.). È probabile che il concetto di Obesità reattiva, alla luce di ricerche più approfondite, debba essere completamente rivisto.

È stata avanzata l'ipotesi seguente: i soggetti che durante l'infanzia e l'adolescenza presentano fluttuazioni notevoli del peso corporeo sono predisposti sia a comportamenti alimentari alterati che a disturbi dell'umore. Il comportamento alimentare iperfagico o francamente compulsivo sembra avere il significato di un fenomeno di compenso che permette al soggetto di sopportare la tensione senza manifestare squilibri dell'umore di particolare intensità.

IV.12.4. L'Obesità può essere provocata da trattamenti psico-farmacologici

È un'altra linea di intersezione possibile fra area dell'Obesità e area dei disturbi mentali. Molti psicofarmaci contribuiscono a provocare aumenti di peso, anche rilevanti: neurolettici, antidepressivi triciclici, sali di litio. I meccanismi in gioco sono diversi: rallentamento motorio e inibizione dell'attività fisica, attività antistaminica, inibizione dell'attività serotoninergica, azione insulino-simile, riduzione del metabolismo a riposo, bramosia per i carboidrati.

È riscontro comune che soggetti depressi sviluppano, durante il trattamento, una preferenza spiccata per gli alimenti dolci. Tale comportamento, definito carbohydrate craving (desiderio invincibile, bramosia per i carboidrati), è stato riscontrato inizialmente in soggetti trattati con amitriptilina. Tale comportamento coincide con l'esordio dell'episodio depressivo e l'uso successivo di triciclici tenderebbe a perpetuarlo.

In conclusione è buona norma non impiegare tali farmaci di prima scelta nei soggetti con Obesità per i quali appaiono preferibili gli antidepressivi serotoninergici.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.IV.12.4.**

Molti psicofarmaci (triciclici e sali di litio) contribuiscono a provocare aumenti di peso, anche rilevanti. Gli antidepressivi antiserotoninergici sono farmaci di scelta

l **Categoria di evidenza C**

IV.12.5. Conseguenze psico-sociali dell'Obesità e del suo trattamento

Lo stigma sociale che colpisce l'Obesità può favorire l'insorgenza di disturbi psicopatologici. Le sofferenze emotive dei soggetti con Obesità appaiono, in buona misura, legate allo stigma sociale di cui essi sono oggetto, in particolare le donne giovani: derisione, svalutazione, esclusione, pregiudizi negativi da parte dei datori di lavoro.

Nella seconda metà del Novecento, i Paesi industrializzati hanno sviluppato una vera e propria cultura lipofobica e l'Obesità è diventata una condizione tanto diffusa quanto difficile da sostenere.

Uno studio condotto su un gruppo di studenti di medicina ha messo in evidenza che, all'inizio della ricerca, la maggior parte del campione intervistato risponde ai questionari proposti mostrando un alto grado di discriminazione verso i soggetti con Obesità. Solo dopo una maggiore conoscenza del problema, attraverso colloqui e video-tape, il giudizio si è modificato. Vari studi hanno indagato sui pregiudizi verso l'Obesità dei medici e del personale paramedico: assunti ideologici che influenzano il trattamento e la qualità della relazione terapeutica per vie sottili e spesso inconsapevoli e che richiedono di essere superati per aprire nuove prospettive alla valutazione diagnostica e alla scelta di un piano di trattamento.

IV.12.6. Trattamenti dell'Obesità e possibile insorgenza di disturbi psicopatologici

L'assunto secondo il quale l'Obesità è una malattia da curare "sempre", con mezzi somatici e psicologici, è uno stereotipo medico-sociale contemporaneo, tutt'altro che verificato sul piano scientifico e su quello clinico. Esistono, al contrario, forti argomenti a favore dell'idea che i trattamenti attuali dell'Obesità sono poco efficaci e possono provocare danni fisici e mentali superiori o uguali a quelli prodotti dall'Obesità stessa.

Il dilemma del costo-beneficio deve essere valutato criticamente, caso per caso, e la risposta non è affatto scontata.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza D.IV.12.6.**

L'Obesità in sé non è un disturbo mentale né un indicatore costante di disturbi mentali. La valutazione delle condizioni psicopatologiche è però indispensabile per la costruzione di un piano adeguato di trattamento

I settori più importanti, aperti allo studio clinico e alla ricerca, sono i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi dell'immagine del corpo, gli eventi traumatici, lo stigma sociale e i danni iatrogeni da trattamenti inadeguati dell'Obesità

l **Categoria di evidenza C**

---

n IV. Appendice 13. Ottenere una migliore compliance per l'esercizio fisico

IV.13.1. Premesse

Nel paragrafo II.E.4.2 sono stati enunciati chiaramente i vantaggi dell'associazione tra una riduzione dell'introito calorico ed un aumento dell'attività fisica. È opportuno, inoltre, rammentare che il soggetto con Obesità presenta anche una alterazione qualitativa del tessuto muscolare, poiché possiede una minor percentuale di fibre muscolari lente, che hanno una alta capacità ossidativa ed una spiccata sensibilità all'insulina, inversamente correlabili con il grado di Obesità e con il quoziente respiratorio.

Il miglioramento dell'insulino-resistenza, l'aumentata disponibilità di glucosio a livello tissutale ed il potenziamento delle vie metaboliche ossidative, che si determinano dopo un periodo di allenamento all'esercizio fisico nel soggetto con Obesità, potrebbe essere dovuti a variazioni qualitative della composizione delle fibre a livello muscolare.

L'esercizio fisico aerobico, infatti, favorisce la trasformazione delle fibre di tipo IIB, prevalentemente glicolitiche , in fibre tipo IIA, che presentano un metabolismo sia ossidativo che glicolitico. Inoltre, un esercizio fisico regolare determina una migliore tolleranza all'attività fisica, che può evitare il perpetuarsi del circolo vizioso tra inattività fisica e sviluppo dell'Obesità.

IV.13.2. Presupposti per il miglioramento della compliance

Così come in relazione alla terapia dietetica, anche per l'esercizio fisico gli studi concordano nel sottolineare come la semplice prescrizione sia destinata al fallimento, in quanto la disponibilità del soggetto con Obesità verso un'attività fisica controllata è in genere molto bassa in relazione ad elementi negativi quali la sfiducia, la diffidenza, la bassa auto-efficacia e autostima verso un tipo di trattamento che esula dagli schemi dietetici miracolistici tradizionali e che, soprattutto nelle prime fasi (mesi), dà risultati assai modesti a fronte di un impiego di tempo e di coinvolgimento emotivo e fisico spesso assai dispendioso.

Il presupposto indispensabile per ottenere, da parte del soggetto con Obesità, la compliance ad un programma di esercizio fisico è conoscere l'assetto psicologico del soggetto ed aumentarne la motivazione. In tale senso, secondo i principi del modello cognitivo-comportamentale, sarà indispensabile attenersi ai seguenti punti prima di dare inizio al programma stesso:

1. Valutazione delle aspettative

È necessario valutare le aspettative del soggetto, le sue convinzioni in merito all'Obesità e all'esercizio fisico, la sua auto-efficacia in relazione alla riduzione dell'eccesso ponderale e la sua autostima, con i riflessi sulla personalità caratterizzata prevalentemente da un "locus of control interno-esterno" (sono l'artefice della mia vita o sono le persone competenti che mi devono fare dimagrire).

2. Fornire una adeguata educazione

È necessario fornire al soggetto con Obesità una adeguata educazione sulla la fisiologia e la fisiopatologia dell'esercizio fisico mettendo in evidenza il significato, a breve e lungo termine, dell'esercizio fisico su tali parametri (Fase Psico-educativa propriamente detta della terapia cognitivo-comportamentale).

Le premesse dei punti 1 e 2 sono indispensabili per consentire una personalizzazione del programma di esercizio fisico che dovrà seguire principi di gradualità, realismo, condivisione degli obiettivi, sviluppo nel tempo e attenzione mirata alla cenestesi e alle sue modificazioni.

3. Criteri per la scelta

I benefici dell'esercizio fisico possono essere ottenuti solo a condizione che questa attività venga protratta nel tempo. Per questo è fondamentale che l'attività fisica diventi parte dello stile di vita e deve tener conto della possibile gratificazione che il soggetto con Obesità potrà raggiungere: in particolare la percezione del miglioramento non solo metabolico, ma anche fisico. Altri aspetti di cui tener conto sono:

a. la scelta del tipo di attività fisica da svolgere in relazione alle abitudini di vita (è inutile programmare di fare jogging al mattino presto se si è abituati a stare a letto fino a tardi)

b. la praticità di accesso al luogo dove l'esercizio fisico viene svolto (meglio una palestra vicino a casa o sulla strada del rientro dal lavoro che una piscina dall'altra parte della città)

c. l'aspetto economico dell'attività prescelta.

Alcuni tipi di esercizio fisico, inoltre, necessitano di un adeguato periodo di allenamento prima di poter essere effettivamente praticati. Altri, come ad esempio lo sci, possono essere praticati solo in determinati periodi dell'anno, per cui l'allenamento e la personalizzazione dell'esercizio sono di vitale importanza.

Rilevanza non minore, nella scelta dell'attività fisica da praticare, rivestono le condizioni fisiche del paziente, intese come predisposizione dell'organismo a praticare un determinato tipo di esercizio piuttosto che un altro. Se gli orientamenti preferenziali del soggetto possono essere ricavati da un semplice colloquio, le condizioni fisiche possono risultare solo dalla sintesi di:

d. Il vissuto sportivo precedente (esperienze motorie già acquisite)

e. Anamnesi dello stile di vita

f. Esame obiettivo generale

g. Valutazione dei parametri cardiocircolatori, respiratori e metabolici a riposo e sotto sforzo, grado di efficienza fisica residua (mobilità, flessibilità, forza, resistenza).

Nei soggetti con Obesità morbigena, nei pazienti più anziani o in coloro in cui le abitudini di vita sedentarie sono particolarmente inveterate, è opportuno iniziare col suggerire un'attività fisica minima, quale ad esempio:

h. Mobilizzazione passiva degli arti, anche autopraticata, per poi passare a quella attiva

i. Passeggiate di breve durata (10-15 min), due-tre volte al giorno da prolungare progressivamente nel tempo (fino a 30-40 min)

l. Diversificazione delle strategie negli spostamenti quali ad esempio: posteggiare l'automobile un po' più lontano dal luogo di lavoro, fare le scale invece di usare l'ascensore, ecc.

4. Prerequisiti

a. Test da sforzo. Nei pazienti già allenati sarebbe opportuna l'esecuzione di un test da sforzo (determinazione del consumo di ossigeno) per valutare le condizioni cardio-respiratorie e l'adattamento allo sforzo, nonché il carico di lavoro aerobico sostenibile. Da questi dati sarà possibile prescrivere una tabella di lavoro più specifica per il soggetto e questi dovrà attenersi alle modalità indicate, nei tempi e nella forma.

Del resto è ampiamente dimostrato che una attività fisica svolta non correttamente, nei tempi e nelle modalità, può essere controproducente o addirittura pericolosa per il soggetto con Obesità. Inoltre l'esecuzione del test da sforzo tende a rinforzare la motivazione del soggetto, in quanto sottolinea l'importanza dell'esercizio fisico per il trattamento dell'Obesità.

b. Timing. L'attività fisica deve essere eseguita almeno a giorni alterni, meglio tutti i giorni, e per un periodo di almeno 30 min. al giorno, deve essere oggetto di un auto-monitoraggio che consenta non solo la quantificazione e la modalità di svolgimento, ma anche la correlazione con le variabili emotive e cognitive proprie del soggetto.

Tali variazioni saranno i principali rinforzi per la continuità e per ottenere un miglioramento della motivazione. L'annotazione di queste variabili da parte del soggetto, e la successiva discussione con il terapeuta, saranno la base dell'intervento finalizzato a rendere il soggetto con Obesità l'artefice principale della modifica della propria fitness, che avrà tanto più successo quanto più la motivazione sarà rinforzata da verifiche sperimentali dei benefici psicofisici dell'esercizio fisico.

I parametri che si modificano parallelamente all'esecuzione dell'esercizio fisico sono sia di tipo fisico (frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, peso corporeo, circonferenza addominale ecc.), sia di tipo psicologico (autostima, tono dell'umore, ansia, scelta degli alimenti, sonno, sfera sessuale).

---

m **Raccomandazione: R.IV.13.**

Un aumento dell'attività fisica deve essere raccomandato a tutti i pazienti che si sottopongono ad un programma di riduzione del peso per contribuire alla perdita del peso, oltre che alla diminuzione del grasso addominale, e per aumentare la fitness cardio-respiratoria

L'esercizio fisico deve essere personalizzato e la compliance del paziente per la sua esecuzione deve essere verificata e rinforzata con un modello cognitivo-comportamentale (es. auto-monitoraggio)

l **Categoria di evidenza A**

---

n IV. Appendice 14. Riconsiderare l'opzione del modello chirurgico

IV.14.1. Premesse

Negli anni '50-'60 studiosi di statistica e di economia aziendale hanno messo a punto un modello decisionale che si basa sulla conoscenza della probabilità incondizionata e della probabilità condizionale per la costruzione degli alberi probabilistici. Attraverso una serie di calcoli si riesce a sapere quali sono le probabilità che un soggetto obeso diventi diabetico, iperteso e possa avere un esito di morte, invalidità o guarigione in seguito all'evento di un infarto o di un ictus.

Analogamente potrebbe essere di grande aiuto la costruzione di un albero probabilistico per la decisione di trattare o non trattare e che tipo di trattamento scegliere quando la decisione comporta una scelta di tipo conservativo o di tipo chirurgico. Purtroppo oggi **non ci sono dati disponibili per conoscere la probabilità** con cui si verificano eventi desiderati e non desiderati quando si deve scegliere per es. una gastroplastica, un bendaggio o una diversione bilio-pancreatica. In letteratura non si possono trovare dati per la costruzione di un albero decisionale essendo le dimensioni e la complessità del problema rilevanti. Questo rappresenta comunque un vuoto che oggi appare indispensabile colmare.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza** **D.IV.14.1.**

Non ci sono dati disponibili per conoscere la probabilità con cui si verificano eventi desiderati e non desiderati a seguito di una gastroplastica, un bendaggio o una diversione bilio-pancreatica. Questo rappresenta un vuoto che oggi appare indispensabile colmare.

l **Categoria di evidenza A**

IV.14.2. Raccomandazioni e dichiarazioni delle NIH Guidelines

È opinione del Sottogruppo LiGIO'99 che il problema delle linee guida, riferito al modello chirurgico, debba essere approfondito perché le dichiarazioni delle NIH Guidelines (D.III.H.6.a., D.III.H.6.b., D.III.H.6.c.) si prestano ad applicazioni "ad litteram" che non permettono un'articolazione del problema decisionale. Le dichiarazioni affermano:

"La gastroplastica verticale, il bendaggio gastrico, il by-pass gastrico possono indurre una sostanziale perdita di peso e costituire una possibile strategia per soggetti ben informati e motivati, con BMI ≥40 o ≥35, che abbiano patologie associate (evidenza B)"

"I soggetti che optano per l'intervento chirurgico dovrebbero essere seguiti da un team multidisciplinare (evidenza D)"

"Il controllo medico per tutta la durata della vita del soggetto, dopo la terapia chirurgica, costituisce una necessità (evidenza C)"

La raccomandazione R.III.H.6.d. infine dice: "La terapia chirurgica costituisce un'opzione (BMI >40 o BMI >35 con condizioni di comorbosità) quando metodi meno invasivi per la perdita di peso si sono dimostrati inefficaci ed il soggetto è ad alto rischio

di morbosità o di mortalità associate ad Obesità" (evidenza C).

Già l'attenta lettura di queste dichiarazioni e raccomandazioni sarebbe sufficiente per una scelta decisionale prudente e oculata. Tuttavia, data l'estrema penetrazione in Italia della metodologia chirurgica, **in assenza di uno standard**, si ritiene doveroso dare ulteriori informazioni e considerazioni concettuali in questa appendice che si aggiunfe al paragrafo III.H.6.

IV.14.3. Quesiti necessari per il processo decisionale

La terapia chirurgica dell'Obesità differisce fondamentalmente da quasi tutte le altre terapie chirurgiche in cui l'intervento è un salva vita. Invece il soggetto con Obesità è solo a rischio di mortalità a lungo termine (15 anni) e potrà certamente vivere per 5, 10, 15 anni e più anche senza subire un intervento. Quindi l'applicazione delle dichiarazioni e delle raccomandazioni su esposte deve essere completata da una articolazione del processo decisionale. Devono essere considerati i seguenti quesiti di fondo per permettere una decisione più collimata agli effettivi bisogni del soggetto con Obesità:

- Probabilità di perdita di peso a lungo termine (almeno a 5 anni)
- Probabilità di miglioramento della qualità della vita
- Probabilità di allungamento dell'aspettativa di vita consentita dall'Obesità
- Tipo di intervento e protocollo medico a lungo termine
- Probabilità di rischio di morbidità (complicanze postoperatorie, reintervento)
- Cut-off dei fattori di rischio cardiovascolare da utilizzare per un BMI < a 40
- Rapporto costo/beneficio/rischio
- Decisione operatoria di un singolo o di un collegio multidisciplinare
- Età per attuare l'intervento
- Accreditamento da richiedere alla struttura pubblica o privata
- Motivazione da considerare e tipo di consenso informato da richiedere
- Tipo di preparazione preoperatoria (nutrizionale, cardiovascolare, ecc.)
- Probabilità di interventi plurimi di chirurgia plastica ricostruttiva.

La risposta a questi quesiti al momento non può essere data perché non esistono pubblicazioni che abbiano avuto questo presupposto. La maggioranza delle ricerche pubblicate fino ad oggi è in grado solo di rispondere al quesito: se l'intervento operatorio è in grado di determinare una perdita di peso a breve scadenza. La risposta è sì. La categoria di evidenza è A.

Al quesito sulla perdita di peso a lungo termine (oltre 5 anni) l'evidenza è di tipo A solo per gli interventi che provocano malassorbimento (bypass gastrico e diversione bilio-pancreatica). Gli interventi di restrizione gastrica non danno tale certezza: solo il 40% mantiene il peso raggiunto, il 60% riprende peso e il 31% ritorna al peso di partenza e lo supera (Ramsey, 1995). Quindi le fluttuazioni della perdita di peso devono essere tenute in considerazione perché la perdita di peso non è così scontata come sembra.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.IV.14.3.**

Gli interventi di restrizione gastrica non danno la certezza della perdita di peso: il 60% riprende peso e di questi il 31% ritorna al peso di partenza e lo supera.

l **Categoria di evidenza B**

Si ritiene fondamentale, ulteriormente, fare ancora due precisazioni per mettere a fuoco su: **Quanto l'approccio chirurgico sia ancora soggetto a interrogativi e non estensibile nella applicazione "al litteram"?**.

1. Come valutare se i metodi meno invasivi per la perdita di peso si sono dimostrati inefficaci per decidere l'opzione chirurgica?

Alla luce delle dichiarazioni e delle raccomandazioni di queste LiGIO'99 non è possibile oggi considerare inefficace la sola prescrizione di un regime dietetico o farmacologico. Se non è stato effettuato un approccio cognitivo-comportamentale adeguato e una sostanziale ristrutturazione cognitiva, con l'integrazione di tutti gli altri approcci, non è possibile affermare che "tutto è stato fatto" prima di passare all'opzione chirurgica (vedi IFT 11°). Altrimenti oltre il 95 % dei soggetti con Obesità dovrebbero subire un intervento chirurgico se il BMI è superiore a 40 o 35+fattori di rischio.

2. Quando ritenere sufficientemente elevato il rischio di morbosità o di mortalità per procedere all'opzione chirurgica indipendentemente dal BMI?"

Se il BMI è inferiore a 40 ed è presente un colesterolo superiore a 200 mg% o una glicemia superiore a 126 mg% o la pressione arteriosa è superiore a 140/90 mm/Hg è lecita l'opzione chirurgica stando alla raccomandazione D.III.H.6.c. E' evidente che la decisione dell'opzione chirurgica è lasciata a limitazioni troppo aperte e permette di effettuare un intervento chirurgico quasi sempre. Quale è il soggetto con BMI superiore a 35 che non ha uno di questi fattori di rischio. Purtroppo non esistono al momento dati per poter dare precise indicazioni e la decisione è ancora difficile da razionalizzare. La domanda è: il rischio operatorio è così poco rilevante da essere accettato anche quando il rischio medico è minimo? Non esistono dati per dare una risposta.

IV.14.4. Analisi della letteratura degli ultimi 5 anni

Nella descrizione dell'Evidenza (Appendice II, pag. 116) del documento NIH Guidelines la letteratura presentata per "Weight Loss Surgery" è anteriore al 1995 e sono stati scelti 14 RCTs relativi ai differenti interventi chirurgici. Si è ritenuto pertanto doveroso completare l'analisi della letteratura fino a Novembre 1998, data in cui il Comitato Editoriale ha concluso i lavori di questo documento.

È stata pertanto effettuata una ricerca su Medline relativa ai 5 anni precedenti (1994-1998). Sono stati consultati 222 abstract presenti in 252 titoli. Di questi 99 sono attinenti a risultati di interventi chirurgici: diversione bilio-pancreatica, bypass digiuno-ileale, bypass gastrico (Roux-en-Y), gastroplastica verticale, bendaggio gastrico regolabile. Di questi 99, 36 sono stati considerati idonei per la presentazione dei dati: descrizione del follow-up a lungo termine, analisi delle complicanze, caratteristiche della perdita di peso.

1. Diversione bilio-pancreatica (BPD)

I dati presentati nella • **Tab. 24** (5 titoli valutabili su 11 abstract) non permettono di ritenere che questo intervento possa essere oggi consigliato, non solo alla luce dell'esiguo numero di ricercatori che hanno presentato i loro dati. Tale affermazione è relativa all'estrema modificazione della fisiologia intestinale e alla notevole frequenza di alterazioni metaboliche collegate col malassorbimento. Anche se la perdita di peso è certamente considerevole, e così pure l'estensione del follow-up (superiore a 5 anni in tre titoli), questo intervento non è attualmente da prendere in considerazione con sufficiente evidenza per un rapporto costo/rischio/beneficio.

2. Bypass Digiuno Ileale (JIB)

I dati presentati nella • **Tab. 25** permettono di affermare che questo tipo di intervento deve essere definitivamente abbandonato per la estrema pericolosità per la vita (12% di mortalità) e per le complicanze (30%). La quasi totalità dei chirurghi oggi non lo esegue più.

• Tab. 24. Diversione Bilio-pancreatica

AA.	N°	F	D*	RV	BT	Descrizione complicanze	Perdita di peso**
Scopinaro (98)	2241	21	0,5%	-	-	anemia, ulcera stomale	-
Hess (98)	440	8	2	17	9	demineralizzazione, complicazioni neurologiche malnutrizione proteica	_
Doldi (98)	70	6	?	?	?	?	-
Nanni	59	3	1.7	?	?	malnutrizione proteica	-
Noya (98)	50	2	1	?	9	Occlusione intes. dilatazione gastrica peritonite, deiscenza malnutrizione proteica	-

****** Non vengono riportati i dati relativi alla perdita di peso perché esiste sempre, anzi il il malassorbimento eventualmente eccessivo deve essere corretto con un reintervento

F = Follow-up D = Decessi RV = Reinterventi BT = Complicanze a breve termine

• Tab. 25. Bypass Digiuno Ileale (JIB)

AA	N°	F	D	RV	BT	Complicanze	Perdita di peso
Frandsen (98)	57	8-22	12%	19%	9%	gravi	-
Anderson (94)	182	19	-	33	-	-	ripresa del peso dopo
Requarth (95)	453	15	7	31%	-	renali, epatiche, diarrea	-

F = Follow-up D = Decessi RV = Reinterventi BT = Complicanze a breve termine

3. Bypass Gastrico Roux-en-Y (RGB)

Questo tipo di intervento, ampiamente considerato nella letteratura anteriore al 1994, non sembra dare complicanze postoperatorie (reflusso gastroesofageo, vomito, ecc.). Queste invece si presentano a seguito della gastroplastica verticale (VBG). Anzi molti sono i lavori che descrivono la riconversione della VBG in RGB per eliminare le complicanze del tratto digestivo superiore e per determinare la continuazione della perdita di peso che si verifica spesso. Naturalmente il vantaggio relativo alle complicanze deve essere contrapposto alla presenza del malassorbimento.

I titoli considerati dal 1994 al 1998 (9 su 14) sono presentati nella • **Tab. 26.** In 5 titoli il follow-up è superiore a 5 anni e le complicanze relative al malassorbimento sono poco descritte. Ovviamente la perdita di peso non si discute. Spesso tale intervento è utilizzato per riconvertire precedenti interventi di VBG che presentano complicazioni o mancanza di perdita di peso. Le complicanze postoperatorie sono considerevoli (fino al 28%) e la percentuale di mortalità è certamente da tenere in considerazione (oltre 1%).

4. Gastroplastica verticale (VBG)

È questo certamente l'intervento più diffuso, non solo fino agli anni '90, ma anche attualmente, nonostante la relativa semplicità dell'esecuzione del bendaggio gastrico regolabile e la sua possibile applicazione per via laparoscopica (3357 VBG contro 1927 ASGB pubblicati dal 1994 al 1998). Dei 27 titoli reperiti su Medline ne sono stati considerati solo 10, per la presenza di un follow-up almeno di 3 anni (• **Tab. 27**). La necessità di reintenvento per complicanze non è da sottovalutare (fino al 30% e in una casistica fino al 56%) e la scelta del secondo intervento ricade sul bypass gastrico. Solo così il peso ricomincia a diminuire e possono essere risolte le complicanze (rottura della sutura verticale, stenosi, gastrite, esofagite, reflusso gastroesofageo, vomito incoercibile). Tuttavia il fenomeno che deve essere considerato attentamente è l'esito a lungo termine della perdita di peso. I titoli con un follow-up superiore a 5 anni sono 5. La perdita di peso è soddisfacente solo nel 40%. Nel 60% il peso tende ad aumentare e di questi il 30% raggiunge il peso di partenza e lo supera. La mortalità può superare il 2%.

• Tab. 26. Bypass Gastrico Roux-en-Y (RGB)

AA	N°	F	D	RV	BT	Complicanze	Perdita di peso
Kirkpatrick	212	15	4+3		18	-	95% >50 kg in 2 anni
van Gemert (98)	16	12	-	-	-	-	BMI si riduce dopo reVBG o conversione a RGB
Pories	608	10	1.5	-	8.5%	-	Kg 138(71-128) a 14a
Brolin (95)	393	9	-	2	12	ostruzione int, volvolo	-
Reinold (94	153	06	1	-	-	-	37 kg (±19)
Jones (98)	332	4.6	-	-	-	eccellente metodo antireflusso	87 kg a 66
Curry (98)	86	1	-	1	1	38% riconversioni da VBG	riduzione 53%
Sugerman (96)	58	1	-	2	28	ulcera anastomotica	ulteriore perdita
Smith (97)	188	0.5	-	-	9	migliora il reflusso	BMI 43 a 30

F = Follow-up D = Decessi RV = Reinterventi BT = Complicanze a breve termine

5. Gastroplastica Orizzontale (HRG)

Questo intervento, eseguito in passato, attualmente non viene più eseguito. Due soli titoli lo riportano nei 5 anni considerati. La perdita di peso non viene giudicata adeguata nel follow-up a 10 anni (• **Tab. 28**).

6. Bendaggio Gastrico Regolabile (ASGB)

Questo è l'ultimo intervento. Ha avuto molto successo per la sua apparente semplicità, per la possibilità di essere eseguito in laparoscopia e per essere meno cruento rispetto a tutti gli altri. Su 14 titoli, vengono presentati solo i dati di 7 per la presenza di un follow-up di almeno 2 anni (• **Tab. 29)**. I dati della perdita di peso dopo 4 e 5 anni di follow-up non sono presentati in modo soddisfacente: perdita media di peso 37 kg in un titolo e BMI da 43 a 27 nell'altro, senza riferirne la variabilità. Non mancano i reinterventi (33%) e le complicanze (8%: dilatazione della tasca, slippage, perforazione, penetrazione, infezione della porta, difetti del catetere).

IV.14.5. Riconsiderazioni per il processo decisionale

L'entusiamo per la perdita di peso spettacolare in seguito alla chirurgia bariatrica può certamente entusiasmare. I primi ad esserne attratti sono certamente i soggetti con Obesità che arrivano all'ultimo stadio e non hanno trovato una risposta adeguata, soprattutto in fasi precoci della storia naturale. Lo stesso entusiasmo si verifica anche nei medici non strettamente addetti ai lavori. Ovviamente anche i chirurghi sono attratti dalla possibilità di risolvere i fallimenti della terapia medica. Gli internisti addetti ai lavori invece non sono attratti né favorevoli, soprattutto considerando approfonditamente i dati della letteratura. Molto spesso non vengono consultati né dai soggetti con Obesità né dai chirurghi.

È difficile dare linee guida con la presunzione di poter avere la massima sicurezza dei risultati, quando il processo decisionale porta a scegliere l'opzione chirurgica. Certamente la responsabilità dell'insuccesso ricade su chi ha posto l'indicazione. Ciò è limitante per l'internista che non vuole arrendersi alla difficoltà di attivare tutta l'integrazione dei modelli conservativi. Anche l'opzione opposta, la pregiudiziale negazione dell'approccio chirurgico, presenta responsabilità indiscutibili, anche se il rischio di mortalità e di morbosità è molto differito negli anni e non così manifesto e a breve scadenza come nell'approccio chirurgico.

Certamente l'approccio chirurgico deve essere deciso con molta prudenza e la scelta non può essere una decisione del singolo, ma un processo che deve essere multi-disciplinare: internistico, psicologico, psichiatrico, cardiologico, gastroenterologico e anestesiologico. Al chirurgo dovrebbe competere la scelta del modello in relazione alle complicanze postoperatorie. Questo potrebbe essere considerato riduttivo per il chirurgo, tuttavia non è possibile immaginare che possa essere altrimenti.

---

p **Dichiarazione basata sull'evidenza: D.IV.14.5.a.**

La responsabilità dell'insuccesso ricade su chi pone l'indicazione chirurgica soprattutto se non ha verificato l'attivazione precedente dell'integrazione di tutti i modelli conservativi. La stessa responsabilità ricade anche su chi si oppone all'approccio chirurgico poichè il rischio di mortalità e morbidità va tenuto presente nel processo decisionale.

l **Categoria di evidenza B**

---

m **Raccomandazione: R.IV.14.5.b.**

L'approccio decisionale per l'opzione chirurgica deve essere il frutto di una prudente valutazione del rischio di mortalità e morbosità post-operatoria, della probabilità di insuccesso con i modelli semplici di chirurgia bariatrica, del rapporto costo/beneficio legato alla creazione di una malattia nella malattia e pertanto la decisione finale deve essere il frutto di una condivisione della responsabilità tra l'internista esperto nel campo, coadiuvato dal gastroenterologo, dallo psicologo, dallo psichiatra, dall'anestesista e dal chirurgo.

l **Categoria di evidenza A-B-C-D**

Tab. 27. Gastroplastica verticale (VBG)

AA	N°	F	D	RV	BT	Complicanze	Perdita di peso
Desaive (95)	1000	8	0	22%	?	155 perduti 1° anno di f-up	BMI 42 a 30
Naslund (97)	198	7	5	31	24	-	BMI 44 a 33 in 20 st
Ramsey (95)	60	5-9	-	-	-	-	40% mantiene 60% riprende peso 31% ritorna peso iniz.
Baltasar (98)	100	5	1	25	-	-	40% ha ottenuto beneficio su 92
Hell 96)	300	5	1	6	-	-	??
Kriwanek (95)	60	9-13	-	-	-	10% perdita non soddisfacente	
Hsu (96)	24	3.5	-	-	-	Binge Eating Disorders	Se BED il peso ripren
Stoner (97)	202	3	-	4	3	ascesso sf, deiscenza vomito, rimozione conversione in RGB	?
Melissas (98)	60	3	-	-	-	rottura della sutura vert (20%)	?
Vaneerdeveg (94)	54	3	1%	7	-	rottura della sutura	?
van Gemert (98)	16	12	-	56%	-	VBG in RGB*	68% -

***** Si tratta di riconversioni effettuate in un periodo di 12 anni
F = Follow-up D = Decessi RV = Reinterventi BT = Complicanze a breve termine

• Tab. 28. Gastroplastica Orizzontale (HRG)

AA	N°	F	D	RV	BT	Complicanze	Perdita di peso
Wolfel (94)	119	10	-	-	-	-	non adeguata
Doldi	102	11	-	-	-	-	-

• Tab. 29. Bendaggio Gastrico Regolabile (ASGB)

AA	N°	F	D	RV	BT	Complicanze	Perdita di peso
Fried (97)	60	5	-	-	-	-	meno 37 kg
Forsell (97)	50	4	-	3	-	-	BMI 46 a 27
Belachew (97)	320	4	-	-	-	dilatazione della tasca	-
Fried (98)	300	3	-	?	-	-	-
Westling (98)	90	2	-	32	-	reinterventi in RGB	BMI 43 - 31
Forestieri (98)	62	2	-	2	-	stenosi e allargamento tasca	BMI 49 - 39
Kunath (98)	224	2	0.4%	-	19	dilatazione tasca, slippage, perforazione, penetrazione, infezione porta, difetti catetere	50±28%

IV.14.6. Un Paradigma: Il caso del Sig. Rossi

Non si tratta di un aneddoto ma di un universo, rappresentativo di una grande categoria di individui che possono essere così stigmatizzati.

Il Sig. Rossi è un uomo di 45 anni con BMI di 35 e presenza di fattori di rischio cardio-vascolare. È candidato per un intervento di chirurgia bariatrica stando alle linee guida generalmente considerate. Vuole fare l'intervento perchè ha avuto messaggi dai giornali e dalla televisione. Il medico di medicina generale non ha elementi per prendere una decisione e non viene consultato.

Non si reca da un dietologo perchè è deluso da molteplici approcci fallimentari. Vuole assolutamente affrontare un intervento di restrizione gastrica perché non è mai riuscito a perdere peso. Tuttavia farà l'intervento che decide il chirurgo e tale intervento potrà essere differente a seconda di chi viene consultato e quali tecniche predilige.

Non è dissuaso dal chirurgo a cui si rivolge in quanto tutti e due hanno già fatto la loro scelta a priori.

Non conosce le caratteristiche di altri tipi di programmi e non le vuole neppure conoscere perché ha una autostima così bassa da ritenere di essere incapace di qualsiasi autonomia. Il chirurgo non prende decisioni alternative all'intervento, come per es. quella di rivolgersi ad un professionista competente che possa intervenire con altri strumenti non cruenti: un approccio cognitivo e comportamentale accompagnato dal training di Prevenzione del relapse e dalla integrazione multidimensionale con tuttigli altri approcci.

Non sa che, per alcuni interventi, ha una probabilità su 100 di perdere la vita, dieci probabilità su 100 di avere complicanze postoperatorie importanti e di dover fare un reintervento e solo 40 probabilità di mantenere il peso perduto a 5 anni se accede ad un intervento di restrizione gastrica. Se invece opta per un intervento che determina malassorbimento dovrà affrontare un'altra malattia per tutta la vita con un rapporto medico costante.

In questo paradigma si ribadisce il concetto che è sempre e solo il paziente a decidere cosa vuole. La maggior parte dei professionisti non è in grado di orientare correttamente il soggetto e molti di essi tendono, senza aver sufficientemente analizzato tutti gli aspetti del problema, a soddisfare la richiesta. Quindi il vero problema sta a monte di tutto il contesto dei fattori decisionali considerati.

In conclusione il problema relativo al modello chirurgico è complesso e scottante. Esso si presta ad abusi come succede per tanti altri aspetti che riguardano l'Obesità. Non poteva quindi mancare il messaggio di un chirurgo illuminato riferito alla International Federation for the Surgery of Obesity del 1998. Viene riportato integralmente (Cowan GS Jr, Department of Surgery, University of Tennessee, Memphis).

What do patients, families and society expect from the bariatric surgeon? *"The expectations of patients, their families and society of the bariatric surgeon are often unrealistic, but for different reasons. The morbidly obese patient often expects 'everything' from bariatric surgery. The patient's family is frequently ambivalent. Society, on the other hand, tends to unrealistically regard the morbidly obese as billboards advertising them as willful deviants whose problems can all be resolved by '**just pushing away from the table**'.*

This invalid stereotype has prompted some to incorrectly regard bariatric surgery as an undeserved reward for individuals who will not control their own behavior. The undeserved intentional deviant status of the morbidly obese causes members of society to harass, mock or otherwise mistreat this subpopulation. Society's harmful, destructive

and unjust weight harassment 'fat-ism' has made the ***morbidly obese modern day moral equivalents of lepers.***

We conclude that society must be persuaded to accept weight harassment as 'politically incorrect', subject to the same consequences as any other form of bigotry. Once society regards the morbidly obese as victims, not perpetrators, of their nonsurgically curable disease, bariatric surgery results should become held to similar standards as surgery for carcinoma, cardiovascular and other diseases.

Until then, the morbidly obese remain the ***last true bastion of prejudice****.*"[16]

IV.14.7. Bibliografia

Anderson P.E. Pilkington T.R. Gazet J.C. Reversal of jejunoileal bypass in patients with morbid obesity. Br J Surg 1994 81, 1015-1007, 1994.

Baltasar A. Bou R. Arlandis F. et al. Vertical banded gastroplasty at more than 5 years. Obes Surg 8, 29-34, 1998.

Belachew M. Legrand M. Vincent V. Monami B. Jacquet N. Celioscopic approach in surgical treatment of morbid obesity. Technique and results. Ann Chir 51, 165-172, 1997.

Brolin RE. The antiobstruction stitch in stapled Roux-en-Y enteroenterostomy. Am J Surg 169, 355-357, 1995.

Cowan G.S. Jr. What do patients, families and society expect from the bariatric surgeon? Obes Surg 8, 77-85, 1998.

Curry TK. Carter P.L. Porter C.A. Watts D.M. Resectional gastric bypass is a new alternative in morbid obesity. Am J Surg 175, 367-370, 1998.

Desaive C. A critical review of a personal series of 1000 gastroplasties. Int J Obes Relat Metab Disord 19 (Suppl 3), S56-60, 1995.

Doldi S.B. Surgery of morbid obesity: intestinal bypass to adjustable gastric banding. Ann Chir 52, 125-131, 1998.

Forestieri P. Meucci L. De Luca M. Formato A. De Werra C. Chiacchio C. Two years of practice in adjustable silicone gastric banding (LAP-BAND): evaluation of variations of body mass index, percentage ideal body weight and percentage excess body weight. Obes Surg 8, 49-52, 1998.

Forsell P. Hellers G. The Swedish Adjustable Gastric Banding (SAGB) for morbid obesity: 9 year experience and a 4-year follow-up of patients operated with a new adjustable band. Obes Surg 7, 345-351, 1997

Frandsen J. Pedersen S.B. Richelsen B. Long term follow up of patients who underwent jejunoileal bypass for morbid obesity. Eur J Surg 164, 281-286, 1998.

Fried M. Peskova M. Gastric banding in the treatment of morbid obesity., Hepatogastroenterology 44, 582-587, 1997

Fried M. Peskova M. Kasalicky M. Assessment of the outcome of laparoscopic nonadjustable gastric banding and stoma adjustable gastric banding: surgeon's and patient's view. Obes Surg 8, 45-48,

---

16: "Le aspettative dei pazienti, delle loro famiglie e della società nei confronti del chirurgo bariatra sono spesso non realistiche per differenti ragioni. Il soggetto con Obesità Morbigena, spesso, si aspetta tutto dalla chirurgia. Egli stesso e la famiglia sono frequentemente ambivalenti. Peraltro la società si riferisce in modo improprio ai pazienti con Obesità Morbigena. Lo fa come potrebbe farlo un avviso scritto su una bacheca, con un avvertimento che si rivolge ad essi come incalliti trasgressori i cui problemi possono essere risolti con un semplice "**allontanamento dalla tavola**".

Questo stereotipo errato ha indotto qualcuno, in modo scorretto, a rivolgersi alla chirurgia bariatrica come se fosse un immeritato premio per individui che non vogliono controllare il proprio comportamento. Lo stato di deviazione dei soggetti con Obesità, ingiustamente ritenuto intenzionale, induce i membri della società a tormentare, beffare o altrimenti maltrattare questa sottopopolazione. Questo "**fat-ism**" della società, pericoloso, distruttivo e ingiusto tormento del peso, ha reso l'esistenza attuale del soggetto con Obesità **moralmente equivalente all'essere lebbroso**.

Noi possiamo concludere che la società deve essere persuasa ad accettare il tormento del peso come 'politicamente sbagliato" e sottoposto alle stesse conseguenze di qualsiasi altra forma di fanatismo. Una volta che la società si riferisce ad un soggetto con Obesità Morbigena come ad una vittima, e non come ad uno che agisce e perpetra intenzionalmente, della propria malattia curabile non chirurgicamente, i risultati della chirurgia bariatrica potranno raggiungere uno standard simile a quello della chirurgia oncologica , cardiovascolare ed altro. Fino ad allora il soggetto con Obesità Morbigena rimane l'ultimo vero **bastione del pregiudizio**."

1998 .
Hell E. Lang B. 10 years experience with vertical banded gastroplasty for operative therapy of morbid obesity. Zentralbl Chir 121, 363-369, 1996.
Hess D.S. Hess D.W. Biliopancreatic diversion with a duodenal switch.. Obes Surg Jun 8, 267-282, 1998.
Hsu L.K. Betancourt S. Sullivan S.P. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. Int J Eat Disord 19, 23-34, 1996.
Jones K.B. Jr. Roux-en-Y gastric bypass: an effective antireflux procedure in the less than morbidly obese. Obes Surg 8, 35-38, 1998.
Kirkpatrick J.R. Zapas JL. Divided gastric bypass: a fifteen-year experience. Am Surg 64, 62-65, discussion 65-66, 1998.
Kriwanek S. Beckerhinn P. Blauensteiner W. Dittrich K. Armbruster C. Therapeutic failures after gastric bypass operations for morbid obesity. Langenbecks Arch Chir 380, 70-74, 1995.
Kunath U. Susewind M. Klein S. Hofmann T. Success and failure in laparoscopic gastric banding. A report of 3 years experience. Chirurg 69, 180-195, 1998.
Melissas J. Christodoulakis M. Schoretsanitis G. et al. Staple-line disruption following vertical banded gastroplasty. Obes Surg 8, 15-20, 1998.
Nanni G. Balduzzi G.F. Capoluongo R. et al. Biliopancreatic diversion: clinical experience. Obes Surg 7, 26-29, 1997.
Naslund E. Backman L. Granstrom L. Stockeld D. Seven year results of vertical banded gastroplasty for morbid obesity. Eur J Surg 163, 281-286, 1997.
Noya G. Cossu M.L. Coppola M. et al. Biliopancreatic diversion for treatment of morbid obesity: experience in 50 cases. Obes Surg 8, 61-66, 1998.
Pories W.J. Swanson M.S. MacDonald K.G. et al. Who would have thought it? An operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus., Ann Surg 222, 339-350; discussion 350-352, 1995.
Ramsey-Stewart G. Vertical banded gastroplasty for morbid obesity: weight loss at short and long-term follow up. Aust N Z J Surg 65, 4-7, 1995.
Reinhold R.B. Late results of gastric bypass surgery for morbid obesity. J Am Coll Nutr 13, 326-331, 1994.
Requarth J.A. Burchard K.W. Colacchio T.A. Stukel T.A. Mott L.A. Greenberg ER. Long-term morbidity following jejunoileal bypass. The continuing potential. Arch Surg 130, 318-325, 1995.
Scopinaro N. Adami G.F. Marinari G.M. et al. Biliopancreatic diversion. World J Surg 22, 936-946, 1998.
Smith S.C. Edwards C.B. Goodman G.N. Symptomatic and clinical improvement in morbidly obese patients with gastroesophageal reflux disease following Roux-en-Y gastric bypass. Obes Surg 7, 479-484, 1997.
Stoner J. Stoner P. Sytsma J. 42-month preliminary follow-up of the silastic ring vertical banded gastroplasty. Obes Surg 7, 513-515, 1997.
Sugerman H.J. Kellum J.M.Jr., DeMaria E.J. Reines H.D. Conversion of failed or complicated vertical banded gastroplasty to gastric bypass in morbid obesity. Am J Surg 171, 263-9, 1996.van Gemert W.G. van Wersch M.M. Greve J.W. Soeters P.B. Revisional surgery after failed vertical banded gastroplasty: restoration of vertical banded gastroplasty or conversion to gastric bypass. Obes Surg 8, 21-28, 1998.
Vaneerdeweg W. Hubens G. Van Gaal L. Eyskens E. Operations for failed vertical banded gastroplasty. Acta Chir Belg 94, 203-206, 1994.
Westling A. Bjurling K. Ohrvall M. Gustavsson S. Silicone-adjustable gastric banding: disappointing results. Obes Surg 8, 467-474, 1998.

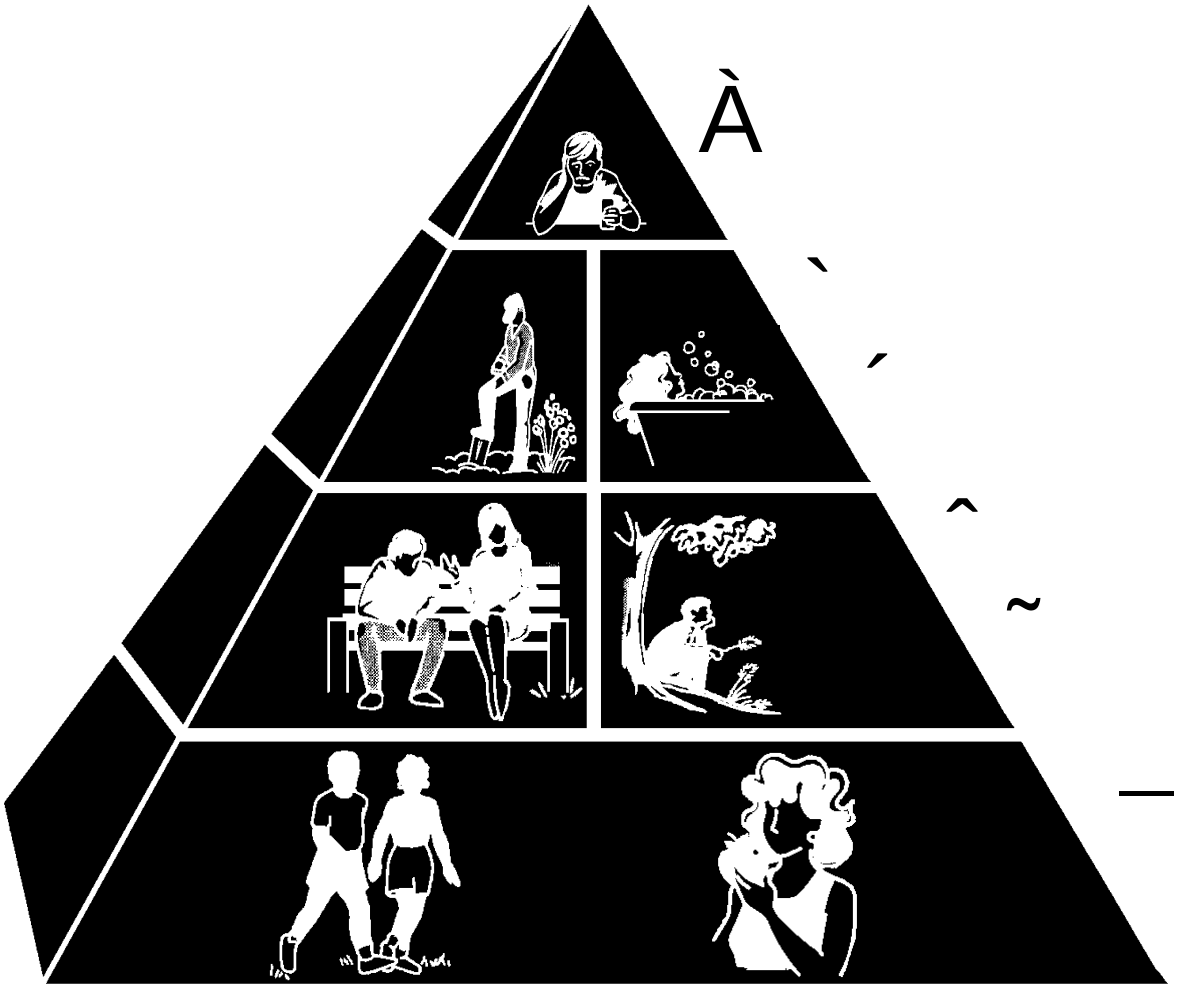
K. Indice degli Acronimi

ADI: Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica
AGCM: Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato
AILOBA: Associazione Italiana per la Lotta ai Disturbi del Comportamento Alimentare e della Regolazione del Peso Corporeo
AACE: American Association Clinical Endocrinologists
ACE: American College Endocrilogy
ADA: American Dietetic Association
ADA: American Diabetes Association
AHA: American Heart Association
AJCN: The American Journal of Clinical Nutrition
AMA: American Medical Association
AOA: American Obesity Association
ASBG: Adjustable Silicone Gastric Banding
ASCN: American Society for Clinical Nutrition
ANSISA: Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione
ASSO: Australasian Society for the Study of Obesity
BDI: Beck Depression Inventory
BED: Binge Eating Disorder
BES: Binge Eating Scale
BITE: Bulimic Investigatory Test Edinburgh
BMI: Body Mass Index
BPD: Biliopancreatic Diversion
CINECA: Centro Interuniversitario dell'Italia Nord-Orientale del Calcolo Automatico
CNR: Consiglio Nazionale delle Ricerche
DCA: Disturbi del Comportamento Alimentare
DIET: Dieters Inventory of Eating Temptation
DRT: Dieting Readiness Test
DSM-IV: Diagnostic System Manual
EASO: European Association Study Obesity
EBM: Evidence Based Medecine
EDE-12: Eating Disorder Examination
EDNOS: Eating Disorders non Otherwise Specified
ESES: Eating Self-Efficacy Scale
EROS: Emilia Romagna Obesity Study
FATMA: Progetto Finalizzato "Fattori di Malattia" del CNR
FDA: Food and Drug Administration
FTC: Federal Trade Commission
HDL: High Density Lipoprotein
IASO: International Association Study Obesity
IFG: Impaired Fasting Glucose
IFT: Illustrazioni Fuori Testo
INESE: Italian Nutrition Examination Study on the Elderly
INN: Istituto Nazionale della Nutrizione
IOM: Institute of Medecine
IOTF: International Obesity Task Force
IREHM: Institute for Research and Education HealthSystem Minnesota
ISS: Istituto Superiore di Sanità
ITFCHD: International Task Force for Coronary Heart Disease.
JADA: Journal of the American Dietetic Association
LDL: Low Density Lipoprotein
LiGIO'99: Linee Guida Italiane Obesità 1999
MeSH: Medical Subject Headings
MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NAAFA: Nord American Association Fat Acceptance
NAASO: Nord American Association of the Study of Obesity
NHANES: National Health And Nutrition Examination Survey
NIDDK: National Institute Diabetes Digestive and Kidney Diseases
NIDDM: Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus
NDEP: National Diabetes Education Program
NHLBI: National Heart Lung Blood Institute
NIH: National Institutes of Health
OA: Overeaters Anonimous
OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità
PSN: Piano Sanitario Nazionale
RCTs: Randomized Controlled Trials
RGB: Roux-en-Y Gastric Bypass
RMN: Risonanza Magnetica Nucleare
SAOP: Swedish Association Overweight People
SID: Società Italiana di Diabetologia
SIE: Società Italiana di Endocrinologia
SISA: Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi
SIS.DCA: Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare
SISO: Società Italiana per lo Studio dell'Obesità
SIMI: Società Italiana di Medicina Interna
SINU: Società Italiana di Nutrizione Umana
SSN: Servizio Sanitario Nazionale
SUA!: Shape Up America!
SCL-90-R: Derogatis Symptom Check List 90 Items Revised
TAC: Tomografia Assiale Computerizzata
TFEQ: Three Factor Eating Questionnaire
TFOI: Task Force Obesità Italia
TOPS: Take Off Pounds Sensibly
UICO: Unione Italiana Contro l'Obesità
USDA: United States Department Agriculture
VBG: Vertical Banded Gastroplasty
WIN: Weight-Control Information Network
WHO: World Health Organization
WWW: World Wide Web

J 8° IFT

La Piramide dello Stress

6. Giornalmente (attività fisica, alimentazione sana, pensieri positivi, divertimento, sonno)
5. Attività di rilassamento (meditazione, leggere il giornale)
4. Relazioni (socializzare, comunicare, chiedere sostegno, dare tempo alla famiglia)
3. Premiarsi (bagni, massaggi, comprare qualcosa di nuovo)
2. Hobbies (leggere, giardinaggio, golf)
1. Zona Pericolosa (sedentarietà, litigi, pensieri negativi, isolamento, eccesso alimentare, troppo caffé, alcoolici)



Balancing Stress Pyramid (1995) Institute for Research and Education HealthSystem Minnesota

W. Siti Internet di maggiore interesse, indirizzi utili e periodici

Piuttosto che una bibliografia costituita da migliaia di voci si è creduto opportuno stendere un numero limitato di riferimenti bibliografici col presupposto concettuale che il ricercatore ha altri strumenti per reperire le informazioni e per medico di medicina generale basta una bibliografia essenziale ma "ragionata".

Per ovviare non solo alla limitazione quantitativa ma soprattutto alla necessità di un aggiornamento in itinere è stato creato un piccolo capitolo che contiene i principali siti di Internet che vengono mantenuti con l'aggiornamento dalle importanti istituzioni che li hanno creati, come i National Institutes of Health, la International Obesity Task Force, il National Heart, Lung, and Blood Institute e Welcome to Adipos.

Inoltre alla data di licenziamento di questo documento LiGIO'99 sarà pronto un sito WWW che potrà essere considerato il punto di riferimento per tutta la Comunità Italiana in quanto tutti i siti elencati di seguito sono stati preparati per la Comunità Anglofona. Questo sito avrà il seguente indirizzo permanente:

LiGIO'99-WWW:

<http://obesita-dca.cineca.it>

Questi siti sono stati tutti esplorati e possono certamente essere utili per chiunque voglia approfondire il problema. Il titolo dei siti non corrisponde sempre a quello del WWW ma l'indirizzo è "provato". Non è certamente questo un paragrafo completo anche considerando l'enorme velocità di rinnovamento che ovviamente contraddistingue Internet.

W.1. Siti WWW

• W.1.1. About Obesity

http://www.obesite.chaire.ulaval.ca/IOTF.htm

Contiene il seguente menu:

Web sites on Obesity for Professionals - Consensus Statements and Guidelines
Classifications - Prevalence - Causes & Consequences - Treatment
Prevention - Web sites on Obesity for Consumers
Assessment Techniques - Weight Management and Treatment
Weight Control - NewsGroup - Other Web sites of Interest on Obesity

• W.1.2. American Diabetes Association
http://www.diabetes.org/

• W.1.3. American Heart Association
http://www.americanheart.org/Scientific/statements/1997/119701.html

• W.1.4. American Heart Association: Obesity in Adults
http://www.americanheart.org/Scientific/statements/1994/079402.htm

• W.1.5. American Obesity Association
http://www.obesity.org/

• W.1.6. American Journal of Clinical Nutrition
http://gopher.faseb.org/ajcn/#contents

• W.1.7. Centre for Evidence Based Medicine
http://cebm.jr2.ox.ac.uk/

• W.1.8. Cooperative Extension, Iowa State University
http://www.exnet.iastate.edu/Pages/pubs/Food.html

Contiene il seguente menu
- Extension Food and Nutrition Publications
- Welcome! The documents on The Family Nutrition Program
- Food Science & Human Nutrition Publications
- Food Safety: How to Check Flood-damaged Food
- Especially for Older Adults - Eat Smart--Fight BAC!
- Strategies for Improving Nutrition of Older
- Nutrition in a Can - Liquid Supplements
- Feeding Children - A Parent's Guide to Children's Weight

• W.1.9. Diabete
http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/diabetes.htm

Contiene il seguente menu (riportato in parte)
- Publications Online - Bibliographic Searches on Diabetes
- Diabetes in America, 2nd Edition PDF version (viewer required) of the 733-page
- Diabetes Control and Complications Trial - Diabetes Nutrition and Meal Planning
- Diabetes Nutrition Publications Series - Diabetes Overview
- Hypoglycemia - Insulin-Dependent Diabetes - Kidney Disease of Diabetes
- Noninsulin-Dependent Diabetes - Noninvasive Blood Glucose Monitors

• W.1.10. Diet and Exercise in NIDDM
http://text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/60txt.htm

NIH Consensus Development Conference Statement and exercise in NIDDM 1986
Contiene il seguente menu:
- What is the significance of excess body fat in the patient with noninsulin-dependent diabetes mellitus? How can weight reduction be achieved and maintained?
- What are the appropriate components of the dietary prescription for patients with noninsulin-dependent diabetes mellitus?

What are the benefits and risks of exercise in patients with noninsulin-dependent diabetes mellitus?
How should exercise be prescribed?
What is the evidence that weight control, diet, and/or exercise can prevent noninsulin-dependent diabetes mellitus?
What are the directions for future research?
Questions Related to
Obesity - Diabetes and its Prevention Nutrition - Exercise - Complications

• W.1.11. Dietary Guidelines
http://www.nalusda.gov:80/fnic/Dietary/dietg95.htm

• W.1.12. Dietary Guidelines for Americas
http://www.nalusda.gov/fnic/dga/dguide95.html

• W.1.13. Doctor's Guide
http://www.pslgroup.com/dg/61ECE.htm

• W.1.14. Eating Disorder Related Websites
http://www.selfgrowth.com/eating.html

• W.1.15. Eating Disorder Network
http://www.rochesteredn.org/

Welcome to the Eating Disorder Network web site! The Eating Disorder Network is dedicated to providing services and programs for family and friends of adolescents with eating disorders. Take a moment to explore our site to learn about our activities.
Contiene il seguente menu:
Mission Statement - Our Newsletters - Upcoming Events
Board Members - Educational Links

• W.1.16. Fitness Home Page
http://www1.mhv.net:80/~donn/diet.html

Contiene il seguente menu:
The internet's best "one stop" resource for diet and weight loss information.
Weight Tables Comparison Study - Getting Started On Your Diet
Why Do We Eat When We're Not Hungry?
Calories - How many get burned
Diet & Weight Loss Tips Collection PART 1, II, III, IV
Understanding Complex Carbohydrates
Calculate Your Life Expectancy, This One Will Get You Thinking
Moving And Exercising - Health & Fitness Super Meta Index Links

• W.1.17. Food Information Center, U.S. Department of Agriculture (USDA)
http://www.nal.usda.gov/fnic/

FNIC Databases (molto interessanti)
Food and Nutrition Software and Multimedia Programs
Healthy School Meals Training Materials

Nutrition Education and Training (NET)
USDA / FDA Foodborne Illness Educational
USDA / FDA HACCP Training Programs
WIC-Developed Nutrition Education Materials

• W.1.18. Health Links
http://www.ntl.sympatico.ca/healthyway/LISTS/B2-C35-02_res1.html

Contiene il seguente menu:
For Conditions & Diseases: Eating Disorders: Obesity
American Society for Bariatric Surgery
Australasian Society for the Study of Obesity
Health Information About Fatness
North American Association for the Study of Obesity
A Contemporary Look at The Proper Diagnosis
Swedish Association of Overweight People
The Science of Obesity and Weight Control
UCLA School of Medicine: University Obesity Center

• W.1.19. Heart Association
http://www-cgi.cnn.com/HEALTH/9806/01/obesity.heart/index.html

Contiene una serie di statements della American Heart Association sull'importanza dela peso come fattore di rischio cardiovascolare. Es:

"Obesity has long been considered a major health risk, and the American Heart Association agreed, adding it to its list of major risk factors for heart disease and heart attack"
"Obesity itself has become a lifelong disease, not a cosmetic issue nor a moral judgment, and it is becoming a dangerous epidemic," said Dr. Robert H. Eckel, vice chairman of the AHA's Nutrition Committee.

• W.1.20. International Obesity Task Force
http://www.rri.sari.ac.uk/iotf/

• W.1.21. International Task Force for Coronary Heart Disease
http://www.CHD-TASKFORCE.com/

The official web site of the International Task Force for Prevention of Coronary Heart
Contiene il seguente menu:
Coronary Risk Assessment
PROCAM Risk Calculator
Worldwide, cardiovascular diseases PROCAM Neural Network Analysis
The role of the Task Force is to Practical Aid to CHD Prevention
An educational document: Coronary Heart Disease: Reducing the risk. The primary and secondary prevention of coronary herat dicsease - A woldwide View.

• W.1.22. Lowering Cholesterol
http://rover.nhlbi.nih.gov/chd/

È un sito del NHLBI: How You Can Lower Your Cholesterol Leve - National

Cholesterol Education Program

• W.1.23. Medline
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/

Consente di fare qualsiasi ricerca bibliografica con accesso alla più famosa banca scientifica senza alcuna spesa

• W.1.24. MeSH Browser Help
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/meshbrowserhelp.html

Consente di utilizzare le chiavi per una migliore ricerca su Meldline

• W.1.25. New England Journal of Medicine
http://www.nejm.org/content/index.asp

• W.1.26. NAAFA
http://ic.net/~karle/naafa/naafa.html

È un sito della National Association to Advance Fat Acceptance, una associatione di soggetti con Obesità

• W.1.27. NAASO
http://naaso.org/

È il sito della North American Association for the Study of Obesity

• W.1.28. National Diabetes Education Program
http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/ndep/ndep.htm

The National Diabetes Education Program (NDEP) is a federally sponsored initiative that involves public and private partners to improve the treatment and outcomes for people with diabetes, to promote early diagnosis and ultimately to prevent the onset of diabetes.

The NDEP fact sheet outlines the program's goal, objectives, key strategies, and upcoming activities, as well as how organizations can get involved with the program.

The NDEP's public awareness campaign "Control Your Diabetes. For Life." encourages people with diabetes to control their blood sugar levels.

NDEP Guiding Principles for Diabetes Care: For People withDiabetes describe the key points of good diabetes care and are written for people with diabetes and their family members.

NDEP Guiding Principles for Diabetes Care: For Health Care Providers describe the essential components of quality diabetes treatment and are written for health care providers.

• W.1.29. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)
http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/nhlbi.htm

The NHLBI is a part of the Federal Government's National Institutes of Health. We are pleased to provide you with information about our research and educational activities. Il sito contiene le NIH Clinical Guidelines on Overweight and Obesity

• W.1.30. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)
http://www.niddk.nih.gov/

• W.1.32. NIDDK Web Site Frequently Asked
http://www.niddk.nih.gov/tools/faq.htm

Si troverà la risposta alle domande più frequentemente poste:

What is NIDDK?
Where can I locate foreign language health education materials?
Where can I get a meal plan or nutrition advice for my disorder?
What is the National Diabetes Information Clearinghouse?
What is the National Diabetes Education Program?
What is the National Digestive Diseases Information Clearinghouse?
What is the National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse?
What is the Weight-control Information Network (WIN)?
How do I obtain hormones for my research?
How do I apply for funding for my biomedical research?
How do I contact an NIDDK staff member about a grant application?
How do I apply for a summer position in a lab at the National Institutes of Health?
How can I enroll in a clinical trial at NIDDK?

• W.1.31. NIDDK Site Map
http://www.niddk.nih.gov/tools/map.htm

Menu:

NIDDK's Mission - History of NIDDK - NIDDK's Organizational Structure
What's New at NIDDK - News Releases - NIDDK Health Information
Diabetes - Digestive Diseases - Endocrine & Metabolic Diseases
Kidney Diseases - Nutrition and Obesity - Urologic Diseases
Combined Health Information Database - NIDDK Education Programs

• W.1.32. NIDDK: Understanding Adults Obesity
http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/unders.htm

• NIH Clinical Guidelines
http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/nhlbi.htm

“On the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesiti in Adults 1998”

• W.1.33. NIH Clinical Guidelines
http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/cardio/obes/prof/guidelns/ob_home.htm

• W.1.34. NIH Web Search
http://search.info.nih.gov/

• W.1.35. NIH Home Page
http://www.nih.gov/

• W.1.36. Nutrition’s Bookmark
http://newtrition.com/bkmrks.htm

• **W.1.37. Obesità. Teorie, ricerche, linee guida**
http://www.ianus.cineca.it/venus/ionio/open/obesita.htm

Contiene il seguente menu:

I. Prima Parte: Dalle statuette paleolitiche muliebri steatopigie al modello cognitivo del Behavior
II. Seconda Parte: Dagli strumenti aggressivi incruenti alla Psico-educazione
III. Terza Parte: Verso il 2000. L'integrazione delle professionalità.
La formazione. L'Educazione cognitiva
IV. Gli indici e tre strumenti didattici
V. Le Appendici: Come costruire un Modello Educativo
VI. Bibliografia di servizio

• **W.1.38. Obesity Position from AACE**
http://www.aace.com/clin/guides/obesupdate.html

Clinical Guidelines Amendment to AACE/ACE Obesity Position Statement
The American Association of Clinical Endocrinologists and The American College of Endocrinology

• **W.1.39. Obesity Meds and Research News**
http://www.obesity-news.com/omr6-97.htm#deschedule

Consente l'accesso ad una ampia gamma di informazioni

• **W.1.40. Obesity Management**
http://www.loop.com/~bkrentzman/obesity/obes.man.html

Contiene il seguente menu:

Obesity Management - How to Lose Weight and Keep it Off
Whats the best way to lost weight? - Exercise - Dieting
What Should You Weigh? - Helpers to Avoid - Many false hopes - Buzz Words

• **W.1.41. CINECA, Nettuno**
http://www.nettuno.it/navigare/

Consente un ampio accesso a motori di ricerca preparato dal Centro di Calcolo dell'Italia Nord-Orientale

• **W.1.42. Pharmaceutical Obesity Network**
http://pharminfo.com/disease/obesity/obesity_info.htm

• **W.1.43. Primary Care Teaching Module**
http://www.diennet.com/obesity.htm

Contiene il seguente menu:

Understanding Obesity and Weight Loss - Definitions
Health Consequences of Obesity - Etiology of Obesity
Indications for Weight Loss (Patient Selection) - Diet Therapy
Low carbohydrate diets - Vegetarian diets - Single-food diets
High carbohydrate diets - Very-low-calorie diets

Liquid diets - Prepackaged meals - Health consequences of dieting and weight loss
Effects of weight loss on morbidity and mortality
Effects of weight fluctuations - Metabolic rate - Exercise - Surgery
Behavior Modification and Social Support - Medications for treatment of Obesity

• W.1.44. Shape up America!
http://www.shapeup.org/

È un sito molto ampio ed esauriente sia per professionisti e ricercatore per per laici.

Just in time for the holidays! Shape Up America! announces its new Support Center. Pay us a visit if you want to learn more about the barriers to successful weight management and some practical solutions to help you overcome them.

Our website is designed to provide you with the latest information about safe weight management, healthy eating, and physical fitness. You can explore the different areas of our site by clicking on one of the links below.

If this is your first visit to our site, we suggest you start out by determining your Body Mass Index, or BMI, by visiting the BMI Center.

In Health & Fitness you can get an assessment of your fitness level and find out about different types of physical activity.

If you are a health professional, please visit the Professional Center or, if you are interested in how to improve your diet or increase your physical activity, visit our Library where you can view full-color versions of brochures discussing how to get started.

• W.1.45. Surginal Treatment for Morbid Obesity
http://isis.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/10txt.html

• W.1.46. Swedish Association of Overweight People
http://www.overvikt.se/oreng.html

• W.1.47. Understandig Obesity in Youth
http://www.americanheart.org/Scientific/statements/1996/1202.html

Welcome to the American Heart Association Web site: Medical/Scientific Statement

A Statement for Healthcare Professionals From the Committee on Atherosclerosis and Hypertension in the Young of the Council on Cardiovascular Disease in the Young and the Nutrition Committee, American Heart Association
Contiene il seguente menu:
Footnotes - Definition - Epidemiology - Morbidity - Etiology
Prevention and Treatment - Future Directions - References (77)

• W.1.48. Weight Control Professionals, Researches and Educators (Bibliografia ragionata al 199)
http://www.nal.usda.gov/fnic/pubs/bibs/topics/weight/prof.htm

These bibliographies are reviewed by experts and professionals in the field. They contain accurate nutrition information and are available nationwide. Opinions expressed in the publications do not necessarily reflect the views of the U.S. Department of Agriculture. Nutri-Topics are issued in three editions: Health Professional/Researcher, Consumer, and Educator.

• W.1.49. Welcome to Adipos
http://www.adipos.com/index.htm

ADIPOS is provided as a service of F. Hoffmann-La Roche, Basel, Switzerland and Roche Laboratories Inc., Nutley, New Jersey.

ADIPOS is a comprehensive database containing more than 6000 journal citations related to Obesity, its sequelae and treatment. To help you obtain appropriate information that may affect your patients' outcomes, the database connects you immediately to information on epidemiology, risk factors, comorbidities, treatment, nutrition, behavior modification and surgery and the outcomes associated with these interventions.

• W.1.50. WIN (Weight-Control Information Network)
http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/win.htm

È un sito curato dal NIDDK (molto importante)

The Weight-control Information Network (WIN) is a national information service of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases
WIN was established in 1994 to provide health professionals and consumers with science-based information on Obesity, weight control, and nutrition.

WIN produces, collects, and disseminates materials on Obesity, weight control, and nutrition.

- Publications, including fact sheets, and brochures, article reprints, and conference and workshop proceedings.
- Clinical Nutrition and Obesity Lecture Series Videos, taped lectures sponsored by NIDDK on nutrition and Obesity-related topics.
- Abstracts, including thousands of references to articles, books, and audiovisual and educational materials for health care professionals and consumers that are available as the weight control subfile on the Combined Health Information Database (CHID) at: http://chid.nih.gov
- WIN Notes, a quarterly newsletter for health professionals, features the latest information from NIDDK and other organizations on Obesity, weight control, and weight-related nurtitional disorders. Win Notes also lists resources available from other organizations and reports on the National Task Force on Prevention and Treatment of Obesity activities.

W.2. Indirizzi Utili

W.2.1. Italia e Europa

• SISO: Società Italiana per lo Studio dell'Obesità

Presidente Nazario Melchionda, Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia, Policlinico S. Orsola, Via Massarenti 9, 40138 Bologna
tel 051.305858 - fax 051.6364502
franci@med.unibo.it - melchionda@bo.nettuno.it
http://obesita-dca.cineca.it

• SIS.DCA: Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Presidente Massimo Cuzzolaro - fax 06.6861574

sis.dca.cp@pronet.it
http://obesita-dca.cineca.it

- **SIE: Società Italiana di Endocrinologia**
  Presidente Aldo Pinchera - fax 06.44240967
  c/o FA.SI Congress Viale Gorizia 24 - fax 006.8414496

- **SID: Società Italiana di Diabetologia**
  Presidente Riccardo Giorgino - fax 06.44240967
  sidwww@krenet.it • http://euliste.krenet.it/A/sidwww/sidinden.html

- **TFOI: Task Force Obesità Italia**
  Chairman Nazario Melchionda Melchionda, Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia, Policlinico S. Orsola, Via Massarenti 9, 40138 Bologna
  franci@med.unibo.it - melchionda@bo.nettuno.it - Fax 051.6364502
  http://obesita-dca.cineca.it

- **UICO: Unione Italiana Contro l'Obesità**
  Presidente Maria Rosa Bollea - fax 06.4440062
  bollea@med.uniroma2.it - Fax 06.3503661

- **ANSISA: Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione**
  Presidente Michele Carruba - fax 02.6436788
  carruba@imiucca.csi.unimi.it

- **ADI:Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica**
  Presidente M.A.Fusco
  Segreteria: Via Sallustio Bandini,10 - 00191 Roma fax 06 36306018
  WWW/offitel.net/adi

- **AILOBA: Associazione Italiana per la Lotta ai Disturbi del Comportamento Alimentare e della Regolazione del Peso Corporeo: Anoressia, Bulimia, Obesità**
  Presidente Lunardo Antonina - tel 0347.9177851 (ore 18.30-22.30)
  Via Vestri 9 40128 Bologna • ailoba@iperbole, bologna it

- **AGCM: Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM)[17]**
  tel 06.481621
  antitrust@agcm.it
  http://www.agcm.it/agcm-form.htm

- **INN: Istituto Nazionale della Nutrizione**
  fax 06.5031592
  damicis@inn.ingrm.it
  http://www.roma.ccr.it/agrital/INN.html

- **ISS: Istituto Superiore di Sanità**
  fax 06.49387118
  dancona@pop3.iss.it
  http://www.iss.it

- **EASO: European Association Study Obesity**

17: È l'Istituzione Governativa Italiana corrispondente alla Federal Trade Commission e alla Advertising Standards Authority inglese. Ha un ufficio specifico che si occupa della pubblicità ingannevole dal 1992

Presidente Jaap C. Seidel, National Institute of Public Health and Environmental Protection, NL - 3720 Bilthoven, The Netherlands
j.seidel@rivm.nl

- **OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità**
  inf@who.ch
  http://www.who.ch/ - http://www.rri.sari.ac.uk/iotf/who/

- **IOTF: International Obesity Task Force**
  Chairman W.P.T James Rowett Research Institute, Greenburn Road, Bucksbum, Aberdeen, AB21, 9SB, Scotland, UK
  jhj@rri.sari.ac.uk
  http://www.rri.sari.ac.uk/iotf/

- **SAOP: Swedish Association of Overweight People**
  fatpower@overvikt.se
  http://www.overvikt.se/oreng.html

W.2.2. USA

- **The American Dietetic Association**
  216 West Jackson Blvd., Suite 800, Chicago, IL
  http://www.eatright.org/

- **Calorie Control Council**
  5775 Peachtree-Dunwoody Road, Suite 500-G, Atlanta, GA

- **Center for Child and Adolescent Obesity**
  Dept. of Family and Community Medicine, University of California
  MU3 East, Box 0, San Francisco

- **Cooperative Extension, Iowa State University**
  103 Morrill, Ames, IA
  http://www.exnet.iastate.edu/Pages/pubs/Food.html

- **Federal Trade Commission**
  http://www.ftc.gov/speeches/azcuenaga/lima.htm]

- **Food and Nutrition Information Center, National Agricultural Library**
  ARS, U.S. Department of Agriculture, Room 304
  10301 Baltimore Ave., Beltsville, MD
  fnic@nal.usda.gov.
  http://www.nal.usda.gov/fnic

- **International Association for the Study of Obesity: IASO**
  iaso@m2i.co.uk
  http://www.rri.sari.ac.uk/iotf/iaso/

- **National Council Against Health Fraud**
  P.O. Box 1276, Loma Linda, CA 92354. (909) 824-4690 (located in California)

- **National Health Information Center**
  P.O. Box 1133, Washington, DC 20013. (800) 336-4797.
  Maryland (301) 565-4167.

- **National Maternal and Child Health Clearinghouse**

Health Resources and Services
2070 Chain Bridge Road, Suite 450 Vienna, VA

- **NAASO: North American Association for the Study of Obesity**
  http://naaso.org/
- **Shape Up America! (SUA!)**
  http://infosector.com/sua/ - suainfo@shapeup.org
- **The American Society for Clinical Nutrition**
  9650 Rockville Pike Bethesda, MD
  http://www.faseb.org/ascn/
- **Weight-Control Information Network, 1 WIN WAY**
  Bethesda, MD 20892-3665. (301)570-2177 or (800)946-8098.
  win@matthewsgroup.com
  http://www.niddk.nih.gov
- **Australasian Society for the Study of Obesity**
  http://www.med.monash.edu.au/medicine/mmc/asso/
- **Federacion Latinoamericana de Sociedades de Obesidad**
  http://www.rri.sari.ac.uk/iotf/oonet/flaso.htm

W.3. Periodici

- **W.3.1. International Journal of Obesity**
  International Association for the Study of Obesity. Macmillan Press, Ltd.
  Houndmills, Basingstoke, Hampshire, England
  http://www.stockton-press.co.uk/ijo/
- **W.3.2. Healthy Weight Journal**
  Healthy Living Institute, 402 S. 14th Street, Hettinger, ND
- **W.3.3. Journal of The American Dietetic Association**
  http://www.eatright.org/journal/
- **W.3.4. Obesity Research**
  North American Association for the Study of Obesity
  6400 Perkins Road, Baton Rouge, LA 70808.
  obesityresearch@naaso.org
  http://www.naaso.org/obres/
- **W.3.5. The Weight Control Digest**
  American Health Publishing Company
  P.O. Box 35328, Dept.30, Dallas
- **W.3.6. The American Journal of Clinical Nutrition**
  9650 Rockville Pike, Bethesda, MD
  http://gopher.faseb.org/ajcn/#contents - http://www.faseb.org/ajcn/

W.4. Programmi per il controllo del peso

W.4.1. Italia

• **1. SOS: Sovrappeso, Obesità e Salute**. Campagna Educazionale promossa dal Centro Studi per la Prevenzione e la Terapia dell'Obesità, Università di Milano

W.4.2. USA

• **1. The Balancing Act: Nutrition & Weight Guide**
Fourth Edition. Georgia G. Kostas. Dallas,
TX: Balancing Act. 1996. 320 pp

• **2. The Body Shop (weight control program for children and teens)**
Farmington Hills, MI: American Institute for Preventive Medicine. 1996. 400 pp.
Available from American Institute for Preventive Medicine, 30445 Northwestern Highway, Suite 350, Farmington Hills, MI

• **3. Healthy Heart Weight Management**
Nancy L. Schwartz. 1996. Available from Healthy Heart Weight Management,
5754 Merrill Mission Road, Papillion, NE

• **4. HUGS Facilitator Kit: Anti-Diet Lifestyle Program**
HUGS for Better Health. Available from HUGS International Inc.,
Box 102A, RR#3, Portage la Prairie, MB, Canada
lomichin@portage.net

• **5. Lightenup: an Adolescent Weight Management Curriculum**
Bethann Witcher. College Station, TX: Texas Agricultural Extension Service,
Texas A & M University System, 1994. 164 pp.

• **6. Mirror Mirror: a Resource Guide for Helping Adolescents Develop**
a Positive Body Image and Maintain a Healthy Weight. Chicago, IL
Education Dept., National Live Stock & Meat Board, 1992.
1 resource packet, 4 pamphlets, and 9 duplicating masters.
444 North Michigan Ave., Chicago, IL

• **7. My New Weigh of Life**
Madeleine Sigman-Grant. 1996. (Leader and Participant's Guides) 1 volume each.
Available from College of Agricultural Sciences, 112 Ag Admin. Building,
The Pennsylvania State University, University Park, PA

• **8. Now That You've Lost It: How to Maintain Your Best Weight**
Joyce D. Nash. Palo Alto: Bull Pub. Co. 1992. 228 pp.

• **9. SHAPEDOWN: Weight Management Program for Children and Adolescents**
Available from Distribution & Support, Balboa Publishing,
11 Library Place, San Anselmo, CA

• **10. Size Acceptance Packet**
Joanne P. Ikeda. Contains resources for assisting people with size acceptance.
Available from Cooperative Extension, Nutritional Sciences, Morgan Hall,
Room 9, University of California, Berkeley, CA

¾ Goal
È stata applicata la Piramide Integrata .....
prima di passare a metodi aggressivi?

X. Bibliografia Essenziale

ADA. Clinical Practice Recommendations 1998. Diabetes Care 21 (Suppl. 1), S1-S93. 1998.

Agency for Health Care Policy and Research's Clinical Practice Guidelines on Smoking Cessation. Fiore M.C. et al, Department of Health and Human Services, PHS, N° 18, 1996.

Allan J.D. New directions for the study of overweight. West J Nurs Res 20, 7-13, 1998.

• In this issue, three authors contribute to our knowledge of triggers or cues to weight-related behavior. Two of these authors focus on the effect of emotion on eating behavior. Popkess-Vawter, Wendel, Schmoll, and O'Connell (1998, in this issue) explicate reversal theory as a way to account for feelings and stress that trigger weight cyclers to overeat. Timmerman (1998, in this issue), in a study of nonpurge binge eaters, reports the relationship between caloric intake patterns and binge eating. Both researchers have added to our knowledge about triggers to eating behavior. Finally, Brink and Ferguson (1998), in their study of male and female successful dieters, add to the limited knowledge concerning triggers to weight loss. They describe reasons for deciding to lose weight among a population of successful underweight, normal weight, and obese dieters. Three authors contribute to the new weight research thrust of prevention. Two of the authors report the results of intervention studies. Reifsnider (1998, in this issue), in the only article on children, presents a follow-up study of a family-focused, community-based nursing intervention for growth-deficient, low-income Euro-American and Mexican American preschool children. Her work is an example of the context- and lifestyle sensitive prevention-focused studies needed in weight research. Ciliska (1998, in this issue) reports findings from a randomized trial of a psycho-educational intervention with obese healthy women aimed at increasing self-esteem and decreasing restrained eating patterns. Her work follows some new thinking in the area of weight control that recognizes the dangers of chronic dieting and proposes a focus on self-acceptance, better nutrition, regular physical activity, and the prevention of further weight gain triggered by chronic dieting (Brownell & Cohen, 1995). Walker (1998, in this issue), the third author, in a multiethnic study of new mothers, explores the concept of weight-related distress and associations of anthropometric and psychosocial variables with feelings about weight. Her work adds to our understanding about critical periods and risks for weight gain. Allan (1998, in this issue), in a study of African American, Euro American, and Mexican American women, reports women's explanatory models of overweight and the congruence of these models with professional models and recommendations for treatment for overweight. Her research contributes needed understandings of how high-risk populations view overweight, how participants' lifestyles and situations influence their ideas about weight, and how these perspectives influence efforts to control weight. Nursing needs to continue to refine and rethink what constitutes research on weight. This special issue offers some examples of scholars attempting to trailblaze new directions in nursing weight research. One thrust has been the significant attention on weight as a focus of investigation and not just as one of several health behaviors. A second and equally compelling area of inquiry has been the explicit attention directed to studying people of color, especially women, within the social context of their lives. Because ethnicity, social status, and gender are inextricably intertwined with health, one challenge is to try to understand weight issues through an ethnic, gender, and social status lens. Researchers who embrace this paradigm refuse to look at weight as a homogeneous condition but focus their attention instead on specific subgroups in the population without making middle-class Euro-Americans the norm. The number of researchers who are examining connections between ethnicity and social status and weight is growing. The complexity of weight-health promotion requires that we not only boldly examine weight in relationship to the individual in context but also explicate the macroenvironmental influences on weight. More needs to be done to translate findings from this body of research into better models

Allison DB. Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight related problems. Sage Publications, Thousand Osaks (CA), 1995.

Altschul A. Weight control: a guide for counsellors and their therapists. Praeger Publishers, NY, 1987.

American Health Foundation. Roundtable on Healthy Weight: Proceedings of an Expert Panel Discussion Held in New York (NY), September 10, 1994. Supplement to Am J Clin Nut 63 (3S), 409S-475S, 1996.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition DSM-IV™. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994 (trad. italiana) Milano, Masson, 1995.

Andersen R. Brownell K.D. Haskell W.L. The health & fitness club. Leader's guide. Administering a weight management program. American Health Publ Co, Dallas, 1992.

Australasian Society for Study of Obesity. Healthy Weight Australia. A National Obesity Strategy to increase the proportion of the Australian population who mantain a healthy weight throughout their lives, 1995 (manoscrutto non pubblicato).

Barlow D.H. Rapee R.M. Mastering stress. A life style approach. American Health Publ Co, Dallas, 1991.

Bar-Or O. Foreyt J. Bouchard C. et al. Physical activity, genetic, and nutritional considerations in childhood. weight management. Med Sci Sports Exerc 30, 2-10, 1998.

• Almost one-quarter of U.S. children are now obese, a dramatic increase of over 20% in the past decade. It is intriguing that the increase in prevalence has been occurring while overall fat consumption has been declining. Body mass and composition are influenced by genetic factors, but the actual heritability of juvenile obesity is not known. A low physical activity (PA) is characteristic of obese children and adolescents, and it may be one cause of juvenile obesity. There is little evidence, however, that overall energy expenditure is low among the obese. There is a strong association between the prevalence of obesity and the extent of TV viewing. Enhanced PA can reduce body fat and blood pressure and improve lipoprotein profile in obese individuals. Its effect on body composition, however, is slower than with low-calorie diets. The three main dietary approaches are: protein sparing modified fast, balanced hypocaloric diets, and comprehensive behavioral lifestyle programs. To achieve long-standing control of overweight, one should combine changes in eating and activity patterns, using behavior modification techniques. However, the onus is also on society to reduce incentives for a sedentary lifestyle and over-consumption of food. To address the key issues related to childhood weight management, the American College of Sports Medicine convened a Scientific Roundtable in Indianapolis.

Berg F.M. Health risks of weight loss. Healthy Living Institute, Hettinger (ND), 1994.

Björntorp P. Brodoff BN. Obesity. Lippincott, Philadelphia, 1992.

Björntorp P. Obesity: a chronic disease with alarming prevalence and consequences. J Intern Med 244, 267-269, 1998.

Blackburn G.L. Knaders B.S. Obesity: pathophysiology, psychology and treatment. Chapman and Hall, NY, 1994.

Blair S.N. Living with exercise. American Health Publ Co, Dallas, 1991.

Blair S.N. Haskell W.L. Ho P. et al. Assessment of habitual phisical activity by a seven-day recall in a community survey and controlled experiments. Am J Epidemiology 122, 794-804,1985.

Bosello O. Obesità. Kurtis, Milano, 1998.

Bosello O. Enzi G. Melchionda N. Obesità '92. Fisiopatologia, clinica e terapia. Edizioni Luigi Pozzi, Roma, 1993.

Bouchard C. The Genetics of Obesity. Boca Raton (FL), CRC Press Inc, 1994.

Bray G.A. Nutrient balance: new insights into Obesity. Int J Obesity 11 (Suppl 3), 83-95, 1987

Bray G.A. Obesity: Basic aspects and clinical applications. Med Clin North Am, vol 73, 1989.

Bray G.A,. Ryan D.H. Gordon D. Heidingsfelder S. Cerise F. Wilson K. A double blind randomized placebo controlled trial with sibutramine. Obes Res 4, 263-270, 1996.

Bray G.A. Obesity: a time bomb to be defused. Lancet 352, 160-161, 1998

Brownell K.D. The LEARN program for weight control. American Health Publ Co, Dallas, 1997 (7th Edition).

Brownell K.D. Fairburn C.G. Eating disorders and Obesity: A comprehensive handbook. Guilford Press, NY, 1995.

Brownell K.D. Diet, exercise and behavioural intervention: the nonpharmacological approach. Eur J Clin Invest 28 (Suppl 2), 19-22, 1998.

• Behaviour is an important factor in both the aetiology and treatment of obesity. Successful long term weight management ultimately depends on the ability of patients to change their behaviour patterns, particularly with regard to diet and exercise. Many patients find such changes extremely difficult to initiate and maintain. The failure to properly address behavioural modification is part of the reason why so many weight loss programmes cannot produce long-term weight loss, even though initial weight loss is often achieved with relative ease. Four examples of lifestyle changes are discussed in this paper: exercise; relapse prevention; the concept of a reasonable weight; and attribution theory. Behavioural therapy should be an integral part of a multifaceted approach for managing obesity and associated conditions, such as type II (non-insulin-dependent) diabetes.

Burton B.T. Foster W.R. Hirsch J. Van Itallie T.B. Health implications of Obesity: an NIH Consensus Development Conference. Int J Obes 9, 155-170, 1985

• A Consensus Development Conference on the Health Implications of Obesity was held in February 1985 at the National Institutes of Health in Bethesda, Maryland, USA. After presentations by 19 experts in relevant subject areas, a panel of 15 impartial senior level professionals presented their consensus of findings and recommendations. This paper summarizes the results of the conference and provides reference tables of body mass index (BMI) values and weight goals, along with nomograms of the BMI determined from height and weight scales, to show comparisons with weight goals. The goals are taken from two widely available tables of mortality data by weight. These reference aids are included to illustrate the potential clinical value of wider use of the BMI, as recommended in the conference.

Cannistra L.B. Davis S.M. Bauman A.G. Valvular heart disease associated with dexfenfluramine. N Engl J Med 337, 636, 1997.

Ching P.L. Activity level and risk of overweight in male health professionals. Am J Public Health 86, 25-30, 1996.

Ciliska D. Beyond dieting. Psycho educational intervention for chronically obese women: A non-dieting approach. Brunner/Mazel, NY, 1990.

Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report. National Institutes of Health. Obes Res 6 Suppl 2, 51S-209S, 1998.

Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: Executive Summary. Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults. Am J Clin Nutr 68, 899-917, 1998.

Committee on Medical Aspects of Food Policy**:** Working group on VLCD, The use of Very Low Calorie Diet in Obesity. DHSS Report 31, London HMSO, 1987.

Crepaldi G. Belfiore F. Bosello O. Caviezel F. Contaldo F. Enzi G. Melchionda N.. Sovrappeso, Obesità e salute. Consensus Conference Italiana: CCI S.O.S. ’91. Edizioni Luigi Pozzi, Roma, 1991.

Crepaldi G. Belfiore F. Bosello O. Caviezel F. Contaldo F. Enzi G. Melchionda N. Italian consensus conference - overweight, Obesity and health. Int J Obes 15, 781-790, 1991.

• On 5 and 6 April 1991, at the National Research Council (CNR) in Rome, a Consensus Conference on the relationship between overweight, obesity and health was held. The conference was sponsored by FATMA (Applied Project on Disease Factors of the CNR) and UICO (Italian Society for the Study of Obesity) with the purpose of establishing guidelines for health employees. The development of the conference followed the methodology set down by OMAR to obtain a rational and significant consensus on the answers to six basic questions prepared by the planning committee. The questions were the pivotal point of the conference and were brought to the attention of all the attendees and widely diffused among the medical community; they were proposed with the aim of giving an exhaustive definition of obesity, to investigate its relationship with mortality and morbidity, to highlight its social characterization, to indicate methods of evaluation and recommendations for weight loss, to select groups at risk, and to focus general guidelines for research. After the presentation of the state of

the art on 18 topics by experts in the field, the 22 members of the consensus panel, impartial experts from a vast area of the scientific community, discussed a draft document representing the answers to the questions, which was subsequently submitted to the 307 attendees, discussed and then approved. This paper is the definitive document of the Consensus Conference. The introduction explains the reasons which led to the decision to promote the conference six years after the one held in the United States. The methodology is then set out. The questions are answered in the form of recommendations and backed up by data and scientific evidence from the literature.

Crepaldi G. Belfiore F. Bosello O. Caviezel F. Contaldo F. Enzi G. Melchionda N. Consensus conference italiana: Sovrappeso Obesità e salute. Recenti Progressi in Medicina 82, 7, 8, 1991.

Davidson M.H. Hauptman J. DiGirolamo M. et al. Weight control and risk factor reduction in obese subjects treated for 2 years with orlistat: a randomized controlled trial. JAMA 281, 235-242, 1999.

DePue J.D. Maintenance of weight loss: a needs assessment. Obes Res 3, 241-248. 1995.

Dietz W.H. Pharmacotherapy for childhood Obesity ? Maybe for some. Obes Res 2, 54-55, 1994.

Dishman R.K. Advances in exercise adherence. Human Kinetcs, Champaign (Il), 1994.

Dornelas E.A. Wylie-Rosett J. Swencionis C. The DIET study: long-term outcomes of a cognitive-behavioral weight-control intervention in independent-living elders. Dietary Intervention: Evaluation of Technology. J Am Diet Assoc 98, 1276-81, 1998.

• To describe the long-term outcomes of a cognitive-behavioral weight-control intervention implemented in a community-based sample of independent-living, older adults. DESIGN: A quasi-experimental design was used to compare an intervention community with a wait-listed control community. Comparisons between the communities were made at 40 weeks (J Am Diet Assoc. 1994;94:37-42). The controlled trial ended at 40 weeks; then both communities received 2 years of intervention. Two-year data from both communities were combined and are presented in this article. Three-year outcome data from the initial intervention community were available and are also presented. SUBJECTS: A total of 247 overweight (> 4.5 kg of age-adjusted weight), older (mean age = 71 years) adults in 2 independent-living retirement communities participated in the study. INTERVENTION: The Dietary Intervention: Evaluation of Technology (DIET) study consisted of an intensive 10-week psychoeducational approach focused on lifestyle change, followed by a less intensive 2-year phase focusing on relapse prevention and maintenance of lifestyle changes. OUTCOME MEASURES: Physiologic and behavioral variables were analyzed at baseline and at 2 years after baseline. This article reports the combined 2-year outcome data from both retirement communities. Results of an additional follow-up 1 year after intervention was withdrawn are reported for the initial intervention community. STATISTICAL ANALYSIS: A within-subjects repeated measures analysis of variance design was used to test for significant changes in weight and lipid values over time. RESULTS: At 2 years, 70% of those who started the intervention remained actively enrolled. This group showed significant decreases in body mass index (-1.2, P < .001) and glucose level (-0.80 mmol/L, P < .001). Although high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) levels had increased at 40 weeks after baseline, this was not maintained at 2 years. At the 3-year follow-up, changes in body mass index and glucose level were maintained. APPLICATIONS/CONCLUSIONS: The purpose of this article was to describe the long-term outcomes of a community-based weight-reduction intervention for older adults. The findings may be of interest to clinicians who design community or worksite weight-reduction programs. Although the intervention was designed to be a low-intensity

Drent M.L. Larsson I. William-Olsson T. et al. Orlistat (RO 18-0647), a lipase inhibitor, in the treatment of human Obesity: a multiple dose study. Int J Obes 19, 221-226, 1995.

Editoriale 1. L'Obesità: una malattia orfana, ma con pesanti paternità e monumentali dimensioni. Necessità dello sviluippo di modelli di Educazione Integrata. QUON 1, 2, 1994.

Editoriale 2. L'Obesità: una malattia della cultura. QUON 1, 3, 1994.

Editoriale 3. I rischi, i paradossi ed i benefici della perdita di peso: una controversia. Necessità di regolamentazione e di standardizzazione per la Comunità Sanitaria e per l'Utenza. QUON 2, 1, 1995.

Editoriale 4. Processo al paziente. Assoluzione per insufficienza di prove, ma necessità di modelli educativi integrati. QUON 2, 2, 1995.

Editoriale 5. L'importanza della perdita di peso anche modesta. La lezione del Diabete di tipo 2. QUON 2, 3, 1995.

Editoriale 6. L'accreditamento dei programmi e delle strutture quale strumento di garanzia per il paziente obeso. QUON 3, 1, 1995.

Enright S.J. Cognitive behaviour therapy-clinical applications. BMJ 314, 1812-1816, 1997.

Epstein L.H. Family-based Obesity programs. In: Strategy Development Workshop for Public Education on Weight and Obesity. Office of Prevention, Education, and Control of National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health. Bethesda, Martland, 24-25, 1992.

Epstein L.H. Valoski A. Wing. R.R. McCurley J. Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children. JAMA 264, 2519-2523, 1990.

Epstein L.H. Family-based behavioural intervention for obese children. Int J Obes Relat Metab Disord 20 (Suppl 1), S14-21, 1996.

Fahlberg L.L. Fahlberg L.A. From treatment to health enhancement: Psychosocial considerations in the exercise components of health promotion programs. The Sport Psychologist 4, 168-179, 1990.

Fairburn C.G. Cooper Z. The Eating Disorder Examination (12th ed). In: Fairburn C.G. Wilson G.T. eds, Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. New York, Guilford, 1993.

Fairburn G.G. Wilson G.T. Binge eating. Nature, assessment, and treatment. Guilford Press, NY, 1993.

Fairburn C.G. Cooper Z. New perspectives on dietary and behavioural treatments for Obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 20 (Suppl 1), S9-13, 1996

Ferguson J.M. Ferguson C. Habits, not diets: the real way to weight control. Bull Publishing Co. (3rd ed), Palo Alto (CA), 1976.

Fitchet M. Shepherd G. Kelly F. Leutenegger E. Meta-analysis of weight loss in three sibutramine dose ranging studies. Int J Obes 20 (Suppl. 4), 156, 1996.

Ford E.S. Williamson D.F. Liu S. Weight change and diabetes incidence: findings from a national cohort of US adults. Am J Epidemiol 146, 214-222, 1997.

Foreyt J.P. Goodrick G.K. Living without dieting. Warner, NY, 1992.

Foreyt J.P. Poston W.S.2nd. What is the role of cognitive-behavior therapy in patient management? Obes Res (Suppl 1),18S-22S, 1998.

• This review summarizes the role of cognitive-behavior therapy (CBT) in obesity treatment. Although not a specific intervention per se, CBT is the systematic application of principles of social cognitive theory to modify behaviors that are thought to contribute to or maintain obesity. Most forms of CBT include the use of five strategies: self-monitoring and goal setting; stimulus control for the modification of eating style, activity, and related habits; cognitive restructuring techniques that focus on challenging and modifying unrealistic or maladaptive thoughts or expectations; stress management; and social support. The use of these strategies in comprehensive obesity programs has been helpful in improving short-term weight losses, but long-term success remains elusive, even though these strategies are predictors of long-term weight loss maintenance. Given that obesity is a chronic condition, not unlike hypertension or diabetes, CBT interventions will need to focus on broader treatment outcomes, such as improved metabolic profiles, quality of life, psychological functioning, and physical fitness. In addition, new methods for delivering CBT interventions should be explored, including home-based programs and combination with adjunctive pharmacotherapy delivered in primary care centers.

Fox K.R. A clinical approach to exercise in the markedly obese. In: Treatment of the seriously obese patient. Wadden T.A. Van Itallie T.B. eds, Guilford press, New York, 1992.

Frank A. A multidisciplinary approach to Obesity management: the physician's role and team care alternatives. J Am Diet Assoc 98 (10 Suppl 2), S44-48, 1998

The increasing perception of obesity as a disease is likely to encourage the presumption that obesity ought to be medicalized and managed in the format of a traditional disease model by the existing health care system. Many difficulties will arise from this approach because of factors such as the large numbers of affected patients, the inadequacy of health professionals' training, negative cultural views of obesity, and the inadequacy of financing (ie, health insurance) mechanisms. A series of conflicting expectations related to the services that can be provided by physicians will reinforce their reluctance to manage this disease. Much of the care of obese patients can, however, be provided by a nonphysician primary obesity care provider or team with the physician providing selected support services. Models of a modified team care system, using selected and specific nonphysician personnel and involving the patient in continuing management, may offer some new and effective options for the care of obese patients.

Garrow J.S. Obesity and related diseases. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1988.

Gormally J., Black S., Daston S., Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addictive Behaviour 7, 47-55, 1982.

Gortmaker S.L. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N Engl J Med 329,1008-1012, 1993.

Grundy S.M. Multifactorial causation of Obesity: implications for prevention. Am J Clin Nutr 67 (Suppl 3),563S-72S, 1998.

Han T.S. Tijhuis M.A. Lean M.E. Seidell J.C. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. Am J Public Health 88, 1814-1820, 1998.

• This study quantified the impairment of quality of life attributable to body fatness by using the standardized SF-36 Health Survey. METHODS: Tertiles of waist circumference and body mass index (BMI) in 1885 men and 2156 women aged 20 to 59 years in the Netherlands in 1995 were compared. RESULTS: The odds ratios and 95% confidence intervals of subjects with the largest waist circumferences, compared with those in the lowest tertile, were 1.8 (1.3, 2.4) in men and 2.2 (1.7, 2.9) in women with difficulties in bending, kneeling, or stooping; 2.2 (1.4, 3.7) in men and 1.7 (1.2, 2.6) in women with difficulties in walking 500 m; and 1.3 (1.0, 1.9) in men and 1.5 (1.1, 1.9) in women with difficulties in lifting or carrying groceries. Anthropometric measures were less strongly associated with social functioning, role limitations due to physical or emotional problems, mental health, vitality, pain, or health change in 1 year. The relationship between quality of life measures and BMI were similar to those between quality of life measures and waist circumference. CONCLUSIONS: Large waist circumferences and high BMIs are more likely to be associated with impaired quality of life and disability affecting basic activities of daily living.

Harold C.S. Karen B. Treatment of Obesity in the elderly. Holtmeier. American Family Physician 47, 1183-1189, 1993.

Hauptman J.B. Jeunet F.S. Hartmann D. Initial studies in humans with the novel gastrointestinal lipase inhibitor Ro 18-0647 (tetrahydrolipstatin). Am J Clin Nutr 55, 309S-313S, 1992.

Hollander P.A. Elbein S.C. Hirsch I.B. et al. Role of orlistat in the treatment of obese patients with type 2 diabetes. A 1-year randomized double-blind study. Diabetes Care 21, 1288-1294, 1998.

Himes J.H. Dietz W. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. Am J Clin Nutr 59, 307-316, 1994.

Hsu LK Betancourt S. Sullivan S.P. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. Int J Eat Disord 19, 23-34, 1996.

• OBJECTIVE: We interviewed 24 female patients who had undergone vertical banded gastroplasty (VBG) to examine what effect eating disturbances have on weight loss outcome after VBG. METHOD: Subjects were recruited from 120 patients who had undergone VBG in the last 3 1/2 years. Subjects were asked questions relating to past and present weight status, weight loss methods, eating behaviors, and psychiatric status. RESULTS: Eating disturbances before VBG in the form of binge eating disorder (BED), bulimia nervosa (BN), night eating syndrome, and drinking large quantities of fluids were very common (75%), and they tended to persist after VBG. Although VBG led to varying weight loss, some patients exhibited a weight regain as postoperative time increased. Patients currently diagnosed with an eating disturbance were more likely to exhibit weight regain than people without these disturbances.

VBG did not affect psychiatric status. DISCUSSION: VBG appears to be successful in producing weight loss in the morbidly obese, but less successful in altering eating behavior or psychiatric status. Future studies should aim to clarify the role of eating behavior in determining the outcome of bariatric surgery and examine whether treatments such as cognitive behavior therapy targeted specifically at the eating disturbance can improve surgical outcome.

International Obesity Task Force. IOTF News. The Newsletter of the International Obesity Task Force. Issue 1, 1997.

International Society of Hypertension Guidelines for the Menagement of Hypertension Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization. J. Hypertension 17, 151-183, 1999.

International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease. Coronary Heart Disease: Reducing the risk. The scientific backgrounf for primary and secondary prevention of coronary heart disease. A woldwide View. Nutr Metab Cardiovasc Dis 8, 205-271, 1998. Il documento è anche reperibile sul sito della Task Force http://www.chd-taskforce.com

Institute of Medicine. Committee to Develop Criteria for Evaluating the Outcomes of Approaches to Prevent and Treat Obesity. Weighing The Options. Criteria for Evaluating Weight-Management Programs. National Academy Press, Washington, DC, 1995.

James W.P. What are the health risks? The medical consequences of Obesity and its health risks. Exp Clin Endocrinol Diabetes 106 (Suppl 2), 1-6, 1998.

• It is important to establish what the medical view of obesity should be. An important step is the development of a standardised definition of obesity. The World Health Organisation (WHO) has proposed body mass index (BMI) as a simple measure of obesity. Whereas BMI has great clinical utility, it should be remembered that calculation of a raised BMI does not automatically indicate a high degree of adiposity. This is because BMI does not distinguish between weight due to excess fat, and weight due to a large mass of muscle or bone. Gender and age also have to be considered when evaluating BMI measurements. Obesity is related to many disorders, most of which are metabolic in origin. For example, hypertension and the adverse lipid profile associated with obesity increases the risk of coronary heart disease (CHD). There is also a profound association between obesity, particularly intra-abdominal adiposity, and the development of non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). Obesity has reached epidemic proportions. This is paralleled by an increasing incidence of NIDDM. There is no doubt that weight gain and obesity are major clinical problems, which need to be prevented and managed more effectively. This is essential, given the role of obesity in many of the chronic health problems affecting westernised societies.

Jeffery R.W. Wing R.R. Mayer R.R. Are smaller weight losses or more achievable weight loss goals better in the. J Consult Clin Psychol 66, 641-645, 1998.

• Weight losses and psychological well-being were examined at 30 months in 69 men and 61 women initially treated with behavior therapy as a function of (a) initial weight loss and (b) weight-loss goals. Initial weight losses were positively, not negatively, related to weight loss at 30 months. Weight loss goals did not predict short-term or long-term weight loss. People who reached weight goals had better long-term weight losses than those who did not, but this finding was largely due to differences in initial weight loss. Psychological well-being at 30 months was not related to initial weight losses or goals. Although correlational rather than experimental, these results do not support the hypothesis that obese patients should be encouraged to set lower weight-loss goals.

Jensen G.L. Rogers J.J. Obesity in older persons. Am Diet Assoc 98, 1308-1311, 1998.

• The prevalence of obesity among older persons is growing. This trend has adverse medical, functional, psychosocial, and health care resource consequences. Many obese older persons were obese middle-aged adults. A sedentary lifestyle may be the dominant contributing factor. Intervention should focus on moderate weight reduction through the modification of diet, exercise, and behavior. Improvements in health and quality of life can be achieved with moderate weight reduction. Strategies tailored to the older population will facilitate successful interventions. Dietitians must be key participants in the effort to raise awareness of obesity as a serious health concern for older persons. The focus must be on achieving a more healthful weight.

Jones S.P. Heath M.J. Long-term weight loss with sibutramine: 5% responders. Int J Obes 20 (Suppl. 4), 157, 1996.

Johnson W.G. Stalonas P.M. Weight no longer: Keep pounds off forever. Pelican Publ Co, Gretna (LA), 1981.

Karlsson J. Sjostrom L. Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of Obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe Obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 22, 113-126, 1998.

Kirschenbaum D.S. Weight loss throught persistence: Making science work for you. New Harbinger Publ, Oakland (CA), 1994.

Krauss R.M. Winston M. Fletcher B.J. Grundy S.M. Obesity: impact on cardiovascular disease. Circulation 98, 1472-1476, 1998.

Hill J.O. Peters J.C. Environmental contributions to the Obesity epidemic. Science 280,1371-1374, 1998.

• The current epidemic of obesity is caused largely by an environment that promotes excessive food intake and discourages physical activity. Although humans have evolved excellent physiological mechanisms to defend against body weight loss, they have only weak physiological mechanisms to defend against body weight gain when food is abundant. Control of portion size, consumption of a diet low in fat and energy density, and regular physical activity are behaviors that protect against obesity, but it is becoming difficult to adopt and maintain these behaviors in the current environment. Because obesity is difficult to treat, public health efforts need to be directed toward prevention.

LeBow M.D. Weight control: The behavioural strategies. J Wiley, 1981.

LeBow M.D. Adult Obesity therapy. Pergamon Press, 1989.

Linee Guida nell'Ipertensione Arteriosa. Ambrosioni E. Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna 1 (4), 24-25, 1998.

Lissner L. Lindroos A.K. Sjostrom L. Swedish obese subjects (SOS): an Obesity intervention study with a nutritional perspective. Eur J Clin Nutr 52, 316-322, 1998.

• OBJECTIVES: Swedish Obese Subjects (SOS) is a multidisciplinary project involving aspects of obesity ranging from description of the severely obese state to effects of surgical intervention on long-term mortality and morbidity. Dietary studies, which represent an integral part of SOS research activities, are the focus of this review. SUBJECTS AND METHODS: Due to the large number of obese subjects included in the SOS data bases (> 5000), an early priority of the project was to develop a dietary assessment method which: (i) described usual intake patterns; (ii) could be self-administered by subjects and rapidly processed; and (iii) was equally valid in obese and non-obese individuals. RESULTS: The SOS method has met these requirements and is now being completed by all subjects at baseline and during the intervention, and by a non-obese reference population. A number of dietary features distinguishing obese subjects have emerged, including: elevated intakes of energy and energy-percent fat; low consumption of alcohol, fruits and vegetables; high dietary disinhibition; frequent consumption of light meals and snacks; and night eating. In the surgical intervention group, a relatively high consumption of sweet foods was associated with better weight loss and maintenance. CONCLUSIONS: The SOS method appears to be less susceptible to obesity-related under-reporting than traditional dietary methods, and if the distribution of foods and nutrients can be assumed to be as unbiased as the energy intakes, this method should make it possible to capture associations between diet and obesity-related diseases in the future.

Melchionda N. Enzi G. Bosello O. Obesità '88. Fisiopatologia, clinica e terapia. Luigi Parma Editore, Bologna, 1990.

Mahoney M.J. Mahoney B.K. Permanent weight control: A total solution to the dieter's dilemma. Norton, 1976.

Manson J.E. Faich G.A. Pharmacotherapy of Obesity. Do the benefits outweigh the risk? N Engl J Med 335, 659-660, 1996.

McCarthy W.J. Orlistat and weight loss. Lancet 352, 1473, discussion 1474, 1998

McNeely W. Benfield P. Orlistat. Drugs 56, 241-249, discussion 250, 1998.

Melchionda N. L'Obesità. Evoluzione della Terapia. Management Multidimensionale a breve e lungo termine. Teorie, Ricerche e Linee Guida, edizioniPendragon, Bologna, 1996.

Melchionda N. Parenti M. Pasquali R. et al. Epidemiologia del sovrappeso e

dell'Obesità: Rapporti tra prevalenza e mortalità. In: Sovrappeso, Obesità e Salute. Consensus Conference Italiana: CCI S.O.S. '91, Crepaldi G. Belfiore F. Bosello O. Caviezel F. Contaldo F. Enzi G. Melchionda N. eds, Edizioni Luigi Pozzi, Roma, 133, 161, 1992.

NIH Technology Assessment Conference Panel. Consensus Development Conference. Methods for voluntary weight loss and control. Ann Intern Med 119 (7 Pt 2), 764-770, 1993.

NIH Consensus Development Conference Statement. Diet and exercise in noninsulin-dependent diabetes mellitus. December 1986. Nutrition 13, 89-94, 1997.

NIH Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesiti in Adults: The Evidence Report. 1998. [http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/ nhlbi.htm]

NIH Consensus Development Conference Statement on Gastrointestinal surgery for severe Obesity. Am J Clin Nutr 55 (Suppl 2), 615S-619S, 1992.

NutriMed. Patient Work Book. The behavioural cognitive therapy program. Robbard Corporation, NJ, 1990.

Ortega R.M. Andres P. Is Obesity worth treating in the elderly? Drugs Aging 12, 97-101, 1998.

• Obesity is associated with a range of health problems and affects an increasing number of people. However, the body mass index (BMI) that is associated with minimum mortality increases with age. Therefore, when a bodyweight loss programme is initiated, the possible benefits should be carefully measured against the potential risks. Elderly people with severe obesity, or those who have associated health risks such as hypertension or diabetes mellitus, are in greatest need of bodyweight control. The use of drugs may be advisable in some individuals, but the treatment duration should be short and administered under strict supervision. Many studies have shown that habitual, moderate physical activity and dietary improvement (i.e. moderating fat intake, avoiding micronutrient deficiencies and increasing fibre consumption) can be useful in achieving bodyweight control in the elderly. These measures are especially effective in improving nutritional status and may therefore be recommended in elderly individuals.

Pagano R. La Vecchia C. Overweight and Obesity in Italy, 1990-91. Int J Obes Relat Metab Disord 18, 665-669, 1994.

Perri M.G. Nezu A.M. Viegener B.J. Improving the long-term management of Obesity: theory, research, and clinical guidelines. J Wiley, NY, 1992.

Pi-Sunyer X.F. Obesity treatment: establishing goals, improving outcomes, and reviewing the research agenda. Plenum Press, NY, 1995.

Practice guideline for the diagnosis, prevention, treatment of Obesity in France. Groupe de Travail charge de la mise au point des "Recommandations pour le diagnostic, la prevention et le traitement des Obesites en France". Diabetes Metab 24 (Suppl 2), 10-42, 1998.

Rippe J.M. Hess S.J. The role of physical activity in the prevention and management of Obesity. Am Diet Assoc 98 (Suppl 2), S31-38, 1998.

• The United States is facing 2 major lifestyle-related epidemics that are intricately linked: an epidemic of obesity and an epidemic of inactivity. Multiple interactions exist between lack of physical activity and obesity. Increased physical activity lowers the risk of obesity, may favorably influence distribution of body weight, and confers a variety of health-related benefits even in the absence of weight loss. Physical activity is important for achieving proper energy balance, which is needed to prevent or reverse obesity. Not only is energy expended during physical activity, physical activity also has a positive effect on resting metabolic rate. Regular physical activity can improve body composition. Properly designed programs of physical activity may preserve or even increase lean muscle mass during weight loss. Physical activity has also been strongly associated with maintenance of weight loss. Physical activity that expends 1,500 to 2,000 kcal/week appears necessary to maintain weight loss. Numerous studies have shown that the combination of proper nutrition and regular physical activity is the most effective intervention for weight loss and maintenance of weight loss. Walking is the most convenient and logical way most obese persons can increase their physical activity. Physical activity

plays multiple roles in the prevention and treatment of obesity. Dietitians and other health care workers who treat obese patients should understand the role physical activity plays in comprehensive obesity treatment as well as how to incorporate a physical activity prescription in treatment plans for obese clients.

Rippe J.M. The case for medical management of Obesity: a call for increased physician involvement. Obes Res 6 (Suppl 1), 23S-33S, 1998.

• The United States is in the midst of an escalating epidemic of obesity. Over one-third of the adult population in the United States is currently obese and the prevalence of obesity is growing rapidly. By any criteria, obesity represents a chronic disease which is associated with a wide range of comorbidities, including coronary heart disease (CHD), Type 2 diabetes, hypertension and dyslipidemias. The comorbidities of obesity are common, occurring in over 70% of individuals with a BMI of > or = 27. In addition to obesity itself, excessive accumulation of visceral abdominal fat and significant adult weight gain also represent health risks. Physicians have an important role to play in the treatment of obesity. Unfortunately, the medical community has not been involved actively enough to help stem the major epidemic of obesity occurring in the United States. This article puts forth a proposed model for the treatment of obesity in clinical practice, including obtaining the "vital signs" of obesity, recommending lifestyle measures, and instituting pharmacologic therapy when appropriate. By utilizing a chronic disease treatment model, physicians can join other health care professionals to effectively treat the chronic disease of obesity. Relatively modest weight loss, on the order of 5-10% of initial body weight can result in significant health improvements for many patients and represent an achievable goal for most obese patients.

Robison J.I. Redefining success in Obesity intervention. The new paradigm. J Am Diet Ass 95, 422-423, 1995.

Rolls B.J. Shide D.J. Thorwart M.L. Ulbrecht J.S. Sibutramine reduces food intake in non-dieting women with Obesity. Obes Res 6, 1-11, 1998.

Rössner S. Obesity--as seen by the patient and his family. Exp Clin Endocrinol Diabetes 106 (Suppl 2), 27-28, 1998.

• Competence to treat obesity will become necessary for many physicians, particularly general practitioners (GPs), once new treatment strategies including drug treatment regimens and combinations have been adopted. This report describes the development of a training tool consisting of a videotape in five sections, an audience-driven interactive keypad system and a slide programme. These components can be combined in different ways and used for various audiences such as physicians, students and healthcare workers, but also for patients and relatives. The programme could also be used to assess educational progress. Seeing, in a realistic way, the situation of the obese patient and his environment may make physicians more willing to realise their commitment towards this group of patients whose needs for support and recognition have generally been neglected by the medical profession.

Rössner S. Childhood Obesity and adulthood consequences. Acta Paediatr 87, 1-5, 1998.

• The prevalence of obesity is increasing worldwide both for adults and children. Although obesity has underlying genetic causes, possibly explaining about 50% of the body weight variation, the dramatic recent increase must be due to behavioural reasons. Lifestyle questions must be addressed if new preventive and treatment strategies are to be developed. Since many obese children grow into obese adults with high risks for complications and a low quality of life, more aggressive treatment methods for the obese child could be envisaged.

Royal College of Psysicians. Principles of Management of Overweight and Obese patients with particular reference to the use of drugs. Royal College of Psysicians Working Party on Obesity Management, UK, 1997.

Russell C.M. Williamson D.F. Byers T. Can the year 2000 objective for reducing overweight in the United States be reached? A simulation study of the required changes in body weight. Int J Obes Relat Metab Dis 19, 149-153, 1995.

San Martino L. Caputo G. Cuzzolaro M. Studio psicometrico dell'obesità. In: Obesità, Bosello O. ed, Milano, Kurtis, 1998.

Sanavio E. Principi di intervento cognitivo-comportamentale. NIS, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1991.

Schlundt D.G. Hill J.O. Sbrocco T. Pope-Cordle J. Kasser T. Obesity a biogenetic or

biobehavioral problem. Int J Obesity 14, 815-828, 1990.

Scotish Intercollegiate Guidelines Network. Obesity in Scotland**.** Integrating Prevention with Weight Management. A National Clinical Guidline recommended for use in Scottland by the SIGN, 1996.

Second Report of the Expert Panel on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. National Cholesterol Education Program. Circulation 89, 1333-1445, 1994.

Seidell J.C. Societal and personal costs of Obesity. Exp Clin Endocrinol Diabetes 106 (Suppl 2), 7-9, 1998.

• The economic costs of obesity can be broken down into three levels: 1. DIRECT COSTS: Costs to the community, related to the diversion of resources to the diagnosis and treatment of diseases directly related to obesity, as well as the treatment of obesity itself. These costs have been estimated to vary between 1-5% of total healthcare costs for various countries. Usually, the cost of obesity alone has been calculated, although it is known that the costs associated with being overweight [body mass index (BMI) 25-30 kg/m2] are also substantial because of the large proportion of individuals involved. These constitute costs to the health service (visits to general practitioners, consultations with medical specialists, hospital admissions and medication). 2. SOCIETAL OR INDIRECT COSTS: These costs are related to the loss of productivity caused by absenteeism, disability pensions and premature death. There is a lack of good economic analysis on this subject, although research from Sweden, Finland and the Netherlands has clearly shown that obesity is associated with increased sick leave and disability pensions. 3. PERSONAL COSTS: Obese subjects may earn less than their lean counterparts because of job discrimination (related to the stigma associated with obesity, or due to diseases and disabilities caused by obesity). Many insurance companies (particularly life insurance) charge higher premiums with increasing degrees of overweight. Obesity is further related to poor physical functioning and limitations in daily life. Some of these require assistance or adaptations which may be costly for an individual. In conclusion, there is much indirect information that obesity and overweight contribute substantially to healthcare-related costs. Data on aspects such as societal costs and personal costs are too fragmentary to allow calculation of the expenses involved. An appropriate analysis of all costs associated with obesity is important in order to persuade responsible bodies to develop strategies towards the prevention and long-term management of obesity.

Shape Up America. Guidance for Treatment of Adult Obesity. 1996. [http://WWW.shapeup.org.sua], Gennaio 97.

SISA: Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi. Documento approvato dalla Consensus Conference Italiana su Ipercolesterolemia e Cardiopatia Coronarica. Aterosclerosi News, 1/2, 1996, ISSN 1123 1378.

Sjöström L. Rissanen A. Andersen T. et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. European Multicentre Orlistat Study Group. Lancet 352, 167-172, 1998.

• BACKGROUND: We undertook a randomised controlled trial to assess the efficacy and tolerability of orlistat, a gastrointestinal lipase inhibitor, in promoting weight loss and preventing weight regain in obese patients over a 2-year period. METHODS: 743 patients (body-mass index 28-47 kg/m2), recruited at 15 European centres, entered a 4-week, single-blind, placebo lead-in period on a slightly hypocaloric diet (600 kcal/day deficit). 688 patients who completed the lead-in were assigned double-blind treatment with orlistat 120 mg (three times a day) or placebo for 1 year in conjunction with the hypocaloric diet. In a second 52-week double-blind period patients were reassigned orlistat or placebo with a weight maintenance (eucaloric) diet. FINDINGS: From the start of lead-in to the end of year 1, the orlistat group lost, on average, more bodyweight than the placebo group (10.2% [10.3 kg] vs 6.1% [6.1 kg]; LSM difference 3.9 kg [p<0.001] from randomisation to the end of year 1). During year 2, patients who continued with orlistat regained, on average, half as much weight as those patients switched to placebo (p<0.001). Patients switched from placebo to orlistat lost an additional 0.9 kg during year 2, compared with a mean regain of 2.5 kg in patients who continued on placebo (p<0.001). Total cholesterol, low-density lipoprotein (LDL) cholesterol, LDL/high-density lipoprotein ratio, and concentrations of glucose and insulin decreased more in the orlistat group than in the placebo group. Gastrointestinal adverse events were more common in the orlistat group. Other adverse symptoms occurred at a similar frequency during both treatments. INTERPRETATION: Orlistat taken with an appropriate diet promotes clinically significant weight loss and reduces weight regain in obese patients over a 2-year period. The use of orlistat beyond 2 years needs careful monitoring with respect to efficacy

and adverse events.

Strategy Development Workshop for Public Education on Weight and Obesity, Bethesda, 1992. U.S. Detp. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 1994.

Stunkard A.J. Stellar E. Eating and its disorders. Raven Press, NY, 1984.

Stunkard A.J. Messick K.S. The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restrain, disinhibition and hunger. J Psychosom Research 29, 71-81, 1985.

Stunkard A.J. Wadden T.A. Obesity. Theory and treatment. Raven Press, NY, 1993.

Task Force Obesità Italia (TFOI). Perdere peso: come orientarsi. Criteri per la valutazione dei Programmi per il management del peso corporeo. Edizioni Pendragon, Bologna, 1997. Traduzione italiana di: Weighing The Options. Criteria for Evaluating Weight-Management Programs. National Academy Press, Washington, DC, 1995.

Task Force Obesità Italia (TFOI). Newsletter 1, 1997.

The Obesity Epidemic: A Mandate for a Multidisciplinary Approach. Proceedings of a roundtable. Boston, (MA), 1997. J Am Diet Assoc 98, S1-61, 1998.

Thompson J.K. Body Image Disturbance: Assessment and Treatment. Pergamon Press, NY, 1990.

Turret D.J. Austin R.C. Alexander J.K. Cardiorespiratory response of very obese subjects to treadmill exercise. J Lab Med 64, 107-116, 1964

Valverde M.A. Patin R.V. Oliveira F.L. Lopez F.A. Vitolo M.R. Outcomes of obese children and adolescents enrolled in a multidisciplinary health program. Int J Obes Relat Metab Disord 22, 513-519, 1998.

• OBJECTIVE: The study was designed to evaluate the impact of a multidisciplinary program on children and adolescents' weight control. DESIGN: Retrospective study regarding changes in relative weight of all patients treated regularly in an out-patient care public service between January 1992 and December 1993. SUBJECTS: 198 children and adolescents (108 girls and 90 boys; mean age: 9.25y; mean body mass index (BMI): 24.26 kg/m2, range 19.1-40.31). MEASUREMENTS: Anthropometric data collected at the visits were obtained until June 30 1994. BMI compared to reference data was used. Dual Photon X-ray Absorptiometry (DEXA) was used for 64 patients, to determine percent body fat. RESULTS: Relative weight at the last visit was significantly lower when compared with initial relative weight for the whole sample. Significantly better outcome of relative weight was obtained when six or more visits occurred for the whole sample, and for girls when the days' interval between visits was shorter than 52 d. Variables such as percent body fat, body shape at the first visit, family obesity pattern, length of obesity and pubertal stage, did not significantly influence the outcome of relative weight for the subjects during the treatment. CONCLUSION: Results obtained indicated that good outcomes can be obtained in a program using nutrition education focused on small modifications of eating habits in order to avoid excess energy intake. The best predictors of weight improvement for children and adolescents participating in the program were the higher frequency of visits and shorter intervals between them.

Van Gaal L.F. Broom J.I. Enzi G. Toplak H. Efficacy and tolerability of orlistat in the treatment of obesity: a 6-month dose-ranging study. Orlistat Dose-Ranging Study Group. Eur J Clin Pharmacol 54, 125-132, 1998.

Vanltallie TB. Waist circumference: a useful index in clinical care and health promotion. Nutr Rev 56, 300-302, 1998.

Yanovski S.Z. Binge Eating Disorder: current knowledge and future directions. Obes Res 1, 306-324. 1993.

Wadden T.A Van Itallie T.B. Treatment of the seriously obese patient. Guilford Press, NY, 1992.

Wadden T.A. Berkowitz R.I. Silvestry F. et al. The fen-phen finale: a study of weight loss and valvular heart disease. Obes Res 6, 278-284, 1998

• OBJECTIVE: To assess weight loss, as well as the prevalence of valvular heart disease, in 21

obese women who completed 2 years of treatment by fenfluramine and phentermine (fen-phen) in June 1997. RESEARCH METHODS AND PROCEDURES: Patients were 21 of 22 women who had completed a 1-year, open-label trial of fen-phen combined with lifestyle modification. This study describes the results of a second year of treatment. The presence of valvular heart disease, defined as aortic regurgitation of mild or greater severity and/or mitral regurgitation of moderate or greater severity, was assessed using two-dimensional, color Doppler and pulsed- and continuous-wave Doppler examinations. RESULTS: At 2 years, the 21 patients had a mean reduction in initial weight of 13.9 + 10.0%, which was significantly (p<0.001) smaller than their 1-year loss of 17.1 +/- 8.7%. Nine of 21 patients reported that they took fen-phen irregularly during the last 4 months of the study because of fears of developing health complications. These nine patients had a 2-year weight loss of 8.7 +/- 7.5%, compared with a significantly (p<0.04) larger loss of 17.6 +/- 10.5% for participants who reported taking medication regularly. Six of 20 (30%) patients met criteria for valvular heart disease. None of the six had signs or symptoms of this condition. DISCUSSION: Fenfluramine was withdrawn from the market on September 15, 1997 because of concerns that it was associated with valvular heart disease. The present findings are discussed in terms of the potentially favorable long-term benefits of combining lifestyle modification with weight loss medications that are both safe and effective.

Wadden T.A. Vogt R.A. Foster G.D. Anderson D.A.J. Exercise and the maintenance of weight loss: 1-year follow-up of a controlled clinical trial. Consult Clin Psychol 66, 429-433, 1998.

• This study reports results 1 year after treatment for 77 obese women who had been treated for 48 weeks by diet combined with supervised (a) aerobic exercise, (b) strength training, (c) aerobic plus strength training combined, or (d) no exercise. Mean (+/- SD) end-of-treatment weight losses for the 4 conditions ranged from 13.5 +/- 9.1 kg to 17.3 +/- 10.3 kg, but there were no statisticallysignificant differences among groups. Participants in all 4 conditions regained approximately 35% to 55% of their weight loss in the year after treatment; again, there were no significant differences among groups. Participants, however, who reported exercising regularly in the 4 months preceding the follow-up assessment regained significantly less weight than did nonexercisers.

Wadden T.A Frey D.L. A multicenter evaluation of a proprietary weight loss program for the treatment of marked Obesity: A five-year follow-up. Int J Eat Dis 22, 203-212, 1997.

• OBJECTIVE: The traditional goal of obesity therapy has been the reduction of body weight to an ideal standard. Patient difficulties, however, in reaching this goal have led to a reassessment of weight loss criteria. The Institute of Medicine of the National Academy of Sciences recently proposed that successful long-term weight loss be defined as the reduction of initial weight by 5% or more and the maintenance of this loss for at least 1 year. The present study used these criteria to evaluate the long-term efficacy of a proprietary weight loss program. METHODS: Patients were 621 persons who had completed a 26-week weight loss program that included 12 weeks of treatment by a very-low-calorie diet. They were recruited from a total of 1,283 eligible persons who had been treated at 36 clinics nationwide. Clinics were randomly selected to participate. Patients' weights were determined in telephone interviews initially conducted 2 years after treatment and then at yearly intervals through 5 years of follow-up. RESULTS: At the end of treatment, men achieved a mean reduction in initial weight of 25.5 +/- 1% and women 22.6 +/- 1%. Subjects regained substantial amounts of weight by the 2-year follow-up but 77.5% of men and 59.9% of women still maintained losses of 5% or more of body weight. At the 3-year follow-up, 53% of the original sample (of 621 persons) maintained losses of 5% or more and 35% losses of 10% or more. These trends were apparent 4 and 5 years after treatment but the dwindling sample sizes prevented definitive assessments. DISCUSSION: The findings showed that a program of lifestyle modification combined with the brief use of a very-low-calorie diet was associated with successful weight control in a substantial portion of patients several years after treatment. Long-term weight losses of 5% or more of initial weight are likely to be associated with improvements in health complications.

WHO. Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity: Report of the World Health Organization Consultation of Obesity. WHO, Geneva, 1997.

Willett W.C. Is dietary fat a major determinant of body fat? Am J Clin Nutr 67 (Suppl 3), 556S-562S, 1998.

• The percentage of energy from dietary fat is widely believed to be an important determinant of body fat, and several mechanisms have been proposed to account for such a relation. Comparisons of both diets and the prevalence of obesity between affluent and poor countries have been used to support a causal association, but these contrasts are seriously confounded by differences in physical activity and food availability. Within areas of similar economic development, regional intake of fat and prevalence of

obesity have not been positively correlated. Randomized trials are the preferable method to evaluate the effect of dietary fat on adiposity, and are feasible because the number of subjects needed is not large. In short-term trials, a modest reduction in body weight is typically seen in individuals randomly assigned to diets with a lower percentage of energy from fat. However, compensatory mechanisms appear to operate because in trials lasting > or = 1 y, fat consumption within the range of 18-40% of energy appears to have little if any effect on body fatness. Moreover, within the United States, a substantial decline in the percentage of energy from fat consumed during the past two decades has corresponded with a massive increase in obesity. Diets high in fat do not appear to be the primary cause of the high prevalence of excess body fat in our society, and reductions in fat will not be a solution.

Williams C.L. Kimm Sue Y.S. Prevention and treatment of childhood Obesity. In: Annals of the New York Academy of Sciences, New York (NY) The New York Academy of Sciences vol. 699, 1993.

Williamson D.F Pamuk E. Thun M. Flanders D. Byers T. Heath C. Prospective study of intentional weight loss and mortality in never smoking overweight white women 40-64 years aged Am J Epidemiol 141, 1128-1141, 1995.

Williamson D.F. Weight loss and mortality in persons with type-2 diabetes mellitus: a review of the epidemiological evidence. Exp Clin Endocrinol Diabetes 106 (Suppl 2), 14-21, 1998.

• Six epidemiological studies of weight loss and mortality in persons with diabetes are reviewed in this paper. One study found no relationship between weight loss and mortality, one study (published as an abstract) found that weight loss was associated with reduced mortality, and in two studies the results were mixed: in some groups weight loss was associated with increased mortality and in other subgroups weight loss was associated with reduced mortality. The most appropriate interpretation from this group of studies is that the relationship between weight loss and mortality in persons with diabetes is equivocal. None of these studies were designed to experimentally test the hypothesis that intentional weight loss increases survival in persons with diabetes. Because weight loss was not randomly assigned to the study participants, and because the reasons that the participants lost weight are not made clear, we can only conjecture about the potential confounding role that underlying illness plays in accounting for these results. In addition, the epidemiological evidence suggests that persons with diabetes are more likely than non-diabetics to experience both intentional and unintentional weight loss. This fact makes it especially difficult to cleanly separate the potentially opposing effects of intentional and unintentional weight loss in observational studies. Because of the important limitations and inconsistencies in the results of the studies reviewed here, the clinical community is left with little guidance on the relative role that intentional weight loss should play in the care of persons with diabetes, compared with better established treatments. Although better designed observational epidemiological studies are needed, the best test of the hypothesis that weight loss improves survival in persons with diabetes will come from randomised controlled trials.

Williamson D.A. Kelley M.L. Davis C.J. Ruggiero L. Blourn D.C. Psychopathology of eating disorders: A controlled comparison of bulimic, obese and normal subjects. J Consult Clin Psychol 53,161-166, 1985.

Wilson P. H. Principles and Practice of Relapse Prevention. Guilford Press, New York, 1992.

Workshop on Prevention and Treatment of Childhood Obesity. September 11-12, 1995. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 1996.

World Health Organization. Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity: Report of the World Health Organization Consultation of Obesity. WHO, Geneva, June 1997.

Zavoral J.H. Treatment with orlistat reduces cardiovascular risk in obese patients. J Hypertens 16, 2013-2017, 1998.

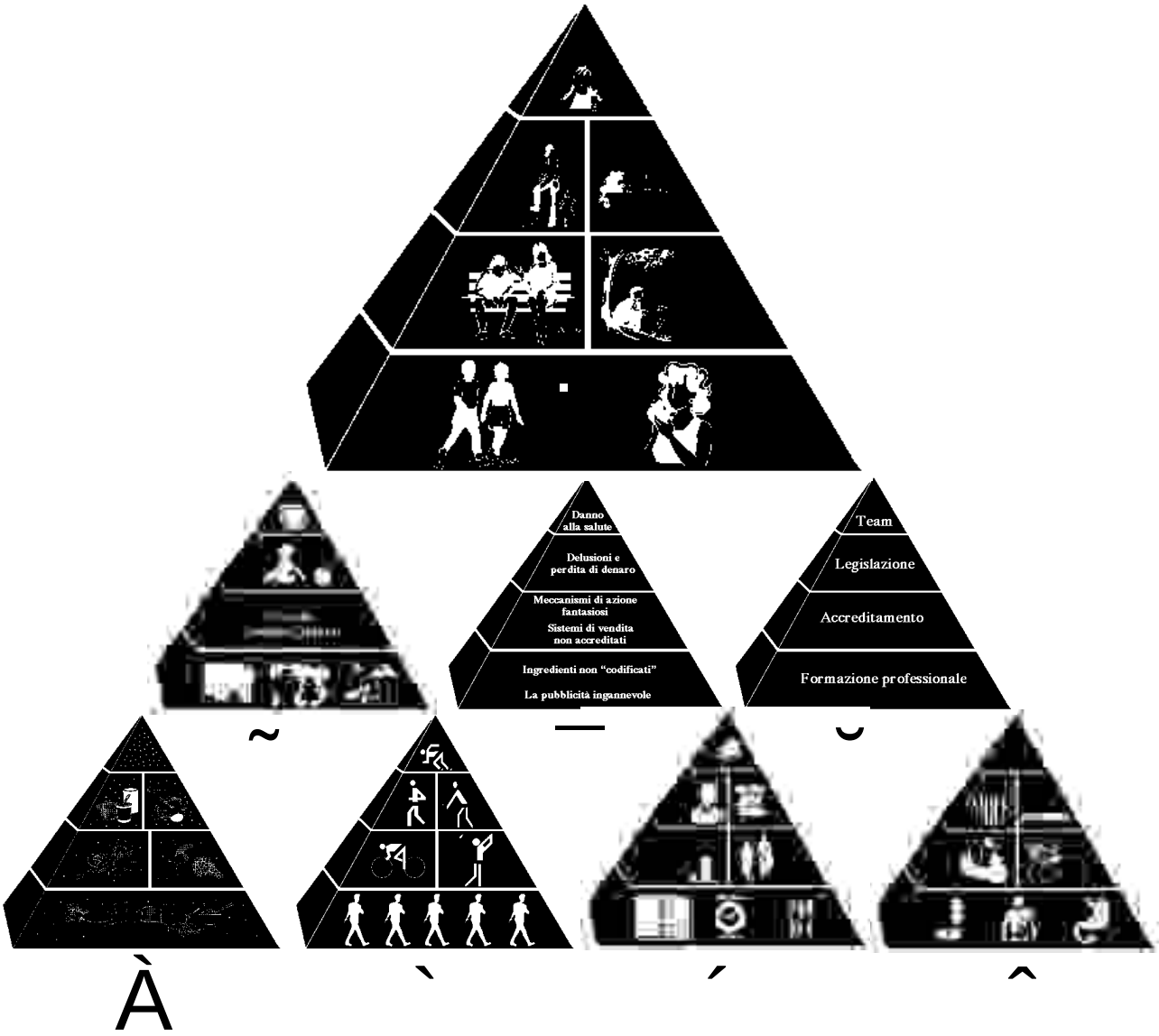
Tab. FT. Le percentuali segnalate nelle LiGIO'99

%	Evento verificato
99	- prevalenza dell'Obesità negli Indiani Pima e nei Nauru
80	- soggetti che riacquistano peso dopo perdita di peso
	- prevalenza dell'Obesità in donne oltre 60 anni
	- soggetti un cui l'aumento del peso ostacola una permanente sospensione del fumo
	- persistenza nell'età adulta dell'Obesità infantile
70	- perdita di massa grassa dopo perdita di peso
	- drop out dopo programmi commerciali per la perdita di peso
	- spiegazione genetica della variabilità del BMI
60	- persistenza dell'età adulta dell'Obesità esordita nell'età evolutiva
55	- calorie ottimali dei carboidrati della dieta
50	- drop-out dopo 6 settimane programmi commerciali
	- popolazione italiana con BMI <25
	- incremento in Europa dell'Obesità negli ultimi 5-7 anni.
	- mantenimento del peso perduto a 5 anni dopo vertical banded gastroplasty
39	- carenza di Vitamina B12 dopo by-pass gastrico
38	- reintervento per differenti ragioni dopo vertical banded gastroplasty
30	- responsabilità dell'Obesità infantile per l'Obesità dell'età adulta
	- goal grassi nella Dieta
	- mantiene il 10% della perdita di peso dopo 5 anni con cognitivo-comportamentale
	- binge eating disorder (BED) nell'Obesità
	- ripresa del peso perduto a 5 anni dopo vertical banded gastroplasty
	- complicanze dopo bay-pass digiuniéileale
20	- drop out in 80.000 soggetti in Norvegia dopo programmi commerciali
	- aumento del costo per la salute per BMI da 25 a 40 in Finlandia
24	- depressione dopo by-pass gastrico
23	- ernia in sede d'incisione dopo by-pass gastrico
15	- calorie da proteine nella dieta
	- rottura della sutura dopo by-pass gastrico
	- calorie da acidi grassi monoinsaturinella dieta
14	- bambini tra i 4 ed i 12 anni in eccesso ponderale
	- prevalenza dell'Obesità in popolazione adulta (BMI≥30)
13	- energia nella dieta da grassi di origine animale
	- gastrite dopo by-pass gastrico
	- aumento del peso di 12 kg dopo sospensione del fumo
12	- energia dieta da zuccheri semplici
	- mortalità dopo bay-pass digiuno-ileale
11	- colecistite dopo by-pass gastrico
10	- energia nella dieta da grassi di origine animale
	- energia nella dieta da acidi grassi saturicalorie totali
	- energia nella dieta da grassi polinsaturi
	- energia nella dieta da zuccheri semplici
	- problemi anastomotici dopo vertical banded gastroplasty
	- goal per la riduzione del peso
	- obiettivo prevenzione: riduzione di soggetti che sviluppano malattie associate all'Obesità
	- obiettivo prevenzione: incremento soggetti che mantengono riduzione ponderale modesta
8	- costo massimo della spesa sanitaria
7	- prevalenza dell'Obesità negli uomini (BMI ≥30) (dati ISTAT)
	- prevalenza dell'Obesità nelle femmine (BMI ≥30) (dati ISTAT)
	- trend secolare negli USA (1970-1991)
2	- costo minimo della spesa sanitaria:
	- perdita di peso con la sola attività fisica

J 9° IFT

La Piramide Integrata del Management

1. La Piramide Alimentare
2. La Piramide dell'Esercizio Fisico
3. La Piramide del Comportamento
4. La Piramide della Farmacoterapia
5. La Piramide della Prevenzione
6. La Piramide della "Diet Industry"
7. La Piramide del Futuro
8. La Piramide dello Stress



Y. Indice Analitico

A

Accreditamento xi; 84
Agcm 160
Agonisti Dopaminergici e Catecolaminergici 126
Agonisti Serotoninergici 126
Agonisti Serotoninergici e Catecolaminergici 127
AILOBA 160
Albero Probabilistico 139
Alcool xii; xiii; 53; 102; 104
Algoritmo 11; 13; 42; 44
Allattamento 47
American Association of Clinical Endocrinologists 157
American College of Endocrinology 157
American Diabetes Association 39; 152
American Dietetic Association 161
American Heart Association 20; 152; 154; 158
American Journal of Clinical Nutrition 152; 162
American Obesity Association 152
American Society for Bariatric Surgery 154
American Society for Clinical Nutrition 162
Amfepramone 126
Amfetamina 81
Amministratore della Salute iv; vi
Aneurisma dell'aorta addominale 39
Angina Pectoris 39
Angioplastica 39
Anoressia Nervosa 132
Ansia 126; 134
ANSISA 160
Antidepressivi Triciclici 134
Appendice 1 80
Appendice 2 84
Appendice 3 91
Appendice 4 97
Appendice 5 102
Appendice 6 108
Appendice 7 110
Appendice 8 113
Appendice 9 115
Appendice 10 125
Appendice 11 126
Appendice 12 131
Appendice 13 136
Appendice 14 139
Arteria Carotide 39
Arteriopatia Periferica 39
Associazione Nazionale Specialisti in Scienza Dell'alimentazione 160
Attività Fisica xii; 6; 7; 11; 14; 15; 20; 21; 22; 23; 24; 41; 42; 45; 46; 48; 50; 51; 56; 57; 58; 60; 61; 63; 65; 71; 87; 88; 104; 105; 111; 115; 119; 120; 136
Australasian Society for The Study of Obesity 154; 162
Auto-Efficacia 136
Auto-Monitoraggio 14; 61; 62; 116; 138
Auto-Rinforzo 117
Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato 160
Autostima 49; 57; 70; 83; 88; 100; 136

B

Banting 81
Bendaggio Gastrico 67; 68; 139:141; 143
Benzfetamina 65
Binge Eating Disorder 46; 62; 91; 93; 95; 98; 115; 132; 133; 178
BMI xiv; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 12; 18; 19; 31; 32; 35; 37; 38; 42; 43; 47
Body Mass Index 8
Brainstorming 62
Build and Blood Pressure Study iv
Bulimia Nervosa 132
Bupropione 74
By-Pass Gastrico 67; 68; 70; 139
Bypass Gastrico 141; 142; 143

C

Caffeina 65
Calcolosi Biliare xiii; xiv; 4; 9; 39; 50; 53; 69
Carbohydrate Craving 134
Carbossiesterlipasi 127
Cardiopatia Ischemica xv; 11; 14; 38; 45; 64
Catecolamine 64
Categorie di Evidenza 6; 7
Cause del Fallimento 46
Cefalea 126
Centre for Evidence Based Medicine 152
Ciarlatanerie vi; 80; 83; 84
CINECA 157
Circonferenza Addominale 6; 8; 11; 13; 19; 21; 33; 34; 36; 37; 38; 43; 44; 47; 52; 57
Classificazione dei Livelli Sierici dei Trigliceridi 42
Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 31; 35
Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 9; 11; 36; 37; 38
Classificazione Eziologica Vi
Classificazione Psichiatrica 132
Cloruro di Sodio 53
Cochrane Center iv; 5
Cocktail 66; 81; 82
Colesterolo-HDL 9; 16; 40; 57
Colesterolo-LDL 6; 9; 12; 16; 40; 103; 110
Comorbosità 6; 24; 38; 39; 70
Comorbosità Psichiatrica 94; 133; 134
Complicanze Postoperatorie 140
Complicazioni della Terapia Chirurgica 69
Consensus Conference Italiana v; iii; 168
Consensus Development Conference on Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity 68
Consensus Statements and Guidelines 151
Contatto Professionale Continuo 98; 120
Controllo degli Stimoli 14; 61; 118
Cooperative Extension 152; 161
Costo Socio-Economico xii
Criterio 1°. Confronto tra Programma e Utente 85
Criterio 2°. Caratteristiche e Validità del Programma 86
Criterio 3°. Risultati del Programma 88

D

Depressione 46; 65; 69; 134
Destrofenfluramina 24; 63; 64; 126

Diabete di Tipo 2 xiii; 4; 6; 12; 14; 17; 19; 31; 37; 39; 43; 45; 47; 57; 65; 68; 71; 81; 98; 110
Dichiarazione iii; vi; vii; xii; xv; 7; 27; 31; 33; 35; 37; 47; 49; 50; 51; 52; 55; 56; 57; 60; 63; 64; 66; 68; 69; 73; 74; 75; 80; 95; 101; 108; 114; 124; 132; 133; 135; 139; 140; 144
Diet and Exercise in NIDDM 152
Diet Center 87
Diet Industry v; x; 80
Dieta di Beverly Hills 81
Dieta di Hollywood 81
Dieta di I Grado 53
Dieta di II Grado 54
Dieta Ipocalorica 14; 22; 23; 52; 54; 63; 65
Dieta Ipolipidica 7; 20; 63
Dieta Scarsdale 81
Dietary Guidelines 153
Dietary Guidelines for Americas 153
Diete Fortemente Ipocaloriche 20; 52; 53
Dietilpropione 126
Digitale 81
Disabilità nel Vecchio 108
Disinibizione 91
Dislipemia 4; 14; 37; 45; 65; 110
Distribuzione Viscerale v
Disturbi del Comportamento Alimentare 91; 132
Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati 132
Diversione Bilio-pancreatica 139; 141
Doctor's Guide 153
Documento Riassuntivo V; *1*
Dopamina 64
DSM-IV 132; 166
Dumping Syndrome 69

E

EASO 160
Eating Disorder Network 153
Eating Disorder Related Websites 153
Economia e Merceologia degli Alimenti 98
Efedrina 65
Empatia v
Endocrinologia 97
Epidemiologia vii
Erbe Cinesi 81
Esercizio Fisico 5; 14; 58; 61; 74; 82; 87; 88; 89; 97; 104; 105; 107; 111; 136; 138
Estratti di Tiroide 81
European Association Study Obesity 160
Everet Koop 80

F

Falsi Ideologici 80
Famiglia vi; 48; 85; 89; 104; 105; 111; 112; 122
Farmaci xv; 64
Farmaci a Base di Erbe 66
Farmaci Anoressanti 64; 65; 126; 128
Farmaci Antipertensivi 9; 40
Farmaci Attivi sull'assorbimento 127
Farmaci per la Perdita di Peso 64; 65; 66; 67
Farmaci Serotoninergici 65
Farmaci Termogenetici 126; 127
Fattore di Rischio v; vi; xiii; 33; 40; 41; 43; 57; 111
Fattori Ambientali 102; 104; 110; 111
Fattori di Rischio iv; Vi; 8; 9; 10; 11; 14; 15; 18; 24; 26; 31; 33; 35; 37; 38; 39; 40; 41; 42; 43; 45; 46; 47; 57; 58; 65; 67; 68; 72; 73; 80; 85; 88; 100; 105; 106; 108; 110; 133
Fattori Eziologici v
Fattori Genetici iii; v
Federacion Latinoamericana de Sociedades de Obesidad 162
Federal Trade Commission 161
Fendimetrazina 65; 126
Fenfluramina 24; 63; 64; 126; 134
Fenilpropanolamina 74; 134
Fentermina 24; 63
Ferro 69
Fibre 127
Fibre di Tipo IIb 136
Fibre Tipo IIa 136
Fitness Cardio-Respiratoria 21; 22; 23; 56; 57; 138
Fitness Home Page 153
Fluoxetina 65
Fluttuazioni del Peso Corporeo 71
Folato 69
Follow-up xv; 23; 27; 31; 32; 67; 68; 69; 81; 98; 99; 120
Food and Drug Administration 24; 63; 67; 81
Food Guide Pyramid ii
Food Information Center 153
Framinghan xiv
Fratture Osteoporotiche 72
Frodi vi; 80; 81; 83; 84; 100
Fumo 9; 15; 26; 39; 40; 47; 73

G

Gastroplastica Orizzontale 143
Gastroplastica Verticale 67; 68; 139; 141
Gemelli 110
Genetics of Obesity 167
Gestione dello Stress 61
Glicemia 6; 9; 17; 40
Globalità Epidemiologica 114
Goal xxvii
Grassi Monoinsaturi 53
Grassi Polinsaturi 53
Grassi Saturi 53; 63
Grasso Addominale 8; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 33; 34; 37; 43; 52; 57
Grasso Corporeo Totale 8; 18; 31; 32; 36
Gravidanza 35; 47; 65

H

HbA1c 17
Health Management Resources 87
Healthy Weight Journal 162
Herbalife Slim 81

I

IASO 161
Ictus 4
Immagine del Corpo 131
Impedenziometria 31; 32
Indiani Pima iv; 103
Indice di Massa Corporea 4; 8
Infarto Miocardico 39; 40
INN 160
Insonnia 126
Insufficienza Renale 81
Insulino-Resistenza 41; 136
Integrazione delle Professionalità 97; 157
Integrazione tra Piramidi e Goal xxvii

Integrazione tra Piramidie Goal 197
Interdisciplinarità 97
International Association for the Study of Obesity 161
International Journal of Obesity 162
International Obesity Task Force v; vii; 151; 154; 161
International Task Force for Coronary Heart Disease 154
Internet 4; 81; 151
Intolleranza al Glucosio 41
Introduzione v
IOTF 161
Ipercolesterolemia 39; 41; 47; 52; 54
Ipertensione xiii; xiv; xv; 4; 9; 10; 14; 19; 34; 37; 38; 39; 40; 41; 43; 45; 47; 52; 65; 81; 98; 106; 110
Ipertensione Polmonare 64
Ipertrigliceridemia 10; 41
ISS 160
ISTAT xii; 113
Istituto Nazionale della Nutrizione xii; 160
Istituto Superiore di Sanità iv; v; 160

J

Jenny Craig 87
Journal of the American Dietetic Association 162

L

LEARN 167
Lesioni Valvolari 24; 63; 64
Lipasi Gastrica 127
Lipasi Pancreatica 127
Lipidi 12; 16
Lipoproteine 41
Litio 134
Locus of Control Interno-Esterno 136
Lowering Cholesterol 154

M

Malassorbimento 14; 66; 67
Malattia Sociale v
Malattie del Metabolismo 97
Malattie Psichiatriche 47
Management delle Contingenze 62
Management Multidimensionale 97; 99
Mandrake 81
Mantenimento del Peso 14; 22; 23; 25; 26; 43; 45; 46; 48; 50; 51; 52; 58; 62; 63; 64; 68; 71; 75; 89; 102; 119
Maycoba 103
Mazindolo 65
Media vi; x; 85
Medici di Medicina Generale iii
Medicina Interna 97
Medico di Medicina Generale iv; v; vi; xxvii; 45; 47; 51; 75; 86; 98; 99; 100; 101; 146; 151
Medifast 87
Medline 5; 141; 155
MeSH Browser Help 155
Metropolitan Life Insurance Tables 32
Ministero della Sanità xii
Minnesota Heart Health Program 104
Mistificazioni vi; 80; 83
Modelli Bio-Comportamentali 115
Modelli Biogenetici 115
Modello Cognitivo-Comportamentale 109; 115; 116; 120; 121; 122; 123; 124; 136; 138
Modello di Valutazione delle Opzioni 86
Modello Educativo 157
Modello Olistico 97
Modello Psico-Biologico-Sociale v; iii; 100
Morbidità 140
Morbosità iii; iv; vi; 8; 16; 18; 33; 35; 57; 68; 70; 71; 100; 102; 110
Mortalità iii; iv; Vi; 16; 18; 31; 33; 35; 38; 41; 57; 68; 70; 71; 100; 102; 108
Morte Improvvisa 40
Motivazione vi; 8; 10; 11; 23; 47; 62; 85; 116
Multidisciplinarità 97

N

NAAFA 155
NAASO 155; 161
National Academy of Sciences xi; 80; 84; 85; 86; 89; 104
National Agricultural Library 161
National Association to Advance Fat Acceptance 155
National Cholesterol Education Program 10; 39; 155
National Diabetes Education Program 155
National Heart, Lung, and Blood Institute 4; 5; 151; 155
National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 4; 5; 156
National Institutes of Health iii; iv; 5; 68; 80; 151
National Survey of Worksite Health Promotion 106
Nauruani iv
Neurolettici 134
New Direction 87
New England Journal of Medicine 155
NHANES iv; 33
Nicotina 74
NIDDK 159
NIDDK Site Map 156
NIDDK Web Site Frequently Asked 156
NIH Clinical Guidelines 156
NIH Consensus Development Conference 167
NIH Home Page 156
NIH Web Search 156
Nitrofenolo 81
Nomogramma 8; 32; 43
Norepinefrina 64
North American Association for the Study of Obesity 154; 155; 161
Nurses Health Study xiv

O

Obesità nel Bambino 110
Obesità Reattiva 134
Obesità Viscerale 33; 110
Obesità. Teorie, Ricerche, Linee Guida 157
Obesity Management 157
Obesity Research 162
Obiettivi della Perdita Di Peso 19; 48
Obiettivi della Prevenzione 103
Obiettivi di Tipo Cosmetico 65
OMS 160
Optifast 88
Organizzazione Mondiale della Sanità iv; v; vii; 160
Orlistat 14; 24; 63; 64; 66; 127
Osteoporosi 54
Overeaters Anonymous 87
Overweight 165

P

Palloncino Intragastrico 81
Patologia Cardio-Polmonare 26

Patologia Cardio-Vascolare 4; 6; 12; 19; 31; 35; 37; 39; 43; 56; 57; 65; 68; 74; 81
Patologia Osteo-Articolare xiii; 4; 9; 39; 110
Patologia Ostetrico-Ginecologica xiii; 9; 39
Perdita di Peso dopo i 65 Anni 72
Perdita di Peso Involontaria 72
Pharmaceutical Obesity Network 157
Piano Sanitario Nazionale iii; v; xii
Pillola Arcobaleno 81
Piramide Alimentare xxvii
Piramide Complessiva dei Goal xxvii; 186
Piramide del Comportamento xxvii
Piramide del Futuro xxvii
Piramide dell'Esercizio Fisico xxvii
Piramide della "Diet Industry" xxvii
Piramide della Farmacoterapia xvii
Piramide della Prevenzione xxvii
Piramide dello Stress xxvii
Piramide Integrata del Management xxvii
Pokeroot 81
Pregiudizi v; 88; 135
Pressione Arteriosa 6; 14; 16; 40; 64; 66; 67; 98; 103
Prevalenza iv; v; vi; vii; xii; 4; 72; 103; 104; 108; 110; 133
Prevalenza Cumulativa del Sovrappeso+Obesità vii
Prevenzione iii; iv; viii; 20; 26; 46; 52; 62; 75; 102
Prevenzione delle Ricadute 52
Prevenzione Mirata 107
Prevenzione Selettiva 106
Prevenzione Universale 104
Probabilità Condizionale 139
Probabilità Incondizionata 139
Problem-Solving 14; 61; 85
Progetto Finalizzato "FATMA" iv
Programma di Esercizio Fisico 136
Programmi Clinici 87
Programmi di Comunità 104
Programmi di Educazione Alimentare xii
Programmi di Modificazione dell'ambiente 106
Programmi Familiari 105
Programmi nel Luogo di Lavoro 106
Programmi nella Scuola 105
Programmi non Clinici 80; 87
Proteine Liquide 81
Psico-Educazione vi; 157
Psicofarmaci 128; 134; 135
Psicologo 98
Psicometria 95

Q

Quadro Lipidico 17; 110
Qualità della Vita 140
Quételet 125

R

Raccomandazione 7; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 27; 32; 34; 35; 37; 48; 49; 50; 51; 54; 55; 56; 58; 62; 63; 67; 70; 73; 75; 83; 89; 96; 100; 107; 108; 109; 112; 129; 138; 144
Randomized Clinical Trials 5
Razionali, Dichiarazioni, Raccomandazioni, Evidenze v; 29
Reflusso Gastroesofageo 142
Relazione Terapeutica 100
Restrizione 91
Rischio Cardio-Vascolare 146
Ristrutturazione Cognitiva 14; 62; 119
Ritmo della Perdita di Peso 49
RMN 33
Ruolo degli Operatori Sanitari 75

S

Samoani 103
SAOP 161
Scienza dell'alimentazione 97
Secchezza dDelle Fauci 126
Sedentarietà 10; 41; 111
Senso di Colpa v; vi
Serotonina 64
Set Point 115
Shape Up America! 80; 158; 162
Sibutramina 14; 16; 24; 63; 64; 65; 66; 127
SID 160
SIE 160
Sindrome Plurimetabolica 41
SIS.DCA 159
SISA 39
SISO 159
Sleep Apnea vi; xiii; 4; 14; 39; 45; 65; 68
Smoking Cessation 40; 165
Società Italiana di Diabetologia 160
Società Italiana di Endocrinologia 160
Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare 159
Società Italiana per lo Studio dell'Obesità 159
Sottopeso 9; 36
Stanford Five-City Project 104
Stanford Three-Community Study 104
Steatorrea 66
Stigma Sociale 135
Stipsi 126
Strategy Development Workshop for Public Education on Weight and Obesity 105
Stress xxvii; 9; 39; 61; 89; 115; 124; 150; 166
Studio EROS Iv
Studio INESE Iv
Studio Psicometrico 91
Stupidità vi; 80
Supporto Funzionale 118
Supporto Sociale 62; 117
Supporto Strutturale 117
Swedish Association of Overweight People 154; 158; 161

Y

TAC 33
Tachicardia 66; 126
Take Off Pounds Sensibly 87
Tappe della Perdita di Peso 49
Task Force Obesità Italia iii; iv; V; 80; 85; 160
Team iii; 55; 62; 69; 81; 97; 98; 100; 101
Tecniche di Rilassamento 61
Terapia Chirurgica 15; 24; 67
Terapia Comportamentale 7; 14; 15; 20; 22; 23; 24; 25; 26; 45; 46; 51; 53; 55; 60; 61; 62; 63; 65; 67; 75; 112; 115
Terapia Dietetica 12; 52
Terapia Farmacologica 7; 14; 23; 63; 111
Terapia Farmacologica nell'adulto 128
Terapia Farmacologica nell'anziano 129
Terapia Farmacologica nell'infanzia e nell'adolescenza 128
Terapia Farmacologica, ecc. v
Tessuto Muscolare 136
TFOI 160
The Weight Control Digest 162

Tolleranza al Glucosio 57
Training della Famiglia 111
Trend Secolare 114
Trigliceridi 6; 16; 57; 110
Tumori xiii; 4

U

U.S. Department of Agriculture ii; 153; 158; 161
UCLA School of Medicine 154
UICO 160
Ultra Slim Fast 87
Unione Italiana Contro L'Obesità 160

V

Valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità 31
Vertigine 126
Vitamina B12 69
Vitamine Liposolubili 64
Vomito 142

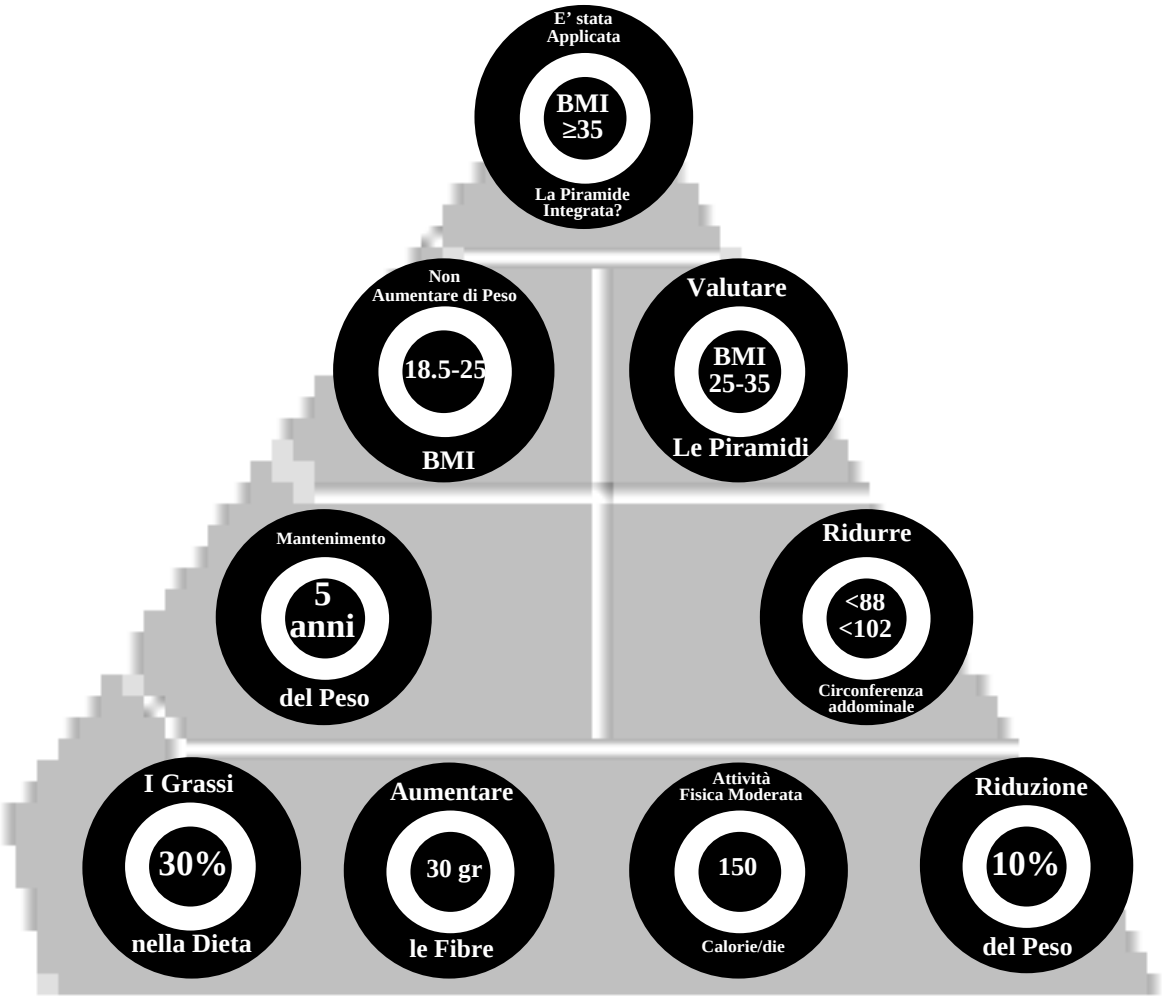
W

Weighing the Options 85
Weight Control 121; 122; 123; 151; 153; 154; 158; 159; 165; 167; 170; 173; 174; 177; 179
Weight Control Program 163
Weight Guide 163
Weight Management 151; 163; 166; 176
Weight Management Program 166
Weight Watchers 87
Weight-Control Information Network 159
Weight-Management 177
Welcome to Adipos 151; 159
WIN 159

J 10° IFT

La Piramide Complessiva dei Goal

1. Grassi: 30%
2. Fibre: 30 gr
3. Attività Fisica: 150 calorie/die
4. Perdita di Peso: 10%
5. Mantenimento del Peso: 5 Anni
6. Circonferenza Addomnale: <88 (F) - <102 (M)
7. BMI 18.5-25: Non Aumentare di Peso
8. BMI 25-35: Valutare le Piramidi
9. BMI ≥35: Hai Applicato la Piramide Integrata prima di .....?



Z. Sommario Automatico

J 1. IFT. La Piramide Alimentare ii

A. Prefazione iii

B. Indice Generale vii
Struttura testuale del Documento viii

I. Introduzione ix
Indice x
n I.A. La ripartizione della Responsabilità xi
p **D.**I.A xi
n I.B. La Consensus Conference Italiana xi
I.B.1. Le Premesse xi
I.B.2. Lo Svolgimento xii
I.B.3. I Quesiti xii
I.B.4. Le Risposte ai Quesiti xiii
1. Che cosa è l'Obesità xiii
a. Fattori eziologici xiii
b. Definizione della gravità xiii
c. Definizione della distribuzione xiii
2. Ha l'Obesità un effetto sulla morbosità xiv
a. Malattie associate e complicanze xiv
b. Il Sovrappeso è un fattore di rischio xiv
c. La distribuzione viscerale è un fattore di rischio cardio-vascolare? Sì xiv
d. L'Obesità riduce l'aspettativa di vita? Sì xiv
p **D.**I.B.4.2. xiv
3. È l'Obesità una Malattia Sociale? Sì xiv
I.B.5. Epidemiologia xv
1. Prevalenza cumulativa del Sovrappeso+Obesità xv
2. Prevalenza dell'Obesità (BMI ≥30) xv
p **D.**I.B.5 xv

n I.C. La International Obesity Task Force xv
I.C.1. Costituzione xv
I.C.2. Network xvi
I.C.3. Obiettivi xvi
I.C.4. Membri del Council xvii

n I.D. La Task Force Obesità Italia xvii
I.D.1. Costituzione e cooptazione dei Membri del Council Nazionale xvii
I.D.2. Membri del Consiglio Nazionale xviii
I.D.3. Obiettivi xviii
I.D.4. Attività svolta xix

n I.E. L'Obesità nel Piano Sanitario Nazionale xx
• **Tab. 1.** Percentuale di energia stimata dall'INN e obiettivi previsti dal PSN xx
p **D.**I.E xx

n I.F. Valutazione del costo dell'Obesità nella spesa sanitaria per la salute xx
I.F.1. Premesse xx
I.F.2. Revisione degli studi xxi
• **Tab. 2.** Costi economici dell'Obesità e delle malattie associate in alcune nazioni. xxii
• **Tab. 3.** Percentuale di rischio attribuibile alla popolazione (PAR%) di alcune patologie per categorie di BMI ... xxii
• **Tab. 4.** Costo diretto annuale (in miliardi di $ USA indicizzati al 1993) di soggetti con Diabete di tipo 2 xxiii

• **Tab. 5.** Percentuale di rischio popolazione-attribuibile (PAR%) per xxiii
Diabete di tipo 2 e costi stimati
p **D.**I.F.2..... xxiii

J **2° IFT. La Piramide dell'Esercizio Fisico**..... xxiv

n I.G. Indice Circostanziato.....xxv

n I.H. Iconografia xxxv
I.H.1. IFT. Illustrazioni fuori testo.....xxxv
I.H.2. I Goal xxxv
I.H.3. Figure xxxvi
I.H.4. Tabelle xxxvi

n I.I. Versione Pocket I

J **3° IFT. La Piramide del Comportamento**.....II

Indice III
Prefazione della Versione Pocket IV
I.I.1. Raccomandazioni.....V
I.I.2. Dichiarazioni IX

¶ **Goal. I Grassi nella Dieta 30%**..... XIII

• **Goal. Aumentare le Fibre. 30 gr**..... XIV

II. Documento Riassuntivo.....1

J **4° IFT. La Piramide della Farmacoterapia**.....2

Indice 3

n II.A. Introduzione 4
Inserto. Origine delle LiGIO'99.....4

n II.B. La metodologia di lavoro che ha condotto alla produzione delle NIH Guidelines.....5
II.B.1. Chi è a rischio?.....6
II.B.2. Perché trattare il Sovrappeso e l'Obesità?.....6
II.B.3. Quali sono i trattamenti efficaci?.....6

n II.C. Categorie di evidenza.....7
• **Tab. 6.** Criteri utilizzati per la definizione della categorie di evidenza 7
delle Dichiarazioni e delle Raccomandazion

n II.D. Linee Guida Cliniche. Valutazione e Trattamento.....8
II.D.1. Indice di Massa Corporea.....8
II.D.2. Circonferenza addominale.....8
• **Tab. 7.** Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità.....9
II.D.3. Stato del rischio.....9
1. Condizioni di malattia.....9
2. Altre malattie associate all'Obesità.....9
3. Fattori di rischio 9
4. Altri fattori di rischio.....10
• **Tab. 8.** Unità di BMI.....10
II.D.4. Motivazione 10
• **Tab. 9.** Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità.....11
II.D.5. Obiettivi della perdita di peso e della gestione del peso. 11
II.D.6. Strategie dirette a perdere peso e a mantenere il peso.....12
1. Terapia dietetica.....12
2. Attività fisica 12
u **Fig. 1.** Algoritmo.....13
3. Terapia comportamentale 14
4. Terapia combinata 14

5. Terapia farmacologica.....14
6. Terapia chirurgica.....15
II.D.7. Adattare i programmi per perdere peso ai bisogni di soggetti diversi.....15

n II.E. Sommario delle raccomandazioni basate sull'evidenza.....16
II.E.1. Vantaggi della perdita di peso 16
1. Pressione arteriosa.....16
l **R.**II.E.1.1.....16
2. Lipidi 16
l **R.**II.E.1.2.....17
3. Glicemia 17
l **R.**II.E.1.3.....18
II.E.2. Misurazione del grado di Sovrappeso e di Obesità.....18
1. Il BMI per la valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità.....18
l **R.**II.E.2.1.....18
2. Il BMI come strumento per la stima dei possibili rischi.....18
l **R.**II.E.2.2.....18
3. Valutazione del grasso addominale.....19
l **R.**II.E.2.3.....19
4. Parametri relativi al sesso.....19
l **R.**II.E.2.4.....19
II.E.3. Obiettivi della perdita di peso.....19
1. Obiettivo iniziale della perdita di peso a partire dal peso attuale.....20
l **R.**II.E.3.1.....20
2. Quantità della perdita di peso.....20
l **R.**II.E.3.2.....20
II.E.4. Come ottenere la perdita di peso 20
1. Terapia dietetica.....20
l **R.**II.E.4.1.a. 21
l **R.**II.E.4.1.b.....21
l **R.**II.E.4.1.c. 21
2. Attività fisica 21
a. Effetti dell'attività fisica sulla perdita di peso.....21
l **R.**II.E.4.2.a. 21
l **R.**II.E.4.2.b.....22
b. Effetti dell'attività fisica.....22
l **R.**II.E.4.2.c. 22
3. Terapia comportamentale 22
l **R.**II.E.4.3.a. 23
l **R.**II.E.4.3.b.....23
4. Riassunto della Terapia basata sullo stile di vita 23
l **R.**II.E.4.4.....23
5. Terapia farmacologica.....24
l **R.**II.E.4.5.....24
6. Terapia chirurgica.....24
l **R.**II.E.4.6.....25
II.E.5. Obiettivi del mantenimento della perdita di peso 25
1. Fase di mantenimento del peso.....25
l **R.**II.E.5.1.a. 25
l **R.**II.E.5.1.b.....25
l **R.**II.E.5.1.c. 26
II.E.6. Gruppi speciali di trattamento 26
1. Fumatori 26
l **R.**II.E.6.1.....26
2. Adulti anziani 26
l **R.**II.E.6.2.....27
3. Popolazioni diverse.....27
p **D.**II.E.6.3.....27

J 5° IFT. La Piramide della Prevenzione.....28

III. Razionali, Dichiarazioni, Raccomandazioni, Evidenze.....29

Indice 30

n III.A Riassunto 31
III.B Valutazione e Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 31
III.B.1. Valutazione del Sovrappeso e dell'Obesità 31
1. Determinazione del grasso corporeo totale 31
p **D.**III.B.1.1.a.....31
l **R.**III.B.1.1.b.....32
2. Determinazione del grado di Obesità addominale.....32
p **D**.III.B.1.2.a. 33
Istruzioni per la misurazione della circonferenza addominale (secondo il protocollo delle NHANES 33
u **Fig. 2.** Posizione del nastro per la misurazione della circonferenza addominale 34
l **R.**III.B.1.2.b.....34
III.B.2. Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 35
1. In relazione al BMI.....35
l **R.**III.B.2.1.a.....35
p **D.**III.B.2.1.b.....35
• **Tab. 10.** Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità 36
2. In base alla circonferenza addominale.....36
p **D.**III.B.2.2.a.....37
l **R.**III.B.2.2.b.....37

n III.C. Valutazione dello stato di rischio.....38
III.C.1. Determinazione dello stato di rischio relativo in base ai parametri di Sovrappeso e Obesità 38
• **Tab. 11.** Classificazione del Sovrappeso e dell'Obesità.....38
III.C.2. Identificazione di soggetti con rischio assoluto molto alto.....38
1. Malattia coronarica.....39
2. Presenza di altre forme di aterosclerosi 39
3. Diabete di tipo 2.....39
4. Sindrome della sleep apnea.....39
III.C.3. Identificazione di altre malattie associate all'Obesità.....39
1. Patologia ostetrico-ginecologica 39
2. Patologia osteo-articolare.....39
3. Calcolosi biliare.....39
4. Stress 39
Opzioni per la gestione dei fattori di rischio 39
III.C.4. Identificazione di fattori di rischio.....40
1. Fumo 40
2. Ipertensione 40
3. Colesterolo-LDL.....40
4. Colesterolo-HDL.....40
5. Alterata glicemia a digiuno.....40
6. Storia familiare di malattia coronarica prematura.....40
7. Età 41
III.C.5. Altri fattori di rischio.....41
1. Sedentarietà 41
2. Ipertrigliceridemia.....41
• **Tab. 12.** Classificazione dei livelli sierici dei trigliceridi.....42

n III.D. Strategie di valutazione e trattamento.....42
Box 1. Incontro con il soggetto.....42
Box 2. Anamnesi positiva per Sovrappeso con BMI.....42
Box 3. BMI valutato negli ultimi 2 anni.....42
Box 4. Misura di peso, altezza, circonferenza addominale 43

Box 5. BMI ≥25 o circonferenza addominale....43
Box 6. Valutazione dei fattori di rischio....43
Box 7. BMI ≥30 o (BMI 25-29.9 e circonferenza addominale....43
u **Fig. 3.** Algoritmo....44
Box 8. Medico e soggetto. Strategie e obiettivi 45
Box 9. Miglioramenti conseguiti/obiettivi raggiunti 45
Box 10. Cause del fallimento....46
Box 11. Consigli per il mantenimento....46
Box 12. Vuole il soggetto perdere il peso? 46
Box 13. Indicazioni al mantenimento del peso....46
Box 14. Storia di BMI 46
Box 15. Incoraggiamento....46
Box 16. Misurazione periodica del peso, del BMI....47

n III.E. Esclusione della terapia mirata alla perdita di peso....47

n III.F. Motivazione 47
p **D.**III.F.a. 47
l **R.**II.F.b....48

n III.G. Obiettivi della perdita di peso....48
III.G.1. Perdita di peso....49
1. Tappe della perdita di peso 49
p **D.**III.G.1.1.a....49
l **R.**III.G.1.1.b....49
2. Ritmo della perdita di peso 49
p **D.**III.G.1.2.a....50
l **R.**III.G.1.2.a....50
III.G.2. Mantenimento del peso 50
l **R.**III.G.2.a. 50
p **D.**III.G.2.b....51
p **D.**III.G.2.c. 51
l **R.**III.G.2.d....51
III.G.3. Prevenzione 52

n III.H. Strategie per perdere peso e per mantenere il peso....52
III.H.1. Terapia dietetica....52
p **D.**III.H.1.a. 52
• **Tab. 13.** La Dieta di I grado....53
l **R.**III.H.1.b....54
l **R.**III.H.1.c. 55
p **D.**III.H.1.d....55
p **D.**III.H.1.e. 55
p **D.**III.H.1.f....55
l **R.**III.H.1.h....56
III.H.2. Attività Fisica 56
p **D.**III.H.2.a. 56
p **D.**III.H.2.b....56
p **D.**III.H.2.c. 57
p **D.**III.H.2.d....57
1. Strategie per incrementare l'attività fisica....58
l **R.**III.H.2.1....58
• **Tab. 14.** Esempi di attività fisica....58
• **Tab. 15.** Durata delle varie attività fisiche per una spesa di 150 kcal 60
III.H.3. Terapia Comportamentale 60
p **D.**III.H.3....60
1. Strategie di terapia comportamentale utilizzate in programmi di perdita e 61
mantenimento di peso
a. Auto-monitoraggio 61
b. Gestione dello stress 61
c. Controllo degli stimoli....61

d. Problem-Solving.....61
e. Management delle contingenze.....62
f. Ristrutturazione cognitiva.....62
g. Supporto sociale.....62
2. Trattamento di soggetti con Obesità con disturbo da alimentazione incontrollata.....62
l **R.**III.H.3.2.....62
III.H.4. Terapia combinata.....63
p **D.**III.H.4.a. 63
l **R.**III.H.4.b.....63
III.H.5. Terapia farmacologica.....63
p **D.**III.H.5.a. 64
p **D.**III.H.5.b.....64
• **Tab. 16.** Farmaci per la perdita di peso.....65
p **D.**III.H.5.c. 66
p **D.**III.H.5.d.....66
l **R.**III.H.5.e. 67
III.H.6. Terapia chirurgica 67
p **D.**III.H.6.a. 68
p **D.**III.H.6.b.....69
p **D.**III.H.6.c. 69
• **Tab. 17.** Complicazioni della terapia chirurgica.....69
R.III.H.6.d.....70
Commento.I. Adattare i programmi per la perdita di peso alle necessità delle diverse popolazioni 70
Commento.II. La perdita di peso dopo i 65 anni.....72
p **D.**Commento II.a. 73
l **R.**Commento II.b.....73

n III.I. Sospensione del fumo.....73
p **D.**III.I.a.....74
l **R.**III.I.b.....75

n III.L. Ruolo degli operatori sanitari.....75
p **D.**III.L.a. 75
l **R.**III.L.b.....75

J 6° IFT. La Piramide della "Diet Industry" 76

IV. Appendici 77
Indice 78

n **Appendice 1. La "Diet Industry"**.....80
IV.1.1. Definizione della "Diet Industry.....80
p **D.**IV.1.....80
IV.1.2. Cronologia delle frodi 80
IV.1.3. Criteri di Valutazione. Linee guida per la valutazione delle frodi.....81
1. Tipologia del messaggio.....82
2. Tipo di programma.....82
3. Contenuti 82
4. Orientamenti mistici o fantasiosi.....82
5. Metodi per reperire i prodotti.....83
6. Possibili ragioni per fare attenzione ai prodotti della "Diet Industry".....83
l **R.**IV.1.....83

n **Appendice 2. Criteri per la valutazione delle strutture e dei programmi per perdere peso** 84
IV.2.1. Premesse. Necessità dell'accreditamento.....84
IV.2.2. Il Committee della National Academy of Sciences.....84
IV.2.3. Valutazione dei programmi e dei servizi per perdere peso.....85
1. Criterio 1°. Confronto tra programma e utente.....85
a. Situazione personale e fattori globali.....85

b. Dati biologici....85
c. Informazione e advertising....85
d. Esperienza del livello del successo....86
u **Fig. 4.** Modello di valutazione delle opzioni....86
2. Criterio 2°. Caratteristiche e validità del programma....86
a. Self-help....86
b. Programmi non clinici....87
c. Programmi clinici....87
3. Criterio 3°. Risultati del programma....88
a. Perdita di peso a lungo termine....88
b. Miglioramento dei fattori di rischio....88
c. Educazione nutrizionale e sanitaria....88
d. Monitoraggio degli effetti non desiderabili del programma....88
IV.2.4. Strumenti di valutazione pertinenti alla terapia....88
l **R.**IV.2....89

J **7° IFT. La Piramide del Futuro**....90

n **Appendice 3. Metodi di valutazione del Comportamento Alimentare**....91
IV.3.1. Studio del comportamento alimentare e dei suoi disturbi....91
1. Restraint Scale (RS)....91
2. Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)....91
• **Tab. 18.** Test per la valutazione del comportamento alimentare in soggetti con Obesità....92
3. Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ....92
4. Dieters Inventory of Eating Temptations (DIET)....92
5. Situation-Based Dieting Self- Efficacy Scale (SDS)....92
6. Situational Appetite Measure (SAM)....92
7. Craving Questionnaire....92
8. Yale Eating Pattern Questionnaire (YEPQ)....92
9. Test per la valutazione di disturbi del comportamento alimentare....93
• **Tab. 19.** Test per lo studio di Disturbi del Comportamento Alimentare in soggetti con Obesità....93
a. Bulimic Investigatory Test Edinburgh (BITE)....93
b. Binge Eating Scale (BES)....93
c. Eating Disorder Examination (EDE 12.0D)....93
IV.3.2. Studio della motivazione....93
• **Tab. 20.** Test per lo studio della motivazione alla dieta....94
1. Dieting Readiness Test (DRT)....94
2. Decisional Balance Inventory (DBI)....94
3. Eating Self Efficacy Scale (ESES)....94
VI.3.3. Valutazione di tratti di personalità e di sintomi psicopatologici....94
1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)....94
• **Tab. 21.** Test per lo studio di tratti della personalità e di sintomi psicopatologici....95
2. Derogatis Symptom Check List (SCL-90-R)....95
3 Beck Depression Inventory (BDI)....95
p **D.**IV.3.a....95
l **R.**IV.3.b....96
l **R.**IV.3.c....96

, **Goal. Riduzione del Peso. 10%**....96

n **Appendice 4. Chi deve curare l'Obesità?**....97
IV.4.1. Esiste una figura professionale specifica?....97
IV.4.2. Interdisciplinarità....97
IV.4.3. Configurazione di un team....97
1. Il follow-up 98
u **Fig. 5.** Percorsi per l'attuazione del management multidimensionale....99
IV.4.4. La posizione del medico di medicina generale....99
1. Necessità di un atteggiamento empatico....100
l **R.**IV.4.a....100

p **D.**IV.4.b. 101

„ **Goal. Mantenimento del Peso. 5 anni** 101

n **Appendice 5. La Prevenzione** 102
IV.5.1. Introduzione 102
IV.5.2. Successi ed Insuccessi degli interventi di Sanità Pubblica 102
IV.5.3. Razionale degli interventi di prevenzione.....102
IV.5.4. È possibile prevenire l'Obesità?.....103
IV.5.5. Obiettivi della prevenzione.....103
IV.5.6. Livelli di prevenzione.....103
1. Prevenzione universale.....104
a. Programmi di comunità.....104
b. Programmi nella scuola.....105
c. Programmi familiari 105
d. Programmi nel luogo di lavoro 106
e. Programmi di modificazione dell'ambiente.....106
2. Prevenzione selettiva 106
3. Prevenzione mirata.....107
l **R.**IV.5.....107

n **Appendice 6. La riduzione del peso nel soggetto anziano**.....108
l **R.**IV.6.a.....108
p **D.**IV.6.b. 108
l **R.**IV.6.c.....109

" **Goal Attività Fisica Moderata: 150 calorie/die** 109

n **Appendice 7. L'Obesità dell'Infanzia** 110
IV.7.2. Definizione di Obesità nel bambino.....110
IV.7.3. Prevalenza 110
IV.7.4. Rischi per la salute legati a Sovrappeso e Obesità nel bambino.....110
IV.7.5. Identificazione degli obiettivi. Quali i fattori di rischio 110
IV.7.6. Terapia 111
l **R.**IV.7.....112

» **Goal. Ridurre la Circonferenza Addominale. <88 - <102** 112

n **Appendice 8. Prevalenza dell'Obesità in Italia**.....113
IV.8.1. Bambini e Adolescenti.....113
IV.8.2. Adulti da 20 a 29 anni 113
IV.8.3. Adulti da 40 a 50 anni 113
IV.8.4. Anziani da 60 a 85 anni.....113
IV.8.5. ISTAT 113
p **D.**IV.8.....114

n **Appendice 9. Il Modello Cognitivo-Comportamentale**.....115
IV.9.1. Evoluzione del modello comportamentale primordiale.....115
IV.9.2. Le strategie del Modello Cognitivo-Comportamentale.....116
1. Valutazione della motivazione.....116
2. Obiettivo ragionevole di perdita di peso.....116
3. Auto-monitoraggio.....116
4. Obiettivi a breve e a lungo termine.....117
5. Tecniche di auto-rinforzo 117
6. Strategie per modificare l'ambiente esterno.....117
a. Supporto sociale.....117
b. Modificazioni del comportamento alimentare e tecniche di controllo degli stimoli.118
7. Strategie per modificare l'ambiente interno.....118
a. Aumentare la consapevolezza dei segnali biologici di fame e sazietà.....119
b. Ristrutturazione cognitiva 119
8. Strategie per il mantenimento del peso.....119
a. Contatto professionale continuo 120
b. Training sulle abilità.....120

c. Supporto sociale....120
d. Attività fisica....120
IV.9.3. Risultati ottenuti col Modello Cognitivo-Comportamentale....120
IV.9.4. Repertorio di manuali....121
1. Mahoney M.J. Permanent Weight Control....121
2. Johnson W.J. Weight no Longer....122
3. LeBow M.D. Weight Control....122
4. Dishman R.K. Exercise Adherence....122
5. LeBow M.D. Adult Obesity Therapy....122
6. Ciliska D. Beyond Dieting....122
7. NutriMed. The Behavioral Cognitive Therapy Program....123
8. Brownell K.D. The LEARN Program for Weight Control....123
9. Andersen R. The Health & Fitness club....123
10. Barlow D.H. Mastering Stress....124
11. Ferguson J.M. Habit Not Diets. The Secret to Lifetime Weight Control....124
p **D.**IV.9....124

... **Goal. BMI 18.5-25. Non Aumentare di Peso**....124

u **Fig. 6.** Il nomogramma per il calcolo del BMI....125

n **Appendice 11.Terapia farmacologica**....126
IV.11.1. Farmaci anoressanti....126
1. Agonisti dopaminergici e catecolaminergici....126
a. Dietilpropione....126
b. Fendimetrazina....126
2. Agonisti serotoninergici....126
a. Fenfluramina....126
3. Agonisti serotoninergici e catecolaminergici....127
a. Sibutramina....127
IV.11.2. Farmaci termogenetici....127
IV.11.3. Sostanze o farmaci attivi sull'assorbimento....127
1. Fibre....127
2. Orlistat (tetraidrolipostatina)....127
IV.11.4. Terapia farmacologica nell'infanzia e nell'adolescenza....128
IV.11.5. Terapia farmacologica nell'adulto....129
IV.11.6. Terapia farmacologica nell'anziano....129
l **R.**IV.11.....130

‰ **Goal. BMI 25-30. Valutare le Piramidi**....130

n **Appendice 12. Comorbosità e complicanze psicopatologiche**....131
• **Tab. 22.** Obesità, psicologia e psicopatologia. Concetti generali....131
IV.12.1. Disturbi dell'immagine del corpo....131
p **D.**IV.12.1....132
IV.12.2. Disturbi del comportamento alimentare....132
• **Tab. 23.** Criteri diagnostici per il Binge Eating Disorder....132
p **D.**IV.12.2....133
IV.12.3. Altri disturbi psichici....133
IV.12.4. L'Obesità può essere provocata da trattamenti psico-farmacologici....134
p **D.**IV.12.4....135
IV.12.5. Conseguenze psico-sociali dell'Obesità e del suo trattamento....135
IV.12.6. Trattamenti dell'Obesità e possibile insorgenza di disturbi psicopatologici....135
p **D.**IV.12.6....135

n **Appendice 13. Ottenere una migliore compliance per l'esercizio fisico**....136
IV.13.1. Premesse....136
IV.13.2. Presupposti per il miglioramento della compliance....136
1. Valutazione delle aspettative....136
2. Fornire una adeguata educazione....136
3. Criteri per la scelta....137
4. Prerequisiti....137
a. Test da sforzo....137

b. Timing 138
l **R.**IV.13. 138

n **Appendice 14. Riconsiderare le opzioni del modello chirurgico**.....139
IV.14.1. Premesse 139
p **D.**IV.14.1.....139
IV.14.2. Raccomandazioni e dichiarazioni delle NIH Guidelines 139
IV.14.3. Quesiti necessari per il processo decisionale 140
p **D.**IV.14. 3.....140
IV.14.4. Analisi della letteratura degli ultimi 5 anni.....141
1. Diversione bilio-pancreatica (BPD).....141
2. Bypass Digiuno Ileale (JIB).....142
• **Tab. 24.** Diversione Bilio-pancreatica.....142
• **Tab. 25.** Bypass Digiuno Ileale (JIB).....142
3. Bypass Gastrico Roux-en-Y (RGB) 142
4. Gastroplastica verticale (VBG).....143
• **Tab. 26.** Bypass Gastrico Roux-en-Y (RGB).....143
5. Gastroplastica Orizzontale (HRG).....143
6. Bendaggio Gastrico Regolabile (ASGB) 143
IV.14.5. Riconsiderazioni per il processo decisionale 144
p **D.**IV.14.5.a.....144
l **R.**IV.14.5.b. 144
• **Tab. 27.** Gastroplastica verticale (VBG).....145
• **Tab. 28.** Gastroplastica Orizzontake (HRG) 145
• **Tab. 29.** Bendaggio Gastrico Regolabile (ASGB).....145
IV.14.6. Un Paradigma.....146
IV.14.7. Bibliografia 147

K. Indice degli Acronimi 149

J 8° IFT. La Piramide dello Stress 150

W. Siti Internet di maggiore interesse, indirizzi e periodici.....151

W.1. Siti WWW 151
W.2. Indirizzi Utili 159
W.2.1. Italia e Europa.....159
W.2.2. USA 161
W.3. Periodici 162
W.4. Programmi per il controllo del peso 162
W.4.1. Italia 162
W.4.2. USA 162

¾ **Goal. BMI ≥35. È stata Applicata la Piramide Integrata..... .....** 164
prima di passare a metodi aggressivi?

X. Bibliografia essenziale 165

Tab. FT. Le percentuali segnalate nelle LiGIO'99 179
J 9° IFT. La Piramide Integrata del Management 180

Y. Indice Analitico 181

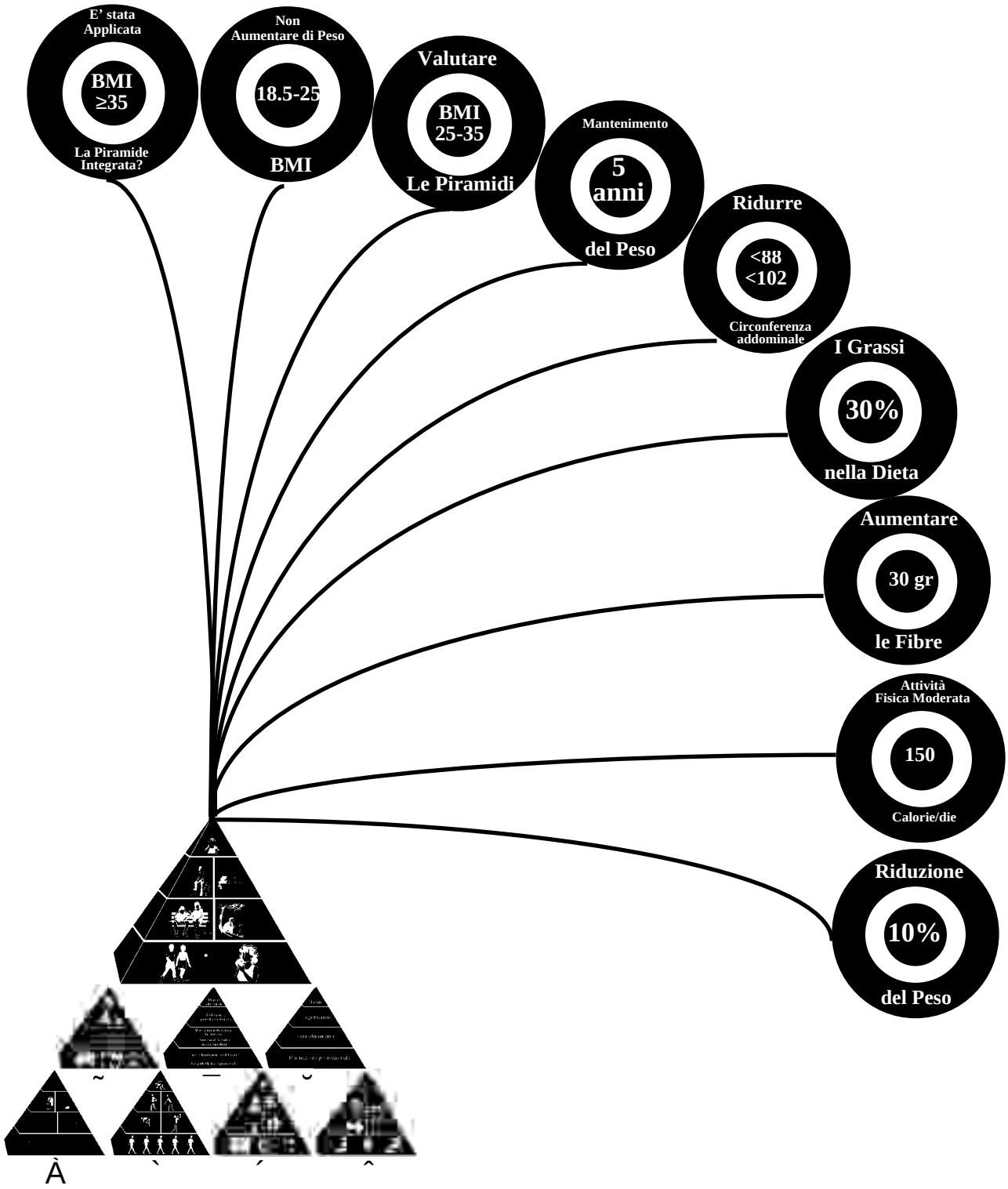
J 10° IFT. La Piramide Complessiva dei Goal.....186

Z. Sommario Automatico 187

J 11° IFT. Integrazione tra Piramidi e Goal.....197

J 11° IFT

Integrazione tra Piramidi e Goal



Riduzione
10%
del Peso
Mantenimento
5
anni
del Peso
LiGIO’99