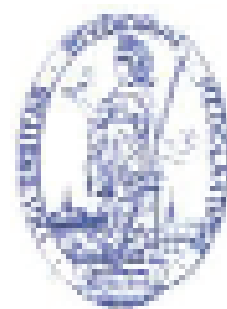




CENTRO DI STUDIO E RICERCA SULL'OBESITÀ
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE PRECLINICHE
LITA VIALBA, OSPEDALE L. SACCO, MILANO



OBESITÀ, SINDROME PLURIMETABOLICA
E RISCHIO CARDIOVASCOLARE:
CONSENSUS SULL'INQUADRAMENTO
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO



RACCOMANDAZIONI
PER LA PREVENZIONE,
LA DIAGNOSI E LA TERAPIA
DELL'ECCESSO DI PESO
E DELLE PATOLOGIE
AD ESSO ASSOCIATE

Con il patrocinio di



Ministero della Salute

OBESITÀ, SINDROME PLURIMETABOLICA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE:
CONSENSUS SULL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE, LA DIAGNOSI E LA TERAPIA
DELL'ECCESSO DI PESO E DELLE PATOLOGIE AD ESSO ASSOCIATE



SIIA

AMD

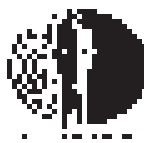


SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE

SIMI



SINU
SOCIETÀ ITALIANA
NEFROLOGIA



SIO
SOCIETÀ ITALIANA
DI ONCOLOGIA



Società
Italiana di
Psicologia



sifedca
SOCIETÀ ITALIANA
DI FISIOTERAPIA
E DIAGNOSTICA
COMPLEMENTARE

INDICE

INTRODUZIONE	3
PARTECIPANTI	5
IL METODO	7
Il Metodo Delphi	7
Caratteristiche	7
Il Metodo Delphi e la Consensus sull'Obesità	8
RACCOMANDAZIONI	9
1. Diagnosi di primo livello dell'eccesso di peso	9
2. Valutazione del rischio di patologie cardiovascolari associate	11
3. Valutazione del rischio di patologie endocrino-metaboliche associate	14
4. Valutazione del rischio nei pazienti con patologie neoplastiche associate	16
5. Valutazione del rischio nei pazienti con patologie gastroenterologiche associate	17
6. Valutazione del rischio di patologie osteo-articolari associate	18
7. Valutazione del rischio di patologie pneumologiche associate	19
8. Psicologia / Psichiatria	20
9. Prevenzione	22
10. Disease management	23
11. Terapia dell'eccesso di peso	27
BIBLIOGRAFIA	37
APPENDICE	43
Binge Eating Scale (BES)	43
Beck Inventory Scale (BDI)	47
Flow chart	52

INTRODUZIONE

CARI AMICI E COLLEGHI,

in questo ultimo anno 2003 il problema obesità è stato affrontato in maniera finalmente seria non soltanto da chi si occupa di obesità da tantissimi anni, ma soprattutto da parte dell'Autorità Sanitaria Nazionale che ha portato con sé un nuovo atteggiamento da parte dell'opinione pubblica e della stampa. Il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, ha voluto come una delle prime attività del suo mandato, quella della prevenzione dell'obesità. Ha istituito delle commissioni che si stanno occupando di questo problema e ha fatto partire una campagna istituzionale di informazione sulla popolazione. Al di là di quello che sarà a breve termine l'impatto effettivo di questa campagna sulla salute pubblica, è molto importante il fatto che sta crescendo molto la cultura relativa alla corretta alimentazione e al corretto stile di vita.

Fare cultura su questo argomento significa anche fare prevenzione. Lo strumento che il Ministro ha cominciato a far partire è uno strumento "primordiale" che dice alla gente "ci siamo, siamo presenti, stiamo facendo qualcosa" ma insieme a questo ci sono anche una serie di iniziative ambiziose e concrete che si realizzeranno nel giro di poco tempo. Noi tutti che ci occupiamo di questa tematica abbiamo sempre parlato dell'importanza dell'educazione alimentare nelle scuole e oggi esiste un accordo, tra il Ministero della salute e il Ministero della pubblica istruzione che ha già portato alla redazione di programmi didattici dell'educazione alimentare nelle scuole. In questo

modo i giovani – dall'asilo fino alla scuola dell'obbligo – verranno educati, e non solo istruiti, alla corretta alimentazione attraverso lezioni, laboratori, insegnamenti speciali anche nel momento della mensa.

Un altro progetto importante è quello di creare nell'ambito della struttura sanitaria nazionale, negli ospedali, dei centri interdipartimentali dove il paziente obeso possa trovare una collocazione e delle risposte. Questo centro dovrebbe prevedere la presenza di un nutrizionista, di uno psicologo per le terapie cognitivo-comportamentali, e di un medico che sia in grado di gestire le patologie concomitanti magari in collaborazione con altri reparti come ad esempio quello di diabetologia o di cardiologia.

Il segnale che, soprattutto con quest'ultimo progetto, vogliamo diffondere è quello che finalmente si è cominciato a considerare l'obesità e la sindrome plurimetabolica non più solo un problema di natura estetica, ma una vera e propria patologia cronica con un notevole impatto di natura socio-economica.

Oggi un obeso con patologie associate, non avendo un luogo specifico a cui rivolgersi per avere delle risposte complete si è sempre rivolto ad un singolo specialista, che in molti casi ha affrontato il problema in maniera settoriale. Ed è proprio questo lo scopo della *Consensus*: il trovarsi tutti insieme e mettere in comune le proprie esperienze e il proprio punto di vista così da arrivare ad avere un accordo comune e condiviso su ciò che è indispensabile, utile e importante fare per questo paziente.

Con questo spirito il Centro di Studi e Ricerche sull'Obesità (CSRO) dell'Università degli Studi di Milano, sin dalla sua fondazione, fedele ai suoi dettami istituzionali, si è occupato non solo di problemi di ricerca di base e clinica in tema di obesità, ma anche degli aspetti socio – economico – culturali che questa patologia comporta. E, sempre con questo spirito il CSRO ha promosso questa iniziativa di carattere interdisciplinare per un approccio non settoriale, ma integrato ed organico al paziente obeso. Solo con la condivisione di progetti comuni sarà possibile far emergere il problema obesità in un contesto interdisciplinare e definire la migliore strategia diagnostico terapeutica oltre che gli specifici ruoli e le diverse figure professionali – medico di medicina generale; specialisti; chirurghi – nell'ambito del management clinico.

In questo contesto, anche al fine di sostenere e rafforzare quelle iniziative che il Ministro della Salute sta promuovendo, si è inserito il nuovo progetto che si è proposto di formalizzare un documento congiunto fondato sulle conoscenze di ciascuna

Società Scientifica, che in qualche modo è coinvolta con il problema dell'obesità, e che ha deciso di aderire al progetto.

Voglio dunque ringraziare sentitamente tutti coloro che hanno partecipato ai lavori di questa *Consensus*. Il progetto ha previsto tanti incontri, tante riunioni; molti hanno lavorato su questionari come previsto dal metodo Delphi. Le Società Scientifiche che hanno partecipato sono state invitate a costituire un panel di esperti che hanno portato la loro opinione, le loro competenze e la loro esperienza nell'ambito di questa iniziativa. Tutti quanti abbiamo creduto e lavorato con impegno per ottenere questo documento finale che rappresenta un passo significativo nel cammino per affrontare in modo scientifico e condiviso il problema dell'obesità.



MICHELE O. CARRUBA

PARTECIPANTI

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Michele O. CARRUBA
Arianna BANDERALI
Claudio MAFFEIS

Enzo NISOLI
Tommaso SACCO
Roberto VETTOR

SOCIETÀ SCIENTIFICHE

ADI - Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica
Presidente: Maria Atonia FUSCO

SIMG – Società Italiana di Medicina Generale
Presidente: Claudio CRICELLI

AMD - Associazione Medici Diabetologi
Presidente: Giacomo VESPASIANI;
Past President: Marco COMASCHI

SIMI - Società Italiana di Medicina Interna
Presidente: Alberto MALLIANI

ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
Presidente: Alessandro BOCCANELLI

SINU - Società Italiana di Nutrizione Umana
Presidente: Nino Carlo BATTISTINI

SICOB - Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità
Presidente: Nicola SCOPINARO

SIO - Società Italiana dell'Obesità
Presidente: Ele FERRANNINI

SID - Società Italiana di Diabetologia
Presidente: Umberto DI MARIO

SIP – Società Italiana di Pediatria
Presidente: Giuseppe SAGGESE
Past President: Francesco TANCREDI

SIE - Società Italiana di Endocrinologia
Presidente: Guido MELZINGER
Past President: Riccardo VIGNERI

SINUPE - Società Italiana Nutrizione Pediatrica
Presidente: Enrica RIVA

SIIA - Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa
Presidente: Ettore AMBROSIONI

SIEDP - Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica
Presidente: Gianni BONA

SISDCA - Società Italiana per lo Studio del Comportamento Alimentare
Presidente: Ottavio BOSELLO
Past President: Fausto MANARA

CONSULENZA METODO DELPHI



THINK TANK - MILANO

EXPERT PANEL

- E. AGABITI ROSEI (SIIA)
E. AMBROSIONI (SIIA)
A. BANDERALI (SEGRETERIA SCIENTIFICA)
N.C. BATTISTINI (SINU)
M.R. BOLLEA (SIO)
A. BOCCANELLI (ANMCO)
G. BONA (SIP/SIEDP)
O. BOSELLO ()
O. BRIGNOLI (SIMG)
L. BUSETTO (SIO)
M. CAROLI (SIO)
M.O. CARRUBA (Coordinatore Progetto)
M. CASTELLANO (SIIA)
F. CAVAGNINI (SIE)
A. CIMINO (AMD)
M. COMASCHI (AMD)
F. CONTALDO (SIO)
C. COSCELLI (AMD)
F. CREMASCO (AMD)
C. CRICELLI (SIMG)
D. CUCINOTTA (AMD)
M. CUZZOLARO (SISDCA)
V. DEL BALZO (SIO)
G. DE PERGOLA (SIO)
G. DE SIMONE (SIO)
U. DI MARIO (SID)
L. DONINI (SIO)
G. FATATI (ADI)
G. FEDERSPIL (SIMI)
L. FELLIN (SISDCA)
E. FERRANNINI (SIO)
L. FRITTITTA (SIE)
M.A. FUSCO (ADI)
M.G. GENTILE (SINU)
F. GIORGINO (SID)
G. LEONETTI (SIIA)
G. LICATA (SIMI)
M. LUCCHESI (SICOB)
L. LUCCHIN (ADI)
C. MAFFEIS (SEGRETERIA SCIENTIFICA)
A. MALLIANI (SIMI)
F. MANARA (SISDCA)
E. MANNUCCI (SIO)
G. MARINARI (SICOB)
G. MELZINGER (SIE)
E. MOLINARI (SISDCA)
E. NISOLI (SEGRETERIA SCIENTIFICA)
P. PALLINI (ADI)
F. PASANISI (SIO)
R. PASQUALI (SIE)
S. PEDE (ANMCO)
A. PONTIROLI (SID)
P. PUTIGNANO (SIE)
V. RICCA (SISDCA)
E. RIVA (SIP/SINUPE)
C.M. ROTELLA (AMD)
T. SACCO (SEGRETERIA SCIENTIFICA)
G. SAGGESE (SIP)
A. SALVATONI (SIP/SIEDP)
S. SCAGLIONI (SIP/SINUPE)
C. SCHWEIGER (ANMCO)
N. SCOPINARO (SICOB)
O. SCULATI (ADI)
G. SESTI (SID)
N. SICOLO (SIMI)
G. SPERA (SIMI)
R. TACCHINO (SICOB)
A. TAGLIABUE (SINU)
F. TANCREDI (SIP)
V. TRISCHITTA (SID)
M. UGUCCIONI (ANMCO)
A. VANIA (SIP/SINUPE)
G. VESPASIANI (AMD)
R. VETTOR (SEGRETERIA SCIENTIFICA)
R. VIGNERI (SIE)
M. ZAMBONI (SIO)

IL METODO

IL METODO DELPHI

La medicina è una scienza essenzialmente sperimentale e i suoi metodi e i suoi risultati non godono dell'univocità che caratterizza le scienze esatte. Nell'ambito della sanità esistono opinioni contrastanti in merito all'uso di terapie, alla definizione di linee guida, alle modalità con cui deve essere erogata l'assistenza sanitaria ecc.

Per affrontare in maniera adeguata queste problematiche, è indispensabile ricorrere a strumenti in grado di garantire, in maniera quanto più scientificamente attendibile, un certo grado di consenso. I metodi finalizzati alla creazione di consenso utilizzano tecniche dirette a raccogliere e distillare le opinioni di esperti diversi su un medesimo argomento. Il Metodo Delphi, ampiamente utilizzato nei paesi anglosassoni, è quindi un metodo di formazione di consenso, particolarmente adatto alla necessità di valutare o analizzare determinate problematiche nel caso in cui gli esperti (nel caso specifico i medici) sono distanti tra loro o hanno opinioni che riflettano scuole di pensiero diverse.

CARATTERISTICHE

Il Metodo Delphi richiede:

- Un *lavoro individuale* per l'espressione di un'opinione
- Dei quesiti elaborati da un expert panel
- Delle *risposte scritte* ai questionari
- Dei giudizi individuali (le risposte ai questionari), che sono raccolti e *assemblati* dal coordinatore del progetto
- Un *tempo adeguato* per la generazione e la valutazione delle opinioni (al contrario delle riunioni di gruppi di lavoro, dove non sempre vi è il tempo sufficiente per una valutazione di questo tipo)

Utilizzando il Metodo Delphi, gli esperti lavorano indipendentemente e rimangono anonimi, questo consente ad arrivare a un consenso collettivo migliore rispetto a quello che può essere sviluppato nel corso di riunioni grazie all'assenza degli errori e delle pressioni psicologiche.

IL METODO DELPHI E LA CONSENSUS SULL'OBESITÀ

Per arrivare a una Consensus sull'inquadramento diagnostico-terapeutico sull'obesità, è stato utilizzato dunque il Metodo Delphi, come descritto di seguito:

La Segreteria Scientifica e il Board di Esperti ha elaborato un Questionario 1 (Q1), con 50 domande sull'argomento, dopo aver revisionato più di cento fra linee guida, report di Enti e Istituti di Ricerca e articoli della letteratura (vedi Bibliografia).

Dopo aver analizzato le risposte al Q1, si è elaborato, anche includendo quesiti preparati dagli esperti delle singole Società Scientifiche, un Questionario 2 (Q2), di 80 domande.

I quesiti così elaborati sono stati sottoposti a tutti i membri dell'expert panel.

La percentuale di risposte ai questionari, da parte degli esperti è stata superiore al 75%.

Con le risposte al Q1 e al Q2, è stato elaborato un Consensus Draft, presentato per la discussione finale nell'ambito del Consensus Meeting, riunione residenziale tenutasi a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità, dove tutti i partecipanti hanno potuto discutere liberamente i diversi argomenti, per arrivare al Documento Finale di Consenso.

I Criteri di Significatività adottati per l'analisi dei risultati dei questionari, fissati prima dell'inizio delle attività, sono stati:

Per domande con risposte tipo "Sì/No":

- > 60% di risposte "Sì": **POSITIVA**
- > 60% di risposte "No": **NEGATIVA**

Per domande con risposte tipo "score" (da 1 a 5):

- > 50% di risposte "5": **SIGNIFICATIVA**
- fra il 30 e il 50% di risposte "5": si è analizzata la somma delle risposte "4" + "5": se la somma è risultata > 50%, la voce è stata rivalutata dalla Segreteria Scientifica, secondo la letteratura e l'evidenza scientifica, e riproposta per la discussione al Consensus Meeting.

Le raccomandazioni rappresentano il risultato dell'analisi dei questionari da cui è derivato un consenso unanime.

RACCOMANDAZIONI

1. DIAGNOSI DI PRIMO LIVELLO DELL'ECCESSO DI PESO

1. 1. SI RACCOMANDA DI VALUTARE SEMPRE PESO, ALTEZZA, CIRCONFERENZA VITA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE.

1. 1. 1. Per valutare l'eccesso di peso si consiglia di usare IMC e circonferenza vita.

1. 1. 2. In presenza di un eccesso di peso sono opportuni, in particolare, i seguenti approfondimenti anamnestici:

- Abitudini alimentari e frequenza dei pasti
- Attività fisica attuale e pregressa
- Atteggiamento del paziente rispetto al peso
- Aspettative e motivazione del paziente verso il calo ponderale
- Storia del peso
- Familiarità per eccesso di peso
- Abitudine al fumo
- Consumo di alcol
- Assunzione di farmaci
- Esclusione DCA.

1. 1. 3. Le valutazioni strumentali eseguibili in ambulatorio, più utili per la valutazione delle eventuali patologie associate sono:

- Circonferenza vita
- Misurazione di pressione arteriosa e frequenza cardiaca.

1. 1. 4. Se si sospetta la presenza di patologie metaboliche associate all'eccesso di peso, gli esami di laboratorio più utili sono:
- Glicemia a digiuno
 - Profilo lipidico (colesterolo totale, HDL, trigliceridi)
 - Uricemia.

1. 2. DIAGNOSI DIETOLOGICA E NUTRIZIONALE

1. 2. 1. Nella valutazione delle abitudini alimentari, lo strumento più utile è l'anamnesi alimentare.
1. 2. 2. È importante valutare le abitudini alimentari anche nei pazienti solo in sovrappeso (IMC 25-29,9).
1. 2. 3. Si ritiene importante stimare, mediante l'anamnesi, l'attività fisica abituale eseguita da un soggetto con eccesso di peso.

2. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI ASSOCIATE

2. 1. CRITERI GENERALI

- 2. 1. 1. L'obesità viscerale è un fattore di rischio cardiovascolare indipendente.
- 2. 1. 2. La circonferenza della vita può essere considerata da sola un marcatore di rischio cardiovascolare.

2. 2. IPERTENSIONE

- 2. 2. 1. In tutti i pazienti con eccesso di peso è opportuno valutare in maniera particolarmente approfondita il rischio di ipertensione arteriosa e a tale scopo i medici si dovrebbero dotare di un bracciale adatto alla misurazione della pressione anche in presenza di obesità di grado elevato.
- 2. 2. 2. Nei pazienti con eccesso di peso, nei quali si rileva la presenza di ipertensione arteriosa, è auspicabile un approfondimento diagnostico mediante:
 - Raccolta di informazioni dettagliate su eventuali sintomi attuali (tipo, durata, localizzazione, tempo di insorgenza) ad es. angina
 - ECG (segni di ipertrofia ventricolare sx e altre alterazioni)
 - Profilo lipidico (colesterolo totale, HDL, trigliceridi)
 - Uricemia
 - Numero di sigarette/die
 - Presenza di diabete.

2. 3. MALATTIA CORONARICA

2. 3. 1. In tutti i pazienti con eccesso di peso è opportuno prendere in considerazione il rischio di malattia coronarica.
2. 3. 2. In pazienti con eccesso di peso, nei quali si riscontra un rischio elevato di malattia coronarica (familiarità, sesso, età ecc.), è auspicabile un approfondimento diagnostico mediante:
- Raccolta di informazioni dettagliate su eventuali sintomi attuali (tipo, durata, localizzazione, tempo di insorgenza) ad es. angina
 - ECG (segni di ipertrofia ventricolare sx e altre alterazioni)
 - Profilo lipidico (colesterolo totale, HDL, trigliceridi)
 - Uricemia
 - Presenza di diabete
 - ECG da sforzo.

2. 4. INSUFFICIENZA CARDIACA

2. 4. 1. Il rischio di insufficienza cardiaca, nei soggetti con eccesso di peso, va valutato in particolare in presenza delle seguenti caratteristiche:
- Grado elevato di obesità
 - Ipertensione arteriosa
 - Copresenza di patologia cardiaca
 - Sintomi suggestivi di insufficienza cardiaca (dispnea, cardiopalmo).
2. 4. 2. In pazienti con eccesso di peso, nei quali si riscontra un rischio elevato di insufficienza cardiaca, è auspicabile un approfondimento diagnostico mediante:
- Raccolta di informazioni più dettagliate su sintomi e segni di insufficienza cardiaca
 - Ecocardiografia.

2.5. ICTUS

- 2.5.1. In tutti i pazienti con eccesso di peso è opportuno prendere in considerazione il rischio di ictus.
- 2.5.2. In pazienti con eccesso di peso, nei quali si riscontra un rischio elevato di stroke, è auspicabile un approfondimento mediante:
 - Consulenza cardiologica.

3. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI PATOLOGIE ENDOCRINO-METABOLICHE ASSOCIATE

3. 1. I seguenti criteri, proposti dal National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel (NCEP ATP-III) per la diagnosi della Sindrome metabolica, sono condivisibili e possono essere suggeriti per uno screening su vasta scala:
- Presenza di tre o più delle seguenti alterazioni:
 - Circonferenza vita > 102 cm nell'uomo e > 88 cm nella donna
 - Trigliceridi > 150 mg/dl
 - Colesterolo HDL < 40 mg/dl nell'uomo e < 50 mg/dl nella donna
 - Pressione arteriosa > 130/85 mmHg
 - Glicemia a digiuno > 110 mg/dl.
3. 2. Con riferimento alla definizione, diagnosi e classificazione di un'alterazione del metabolismo glucidico (IGT o diabete di tipo 2), può essere indicata un'OGTT (2° ora senza insulinemia) in un paziente obeso con valori glicemici a digiuno nella norma, in particolare in presenza di un altro fattore di rischio di diabete, indipendentemente dell'età.
3. 3. Il dosaggio dell'insulina a digiuno non comporta vantaggi clinico-assistenziali.
3. 4. L'obesità può essere considerata un fattore di rischio maggiore tale da orientare l'intervento terapeutico, rispetto al livello desiderabile di colesterolo LDL.

3. 5. In un approccio diagnostico di primo livello per il paziente obeso e diabetico, andrebbero eseguiti i seguenti esami di laboratorio:
- Colesterolo totale
 - Colesterolo HDL
 - Colesterolo LDL
 - Trigliceridi
 - Glicemia a digiuno
 - Uricemia.
3. 6. L'ipertrigliceridemia, se presente nell'obeso/diabetico, deve essere considerata un fattore di rischio vascolare indipendente.
3. 7. L'iperomocisteinemia non si ritiene sia un ulteriore fattore di rischio di patologia cardiovascolare nei pazienti con eccesso di peso. L'omocisteinemia va eseguita solo in soggetti con malattia coronarica senza altri fattori di rischio.

4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO NEI PAZIENTI CON PATOLOGIE NEOPLASTICHE ASSOCIATE

4. 1. In pazienti con eccesso di peso il rischio di sviluppare una neoplasia è più elevato che nelle persone normopeso ed in particolare il rischio aumenta nei soggetti con localizzazione viscerale del grasso.

4. 2. Nella prevenzione delle neoplasie del colon e del retto e di endometrio e mammella sono giustificate particolari raccomandazioni per la prevenzione delle neoplasie (dieta, alimentazione ricca di fibre ecc.) al di là delle procedure applicate alla popolazione generale per la diagnosi precoce.

5. VALUTAZIONE DEL RISCHIO NEI PAZIENTI CON PATOLOGIE GASTROENTEROLOGICHE ASSOCIATE

5. 1. STEATOSI E STEATOEPATITE

5. 1. 1. In pazienti con eccesso di peso è opportuno prendere in considerazione il rischio di steatosi e steatoepatite.

5. 1. 2. In pazienti con eccesso di peso, nei quali si riscontra un rischio elevato di steatosi o steatoepatite, è auspicabile un approfondimento diagnostico mediante:

- Transaminasi, GGT e fosfatasi alcalina
- Ecografia epatica.

5. 2. LITIASI DELLA COLECISTI

5. 2. 1. In pazienti con eccesso di peso è opportuno prendere in considerazione il rischio di litiasi della colecisti.

5. 2. 2. In pazienti con eccesso di peso, nei quali si riscontra un rischio elevato di litiasi della colecisti, è auspicabile un approfondimento diagnostico mediante:

- Ecografia epatica.

6. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI PATOLOGIE OSTEO-ARTICOLARI ASSOCIATE

6. 1. INABILITÀ FISICA

6. 1. 1. In pazienti con eccesso di peso è opportuno valutare la funzionalità fisica e l'autonomia nella vita quotidiana correlabili ad alterazioni funzionali od organiche dell'apparato osteo-articolare ed in particolare vanno valutate le seguenti variabili:
- Grado di Obesità
 - Dolori articolari.

6. 2. OSTEOARTROSI

6. 2. 1. In pazienti con eccesso di peso è opportuno prendere in considerazione specificatamente il rischio di osteoartrosi.
6. 2. 2. In pazienti con eccesso di peso, nei quali si riscontra un rischio elevato di osteoartrosi, è auspicabile un approfondimento diagnostico mediante:
- Raccolta di informazioni dettagliate sulla funzionalità delle articolazioni e sui sintomi.

7. VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI PATOLOGIE PNEUMOLOGICHE ASSOCIATE

7. 1. Se l'esame clinico del paziente obeso suggerisce la presenza di ipersonnia, disturbi del sonno ed eventualmente di sindrome delle apnee ostruttive, sarebbe auspicabile chiedere una consulenza pneumologica e/o neurologica per completare la sua valutazione.

7. 2. DISPNEA E SLEEPING APNEA

7. 2. 1. Nei pazienti con eccesso di peso è comunque opportuno prendere in considerazione il rischio di sintomi e patologie pneumologiche come dispnea e sleeping apnea.

7. 2. 2. Nei pazienti con eccesso di peso, nei quali si riscontra un elevato rischio di dispnea o sleeping apnea è auspicabile un approfondimento diagnostico mediante:

- Test di funzionalità respiratoria.

8. PSICOLOGIA / PSICHIATRIA

8. 1. Si raccomanda di valutare se il paziente con eccesso di peso:
- Assume grandi quantità di cibo in poco tempo con sensazione di perdita di controllo dell'introito alimentare
 - Ricorre al vomito, all'assunzione di lassativi o ad altri provvedimenti simili per prevenire l'aumento di peso in occasione di episodi di assunzione incontrollata di cibo
 - Prova disgusto per se stesso e si sente colpevole e depresso dopo episodi di assunzione incontrollata di cibo
 - Mangia anche quando non sente una fisiologica sensazione di fame
 - Mangia in occasione di particolari sollecitazioni emotive
 - Si alza di notte per mangiare.
8. 1. 2. Valutare come il paziente vive il suo aspetto fisico. Indagare se sente di limitarsi in modo rilevante nella sua vita sociale, lavorativa e sessuale per evitare situazioni che vivrebbe con disagio a causa del suo peso.
8. 1. 3. Verificare se il paziente:
- Ha mai sofferto di episodi depressivi (eventualmente con desideri di morte o gesti autolesivi)
 - Assume o ha assunto in passato psicofarmaci: neurolettici, antidepressivi, stabilizzatori del tono dell'umore ecc.

8. 2. Se sulla base delle informazioni sopra indicate si può ipotizzare una diagnosi di disturbo del comportamento alimentare e/o di depressione, associate all'eccesso di peso, si raccomanda la somministrazione di uno o due semplici test autosomministrati (vedi Appendice):
- BES (Binge Eating Scale) per la valutazione psicometrica del sintomo abbuffate compulsive: la diagnosi di *Binge Eating Disorder* è molto probabile se il punteggio complessivo è > 27; la presenza di sintomi di *binge eating* è possibile se è > 17; improbabile se è < 17
 - BDI (Beck Depression Inventory) per la valutazione psicometrica della depressione dell'umore. Un punto di *cutoff* clinicamente significativo è 15/16: punteggi > 15 indicano la probabile presenza di sintomi depressivi. Più in dettaglio: sintomi depressivi sono probabilmente assenti se il punteggio è < 10; sono lievi se è fra 10 e 19; medi se è fra 20 e 29; gravi se il punteggio è > 30.

9. PREVENZIONE

9. 1. L'obesità e le sue complicanze possono essere prevenute e il Medico di Medicina Generale dovrebbe intervenire almeno nella prevenzione mirata ai soggetti a rischio.
9. 2. I fattori di rischio più importanti che consentono di identificare la sottopopolazione a maggior rischio di obesità sono:
- Stato di soprappeso (IMC > 25)
 - Obesità in età evolutiva
 - Sedentarietà
 - Familiarità per obesità.
9. 3. I fattori di rischio più importanti per la comparsa di obesità nel bambino sono:
- Obesità dei genitori
 - Ore di TV o computer/die
 - Composizione della dieta
 - Il peso alla nascita (> 4 kg a termine).
9. 4. Gli obiettivi dell'intervento preventivo su base familiare sono:
- Promuovere modifiche nelle abitudini relative all'acquisto, preparazione e conservazione del cibo
 - Promuovere il consumo di alimenti a bassa densità calorica (vegetali)
 - Promuovere la riduzione del tempo trascorso davanti alla TV
 - Motivare alla pratica di un'attività sportiva regolare
 - Motivare ad uno stile di vita più attivo
 - Motivare a non mangiare guardando la TV o da soli
 - Promuovere la capacità di autocontrollo nelle situazioni stressanti.

10. DISEASE MANAGEMENT

VALUTAZIONE DEL RUOLO DELLE DIVERSE FUNZIONI MEDICHE NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI CON SOVRAPPESO ED OBESI

10.1. IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (O ANCHE ALTRI MEDICI SPECIALISTI IN BRANCHE DIVERSE) E IL PAZIENTE CON ECCESSO DI PESO

- 10.1.1. Data la diffusione epidemica dell'obesità in Italia, il Medico di Medicina Generale, nell'ambito della sua realtà lavorativa quotidiana, dovrebbe inserire una valutazione dell'eccesso di peso in tutti i pazienti che afferiscono al suo ambulatorio, raccogliendo informazioni su:
- Storia del peso
 - Patologie, presenti o pregresse, comunemente associate all'eccesso di peso
 - Abitudine al fumo
 - Consumo di alcol
 - Assunzione di farmaci.
- 10.1.2. I seguenti esami di laboratorio dovrebbero essere eseguiti dal Medico di Medicina Generale:
- Glicemia a digiuno
 - Profilo lipidico (colesterolo totale, HDL, trigliceridi).
- 10.1.3. Una volta diagnosticato l'eccesso di peso, il Medico di Medicina Generale dovrebbe valutare anche il rischio di patologie ad esso associate, mediante misurazione di:
- Circonferenza della vita
 - Pressione arteriosa e frequenza cardiaca
 - Rischio cardiovascolare globale.

10. 1. 4. Diagnosticato l'eccesso di peso e quantificato il rischio di patologie associate, il Medico di Medicina Generale dovrebbe anche proporre un intervento terapeutico in tutti i pazienti con eccesso di peso, integrandosi con gli specialisti di riferimento, in particolare quando il grado dell'obesità è più severo e più grave il quadro delle patologie associate.
10. 1. 5. I seguenti strumenti si adatterebbero in particolare all'intervento terapeutico del Medico di Medicina Generale:
- Correzione della sedentarietà
 - Counselling sulle abitudini di vita.
10. 1. 6. Qualora il Medico di Medicina Generale inviasse ad uno specialista il paziente da trattare, si ritiene comunque opportuno che collabori con lo specialista nel monitoraggio a lungo termine, qualsiasi siano le caratteristiche del paziente, interagendo con lo specialista di riferimento in particolare quando il grado dell'obesità è più severo e più grave il quadro delle patologie associate.
10. 1. 7. Nell'ambito del monitoraggio, il contributo del Medico di Medicina Generale sarebbe:
- Valutazione delle variabili antropometriche (Peso, IMC)
 - Valutazione dei segni vitali (PA, FC)
 - Valutazione del quadro clinico delle patologie associate
 - Prescrizione del farmaco pianificata dallo specialista
 - Farmacovigilanza.
10. 1. 8. Nell'ambito del monitoraggio, queste situazioni dovrebbero suggerire l'invio del paziente allo specialista di riferimento:
- Insufficiente compliance verso la terapia
 - Comparsa di effetti indesiderati del trattamento
 - Comparsa di un peggioramento del quadro clinico delle patologie associate.

10. 2. LO SPECIALISTA IMPEGNATO DIRETTAMENTE NELLA GESTIONE DELL'ECESSO DI PESO

10. 2. 1. Le seguenti informazioni andrebbero raccolte dal Medico Specialista impegnato direttamente nella gestione dell'eccesso di peso:

- Storia del peso
- Familiarità per eccesso di peso
- Abitudini alimentari e frequenza dei pasti
- Attività fisica attuale e pregressa
- Cause pregresse o attuali di eccesso di peso secondario
- Patologie, presenti o pregresse, comunemente associate all'eccesso di peso
- Abitudine al fumo
- Consumo di alcol
- Assunzione di farmaci
- Atteggiamento del paziente rispetto al peso
- Aspettative e motivazione del paziente verso il calo ponderale.

10. 2. 2. I seguenti esami di laboratorio andrebbero eseguiti dal Medico Specialista impegnato direttamente nella gestione dell'eccesso di peso in tutti i pazienti in eccesso di peso:

- Glicemia a digiuno
- Profilo lipidico (colesterolo totale, HDL, trigliceridi)
- Uricemia
- Enzimi epatici.

10. 2. 3. Il Medico Specialista impegnato direttamente nella gestione dell'eccesso di peso, dovrebbe basare il calcolo del rischio di patologie ad esso associate, su:

- Circonferenza della vita
- Rischio cardiovascolare globale
- Misurazione di pressione arteriosa e frequenza cardiaca
- Glicemia a digiuno
- Profilo lipidico (colesterolo totale, HDL, trigliceridi).

10. 2. 4. Sarebbe opportuno che fossero disponibili, nella dotazione di un centro specializzato nella gestione dell'eccesso di peso:
- Impedenziometria e/o DEXA
 - Calorimetria indiretta.
10. 2. 5. Il Medico Specialista impegnato direttamente nella gestione dell'eccesso di peso dovrebbe utilizzare i seguenti strumenti terapeutici:
- Dieta personalizzata
 - Programma di attività fisica
 - Counselling sulle abitudini di vita
 - Strumenti della terapia cognitivo-comportamentale
 - Farmaci.
10. 2. 6. Messo in trattamento il paziente, il Medico Specialista impegnato direttamente nella gestione dell'eccesso di peso potrebbe condividere il monitoraggio con il Medico di Medicina Generale, in tutti i pazienti.

11. TERAPIA DELL'ECESSO DI PESO

11.1. PRINCIPI GENERALI - GLI OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

- 11.1.1. Nei pazienti con IMC compatibile con una condizione di **normopeso (IMC 18,5-24,9 kg/m²)**, ma con elevato rischio di aumento di peso o di patologie comunemente associate all'eccesso di peso, dovrebbe essere proposto un programma di monitoraggio e mantenimento del peso, con una frequenza di controlli di una volta all'anno.

La figura medica ritenuta più adatta a svolgere questa attività di prevenzione è il Medico di Medicina Generale.

- 11.1.2. Nei pazienti con IMC compatibile con una condizione di **sovrappeso (IMC 25-29,9 kg/m²)**, il calo ponderale più efficace in termini clinici, realistico e compatibile con un successivo mantenimento a lungo termine è del 5 –10 %, da ottenere in 6 mesi.

Le figure mediche ritenute più adatte a proporre un trattamento che abbia questi obiettivi sono il Medico di Medicina Generale ed Medico Specialista impegnato direttamente nella gestione.

La figura medica ritenuta più adatta a monitorare il paziente nella fase di mantenimento è il Medico di Medicina Generale.

- 11.1.3. Nei pazienti con IMC compatibile con una condizione di **obesità lieve (IMC 30-34,9 kg/m²) o moderata (IMC 35-39,9 kg/m²)**, il calo ponderale più efficace in termini clinici, realistico e compatibile con un successivo mantenimento a lungo termine è di 5-10%, da ottenere in 12 mesi.

La figura medica ritenuta più adatta a proporre un trattamento che abbia questi obiettivi è il Medico Specialista impegnato direttamente nella gestione, in collaborazione con il MMG.

11. 1. 4. Nei pazienti con IMC compatibile con una condizione di **obesità grave (IMC 40 kg/m²)** il calo ponderale più efficace in termini clinici, realistico e compatibile con un successivo mantenimento a lungo termine è di 10-15%, da ottenere in 12 mesi.

La figura medica ritenuta più adatta a proporre un trattamento che abbia questi obiettivi è il Medico Specialista impegnato direttamente nella gestione, in collaborazione con il MMG.

11. 1. 5. Nei pazienti con una storia pregressa di frequenti insuccessi terapeutici e/o con un livello molto basso di motivazione, il trattamento da proporre è una terapia di mantenimento del peso, in attesa di poterne iniziare uno per il calo ponderale.

11. 2. PRINCIPI GENERALI - LA METODOLOGIA DEL TRATTAMENTO

11. 2. 1. Un protocollo terapeutico che riduca al minimo il rischio di drop-out e di perdita della compliance del paziente, dovrebbe prevedere una frequenza di controlli, in media, durante la fase di calo ponderale, di 1 visita al mese, e durante la fase di mantenimento di 1 visita ogni 3-4 mesi.
11. 2. 2. Per impostare il programma di trattamento per il calo ponderale, si ritiene opportuno raccogliere informazioni e dati sulle abitudini alimentari e sull'introito calorico, sia in termini quantitativi che qualitativi, mediante diario delle abitudini di vita, dei comportamenti e dell'alimentazione.
11. 2. 3. Per impostare il programma di trattamento per il calo ponderale, si ritiene opportuno raccogliere informazioni e dati sul metabolismo energetico mediante tabelle del dispendio energetico (vs. peso, peso/altezza ecc).
11. 2. 4. In un trattamento per il calo ponderale, si dovrebbe sempre inserire un programma di riduzione della sedentarietà.
11. 2. 5. Prima di proporre un programma di riduzione della sedentarietà, si ritiene opportuno eseguire una valutazione della riserva funzionale CV in particolare nei pazienti con:
- Età oltre 50 anni
 - Presenza di patologie CV associate
 - Presenza di diabete.

11. 2. 6. Il test più utile a valutare la riserva funzionale cardiorespiratoria secondo un criterio costi/efficacia è la prova da sforzo.

11. 2. 7. Valutare la composizione corporea può orientare meglio l'iter diagnostico e terapeutico giacché permette di stimare la massa magra da mantenere e/o potenziare.

11. 3. PRINCIPI DELLA RESTRIZIONE CALORICA

11. 3. 1. L'educazione alimentare e/o la rieducazione alimentare fanno parte della terapia del soggetto obeso. Le terapie nutrizionali da consigliare al soggetto obeso devono contenere indicazioni qualitative finalizzate al bilanciamento delle varie componenti.

11. 3. 2. Nel percorso di rieducazione alimentare si deve puntare alla suddivisione dell'apporto calorico giornaliero in almeno tre pasti nella giornata.

11. 3. 3. Le calorie complessive inserite in una prescrizione dietetica vanno basate su una valutazione clinico nutrizionale complessiva (IMC, età, sesso, metabolismo basale stimato, attività fisica, fattori di rischio concomitanti), e sulla presenza di patologie associate all'eccesso di peso.

11. 3. 4. Gli apporti relativi dei 3 macronutrienti, ed eventualmente dell'alcol, di una prescrizione dietetica vanno identificati in modo chiaro per garantire apporti nutrizionali bilanciati.

11. 3. 5. I carboidrati complessi (cereali e legumi) devono essere assunti in modo da coprire una quota di almeno il 50% delle calorie totali.

11. 3. 6. I grassi complessivi della dieta devono coprire una quota non superiore al 30% delle calorie totali.

11. 3. 7. Le variabili principali, da monitorare nel tempo, nei pazienti con eccesso di peso sono:

- IMC
- Modificazione fattori di rischio e comorbidità
- Modificazione circonferenza addominale.

11. 3. 8. Nei pazienti con $IMC < 27 \text{ kg/m}^2$ compatibile con una condizione di **sovrappeso**, una restrizione calorica con un buon rapporto efficacia/compliance sarebbe pari al 10 % (% di riduzione calorica rispetto al dispendio energetico stimato o calcolato), verificando la compliance al trattamento ogni 4 settimane.
11. 3. 9. Se i risultati attesi rispetto al programma previsto non ci sono stati si propongono le seguenti soluzioni:
- Rivalutazione del Diario alimentare
 - Rivalutazione del programma di attività fisica
 - Invio a Medico Specialista impegnato direttamente.
11. 3. 10. Nei pazienti con IMC compatibile con una condizione di **obesità lieve o moderata** una restrizione calorica con un buon rapporto efficacia/compliance sarebbe pari al 20 % (% di riduzione calorica rispetto al dispendio energetico stimato o calcolato), verificando la compliance al trattamento ogni 4 settimane.
11. 3. 11. Se i risultati attesi rispetto al programma previsto non ci sono stati si propongono le seguenti soluzioni:
- Rivalutazione del Diario alimentare
 - Rivalutazione del programma di attività fisica
 - Invio a Medico Specialista impegnato direttamente.
11. 3. 12. Nei pazienti con IMC compatibile con una condizione di **obesità grave**, una restrizione calorica con un buon rapporto efficacia/compliance sarebbe pari al 30% (% di riduzione calorica rispetto al dispendio energetico stimato o calcolato), verificando la compliance al trattamento ogni 4 settimane.
11. 3. 13. Se i risultati attesi rispetto al programma previsto non ci sono stati si propongono come strumenti:
- Rivalutazione del Diario alimentare
 - Rivalutazione del programma di attività fisica
 - Invio a Medico Specialista impegnato direttamente.

11. 4. PRINCIPI DELLA TERAPIA FARMACOLOGIA

11. 4. 1. I farmaci da impiegare nella terapia farmacologica dell'obesità dovrebbero avere una efficacia confermata in studi eseguiti specificatamente per valutarne il rapporto rischio/beneficio ai dosaggi approvati dall'Autorità Sanitaria. I principi attivi valutati nell'ambito della *Consensus* attualmente disponibili e che rispondono a tali requisiti sono la sibutramina e l'orlistat.
11. 4. 2. Nei pazienti con IMC compatibile con una condizione di **sovrappeso** la terapia farmacologica potrebbe avere uno spazio nell'ambito di un programma terapeutico integrato, nei pazienti con:
 - Presenza di patologie associate all'eccesso di peso.
11. 4. 3. In questi pazienti gli obiettivi dell'associazione del farmaco agli altri interventi sono:
 - Favorire la compliance alla dieta
 - Riduzione dei fattori di rischio
 - Miglioramento della patologia associata
 - Facilitare il mantenimento del peso dopo una fase di calo ponderale.
11. 4. 4. Nei pazienti con IMC compatibile con una condizione di **obesità lieve o moderata** la terapia farmacologica potrebbe avere uno spazio nell'ambito di un programma terapeutico integrato.
11. 4. 5. In questi pazienti, gli obiettivi dell'associazione del farmaco sarebbero:
 - Riduzione dei fattori di rischio
 - Miglioramento della patologia associata
 - Facilitare il mantenimento del peso dopo una fase di calo ponderale.
11. 4. 6. Nei pazienti con IMC compatibile con una condizione di **obesità grave**, la terapia farmacologica potrebbe avere uno spazio nell'ambito di un programma terapeutico integrato.

11. 4. 7. In questi pazienti, gli obiettivi dell'associazione del farmaco sarebbero:
- Favorire la compliance alla dieta
 - Determinare un effetto "antabuse" verso alcune componenti della dieta
 - Facilitare un iniziale calo ponderale che motivi il paziente a proseguire il trattamento
 - Facilitare il mantenimento del peso dopo una fase di calo ponderale.
11. 4. 8. Tenere presente che la compliance verso la terapia farmacologica potrebbe essere ridotta:
- Dalla frequenza e gravità degli effetti collaterali
 - Da aspettative eccessive e sbagliate verso gli effetti del farmaco.
11. 4. 9. Tenere presente che gli argomenti che possono essere discussi col paziente per aumentare la compliance verso la terapia farmacologica sono
- L'efficacia del farmaco nel lungo termine
 - Tollerabilità del farmaco
 - Sinergie del farmaco con gli altri strumenti terapeutici.

11. 5. APPROCCIO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

11. 5. 1. Sia che un centro **disponga** sia che **non disponga** di una équipe multidisciplinare, una valutazione psicologico-psichiatrica dovrebbe essere effettuata solo nel caso d'eccesso ponderale nei soggetti:
- Con una storia di ripetuti fallimenti e weight cycling
 - Con bulimia nervosa o binge eating disorder
 - Con pregressi disturbi psichiatrici
 - Con sintomi di depressione
 - Candidati a interventi di chirurgia bariatrica.

11. 5. 2. Sia che un centro **disponga** sia che **non disponga** di una équipe multidisciplinare si dovrebbe proporre una psicoterapia formalizzata ai soggetti con sovrappeso o obesità con:
- Con una storia di ripetuti fallimenti e weight cycling
 - Bulimia nervosa o binge eating disorder
 - Una grave insoddisfazione del corpo
 - Anamnesi di disturbi psichiatrici
 - Diagnosi di depressione.
11. 5. 3. Le tecniche comportamentali giudicate utili nella terapia di un soggetto obeso sono:
- Diario alimentare
 - Educazione nutrizionale
 - Gestione degli stimoli
 - Gestione delle situazioni a rischio.
11. 5. 4. Le tecniche cognitive giudicate utili nella terapia di un soggetto obeso sono:
- Analisi della motivazione al cambiamento
 - Prevenzione delle ricadute
 - Addestramento al problem solving.
11. 5. 5. In un centro che **non disponga** di una équipe multidisciplinare gli strumenti psico-educativi che potrebbero essere utilizzati anche da internisti dopo un training adeguato sono:
- Diario alimentare
 - Controllo dell'introito calorico
 - Controllo dell'esercizio fisico.
11. 5. 6. Il setting preferibile per gli interventi psico-educativi e cognitivo-comportamentali in un centro per il trattamento dell'obesità e quello di gruppo (un operatore – 8-10 pazienti).

11. 6. PRINCIPI DELLA TERAPIA CHIRURGICA

11. 6. 1. La soglia di IMC oltre la quale è possibile proporre un intervento di chirurgia bariatrica, fatte salve le controindicazioni note per questi interventi, è un IMC uguale o maggiore di 40.

È possibile proporre un intervento bariatrico per IMC uguale o maggiore di 35 in presenza di patologie associate.

La condizione che potrebbe sostenere l'indicazione ad intervento chirurgico è la dimostrata impossibilità a ridurre il peso con altri approcci terapeutici.

Si ritiene opportuno che le seguenti competenze partecipino, insieme al chirurgo, alla valutazione del soggetto obeso candidato ad intervento di chirurgia bariatrica:

- Medico specialista competente nella terapia della obesità
- Psichiatra e/o psicologo.

Gli interventi utili, tenendo conto dell'efficacia dimostrata finora e del rischio di complicanze, sono:

- Bendaggio gastrico regolabile
- Bypass gastrico
- Gastroplastica verticale
- Deviazione biliopancreatica.

Come supporto ad un intervento di chirurgia bariatrica gli approcci possibili sono:

- Supporto psicologico pre- e post-intervento
- Terapia nutrizionale post-intervento
- Programma di attività fisica post-intervento.

La soglia di IMC oltre la quale è possibile proporre il posizionamento del palloncino endogastrico, fatte salve le controindicazioni note per questo approccio, è un IMC uguale o maggiore a 30.

Si ritiene opportuno che le seguenti competenze partecipino insieme all'endoscopista alla valutazione del soggetto candidato al posizionamento del palloncino endogastrico:

- Medico specialista competente nella terapia della obesità
- Psichiatra e/o psicologo.

Le condizioni che potrebbero sostenere l'indicazione ad un provvedimento bariatrico di questo tipo sarebbero:

- Dimostrata impossibilità a ridurre il peso con altri trattamenti
- Presenza di patologie associate.

È opportuno che i chirurghi che eseguono interventi di chirurgia bariatrica adottino il documento di consenso informato come elaborato dalla Società italiana di Chirurgia dell'obesità (SICOB).

Organizzare un follow-up a lungo termine è elemento fondamentale per il successo dopo chirurgia dell'obesità.

BIBLIOGRAFIA

1. The Diabetes Prevention Program: recruitment methods and results. The DPP Research Group. DPP Coordinating Center, The Biostatistics Center, George Washington University, Control Clin Trials. 2002 Apr; 23(2):157-71.
2. Ford ES, Giles WH, Dietz WH, Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey., JAMA. 2002 Jan 16; 287(3): 356-9.
3. Delahanty LM, Hayden D, Nathan DM, The Diabetes Prevention Program Research Group Psychological and Behavioral Correlates of Baseline Body Weight in the Diabetes Prevention Program, abstract 1630-P. Presented at: American Diabetes Association 61st Annual Scientific Sessions; June 23, 2001; Philadelphia, PA.
4. Walker EA, Fisher E, Marrero D, Mcnabb W, The Diabetes Prevention Program Research Group. Comparative Risk Judgments among Participants in the Diabetes Prevention Program (DPP) [abstract 1661-P]. Presented at: American Diabetes Association 61st Annual Scientific Sessions; June 23, 2001; Philadelphia, PA.
5. Gokcel A, Gumurdulu Y, Karakose H, Melek Ertorer E, Tanaci N, BascilTutuncu N, Guvener N, Evaluation of the safety and efficacy of sibutramine, orlistat and metformin in the treatment of obesity. Diabetes Obes Metab. 2002 Jan; 4 (1): 49-55.
6. Sircar AR, Kumar A, Lal M. Clinical evaluation of sibutramine in obese type 2 diabetic patients refractory to dietary management. J Assoc Physicians India. 2001 Sep; 49: 885-8.
7. Gokcel A, Karakose H, Ertorer EM, Tanaci N, Tutuncu NB, Guvener N. Effects of sibutramine in obese female subjects with type 2 diabetes and poor blood glucose control. Diabetes Care. 2001 Nov; 24 (11): 1957-60.
8. Samsa GP, Kolotkin RL, Williams GR, Nguyen MH, Mendel CM. Effect of moderate weight loss on health-related quality of life: an analysis of combined data from 4 randomized trials of sibutramine vs placebo. Am J Manag Care. 2001 Sep; 7 (9): 875-84.
9. Fujioka K, Seaton TB, Rowe E, Jelinek CA, Raskin P, Lebovitz HE, Weinstein SP; Sibutramine/Diabetes Clinical Study Group. Weight loss with sibutramine improves glycaemic control and other metabolic parameters in obese patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Obes Metab. 2000 Jun; 2 (3): 175-87.
10. Finer N, Bloom SR, Frost GS, Banks LM, Griffiths J. Sibutramine is effective for weight loss and diabetic control in obesity with type 2 diabetes: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. Diabetes Obes Metab. 2000 Apr; 2 (2): 105-12.
11. Aronne LJ. Epidemiology, morbidity, and treatment of overweight and obesity. J Clin Psychiatry. 2001; 62 (suppl 23): 13-22 (REVIEW) .
12. Davis JL. Use of sibutramine hydrochloride monohydrate in the treatment of the painful peripheral neuropathy of diabetes. Diabetes Care. 2000 Oct; 23 (10): 1594-5.
13. Van Gaal LF, Peiffer FW. The importance of obesity in diabetes and its treatment with sibutramine. Int J Obes Relat Metab Disord. 2001 Dec; 25 Suppl 4: S24-8.
14. Berke EM, Morden NE. Medical management of obesity. Am Fam Physician. 2000 Jul 15; 62 (2): 419-26.

15. Mooradian AD. Obesity: a rational target for managing diabetes mellitus. *Growth Horm IGF Res.* 2001 Jun; 11 (suppl A): S79-83.
16. Greenway F. Obesity medications and the treatment of type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther.* 1999 Fall; 1 (3): 277-87.
17. Hauner H. Current pharmacological approaches to the treatment of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001 May; 25 (suppl 1): S102-6.
18. Leong KS, Wilding JP. Obesity and diabetes. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 1999 Jul; 13 (2): 221-37.
19. Scheen AJ. Treatment of diabetes in patients with severe obesity. *Biomed Pharmacother.* 2000 Mar; 54 (2): 74-99.
20. Scheen AJ, Lefebvre PJ. Antiobesity pharmacotherapy in the management of type 2 diabetes. *Diabetes Metab Res Rev.* 2000 Mar-Apr; 16 (2): 114-24.
21. Hauner H. The impact of pharmacotherapy on weight management in type 2 diabetes. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1999 Jun; 23 Suppl 7: S12-7. Review.
22. LE Ramsay, B Williams, GD Johnston, GA MacGregor, L Poston, JF Potter, NR Poulter and G Russell Guidelines for management of hypertension: report of the third working party of the British Hypertension Society *Journal of Human Hypertension* (1999) 13, 569–592.
23. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) U.S. Department Of Health And Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute NIH Publication No. 01-3670 May 2001.
24. Sara Meltzer, MD; Lawrence Leiter, MD; Denis Daneman, MD; Hertz C. Gerstein, MD, MSc; David Lau, MD, PhD; Sora Ludwig, MD; Jean-François Yale, MD; Bernard Zinman, MD; Donna Lillie, RN, BA; Steering and Expert Committees* 1998 clinical practice guidelines for the management of diabetes in Canada *JAMC* • 1998; 159 (8 Suppl) .
25. The American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for the Management of Diabetes Mellitus: The AACE System of Intensive Diabetes Self-Management—2002 Update *ENDOCRINE PRACTICE* Vol. 8 (Suppl. 1) January/February 2002 41.
26. Statement by the Director-General to the Executive Board at its 111th session Geneva, Monday, 20 January 2003 World Health Organization Executive Board EB111/2 111th Session 20 January 2003 Agenda item 2.
27. World Health Organization process for a Global Strategy on Diet Physical Activity and Health September 2002 WHO/NMH/EXR.02.2.
28. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure National High Blood Pressure Education Program NIH publication no. 98-4080 november 1997.
29. Linee Guida Italiane Obesità Identificare Valutare Trattare LiGIO '99.
30. Marco Comaschi, Gerardo Medea, Salvatore Panico, Arturo Pujia, Gabriele Riccardi, Angela Rivellese, Paolo Rubba, Carlo Schweiger, Bruno Trimarco, Olga Vaccaro, Ivana Zavaroni, Linee guida Italiana per la prevenzione cardiovascolare nel paziente diabetico.
31. Terapia dietetica dell'obesità essenziale in età Evolutiva Diet therapy for pediatric obesity *CONSENSUS SINUPE* <http://www.clinped.unimi.it/sinupe/obesi.htm>.
32. Aace/Ace Position Statement On The Prevention, Diagnosis, And Treatment Of Obesity (1998 Revision) Aace/Ace Obesity Task Force *Endocrine Practice* Vol. 4 No. 5 September/October 1998 297.
33. 1999 World Health Organization±International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension Guidelines Subcommittee_ *Journal of Hypertension* 1999, 17: 151-183.

34. Marion J. Franz, RD, et al evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications *Diabetes Care*, volume 25, number 1, January 2002.
35. James D. Douketis, MD; John W. Feightner, MD; John Attia, MD, PhD; William F. Feldman, MD; with the Canadian Task Force on Preventive Health Care Periodic health examination, 1999 update: 1. Detection, prevention and treatment of obesity *CMAJ* • 23, 1999; 160 (4) 513.
36. David Wood, Guy De Backer, Ole Faergeman, Ian Graham, Giuseppe Mancina and Kalevi Pyörälä together with members of the Task Force Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention *European Heart Journal* (1998) 19, 1434–1503.
37. Nutritional strategies efficacious in the prevention or treatment of coronary heart disease (CHD). SOURCE (S): Nutrition Screening Initiative. Nutritional strategies efficacious in the prevention or treatment of coronary heart disease (CHD). Washington (DC): Nutrition Screening Initiative; 1998. 16 p.
38. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Section on Pediatric Pulmonology, Subcommittee on Obstructive Sleep Apnea Syndrome *Pediatrics* Volume 109, Number 4 April 2002, pp 704-712.
39. Critical Appraisal of CPGs on Diabetes Mellitus Type 2 Summary and Recommendations for a German Guideline on Diabetes Mellitus Type 2 The Expert Panel Diabetes Mellitus Type 2 of the German Guidelines Clearinghouse: <http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/english/05diabetestype2/view?druk=on>.
40. Strategies for Reducing Morbidity and Mortality from Diabetes Through Health-Care System Interventions and Diabetes Self-Management Education in Community Settings A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services Task Force on Community Preventive Services* July 1, 2001 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5016a1.htm>.
41. The American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for the Management of Diabetes Mellitus: The AACE System of Intensive Diabetes Self-Management—2002 Update Developed by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American College of Endocrinology—2002 *ENDOCRINE PRACTICE* Vol. 8 (Suppl. 1) January/February 2002.
42. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet. U.S. Preventive Services Task Force. First published in *Am J Prev Med*.2003; 24 (1): 93-100.
43. J. Michael McGinnis, MD Diabetes and Physical Activity Translating Evidence into Action *Am J Prev Med* 2002; 22 (4S) 0749.
44. Andrea Kriska, PhD Striving for a More Active Community Lessons from the Diabetes Prevention Program and Beyond *Am J Prev Med* 2002; 22 (4S) 0749.
45. Susan L. Norris, MD, MPH, Phyllis J. Nichols, MPH, Carl J. Caspersen et al. The Effectiveness of Disease and Case Management for People with Diabetes A Systematic. *Am J Prev Med* 2002; 22 (4S) 0749.
46. Recommendations for Healthcare System and Self- Management Education Interventions to Reduce Morbidity and Mortality from Diabetes Task Force on Community Preventive Services Medical Subject Headings (MeSH): diabetes mellitus, delivery of health care, health education, community health services, decision making, evidence-based medicine, preventive health services, public health practice, review literature (*Am J Prev Med* 2002; 22 (4S): 10–14.
47. Case Management Interventions are Strongly Recommended to Improve Glycemic Control in Diabetes *The Guide to Community Preventive Services* December 27, 2002 CONTACT L. Norris, MD, MPH Division of Diabetes Translation, NCCDPHP, CDC Community Guide Branch, EPO, CDC 770-488-8189.

48. Basch CE, Walker EA, Howard CJ, Shamon H, Zybert P. The effect of health education on the rate of ophthalmic examinations among African Americans with diabetes mellitus. *Am J Public Health* 1999; 89: 1878–82.
49. Brown SJ, Lieberman DA, Germyen BA, Fan YC, Wilson DM, Pasta DJ. Educational video game for juvenile diabetes: results of a controlled trial. *Med Inform* 1997; 22: 77–89.
50. Couper J, Taylor J, Fotheringham M, Sawyer M. Failure to maintain the benefits of home-based intervention in adolescents with poorly controlled type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1999; 22: 1933–7.
51. Dougherty G, Schiffrin A, White D, Soderstrom L, Sufrategui M. Home-based management can achieve intensification cost-effectively in type I diabetes. *Pediatrics* 1999; 103: 122–8.
52. Manning RM, Jung RT, Leese GP, Newton RW. The comparison of four weight reduction strategies aimed at overweight diabetic patients. *Diabet Med* 1995; 12: 409–15.
53. Mazzuca KB, Farris NA, Mendenhall J, Stoupa RA. Demonstrating the added value of community health nursing for clients with insulin-dependent diabetes. *J Community Health Nurs* 1997; 14: 211–24.
54. Rettig BA, Shrauger DG, Recker RR, Gallagher TE, Wiltse H. A randomized study of the effects of a home diabetes education program. *Diabetes Care* 1986; 9: 173–8.
55. Turnin MC, Beddok RH, Clottes JP, et al. Telematic expert system Diabeto: New tool for diet self-monitoring for diabetic patients. *Diabetes Care* 1992; 15: 204–12.
56. Whitlock WL, Brown A, Moore, K. Telemedicine improved diabetic management. *Mil Med* 2000; 165: 579–84.
57. York R, Brown LP, Samuels P, et al. A randomized trial of early discharge and nurse specialist transitional follow-up care of high-risk childbearing women. *Nurs Res* 1997; 46: 254.
58. Michael S. Schechter, MD, MPH, and the Section on Pediatric Pulmonology, Subcommittee on Obstructive Sleep Apnea Syndrome Technical Report: Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/4/e69> PEDIATRICS Vol. 109 No. 4 April 2002.
59. Promoting Active Lifestyles Among Older Adults DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Centers for Disease Control and Prevention July 2002.
60. Screening for Lipid Disorders U.S. Preventive Services Task Force Recommendations and Rationale AHRQ Pub. No. 02-503A April 2001.
61. Michael P. Pignone, MD, MPH; Christopher J. Phillips, MD, MPH; David Atkins, MD, MPH; Steven M. Teutsch MD, MPH; Cynthia D. Mulrow, MD, MSc; Kathleen N. Lohr, PhD Screening and Treating Adults for Lipid Disorders: A Summary of the Evidence *Am J Prev Med.* 2001; 20 (suppl 3): 77-89.
62. The Royal College of General Practitioners Effective Clinical Practice Unit, University of Sheffield Clinical Guidelines for Type 2 Diabetes Management of blood glucose A Collaborative Programme between: The Royal College of General Practitioners Diabetes UK The Royal College of Physicians The Royal College of Nursing Publication Date: September 2002 Review Date: September 2005.
63. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation, And Treatment Of Overweight And Obesity In Adults The Evidence Report Nih Publication No. 98-4083 September 1998 National Institutes Of Health National Heart, Lung, And Blood Institute In Cooperation With The National Institute Of Diabetes And Digestive And Kidney Diseases.
64. Adults Haq Nawaz, MD, MPH, David L. Katz, MD, MPH From ATPM & ACPM American College of Preventive Medicine Practice Policy Statement Weight Management Counseling of Overweight *Am J Prev Med* 2001; 21 (1) 0749.
65. Hyperglycemic Crises In Patients With Diabetes Mellitus American Diabetes Association P O S I T I O N S T A T E M E N T *Diabetes Care*, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
66. Aspirin Therapy in Diabetes Colwell JA: Aspirin therapy in diabetes (Technical Review). *Diabetes Care* 20: 1767–1771, 1997.

67. Schneider SH, Ruderman NB Diabetes and Exercise: Exercise and NIDDM (Technical Review). *Diabetes Care* 13: 785–789, 1990.
68. Wasserman DH, Zinman B: Exercise in individuals with IDDM (Technical Review). *Diabetes Care* 17: 924–937, 1994.
69. Clement S: Diabetes self-management education (Technical Review). *Diabetes Care* 18: 1204–1214, 1995.
70. Funnell MM, Haas LB: National standards for diabetes self-management education programs (Technical Review). *Diabetes Care* 18: 100–116, 1995.
71. Diabetic Nephropathy DeFronzo RA: Diabetic nephropathy: etiologic and therapeutic considerations. *Diabetes Reviews* 3: 510–564, 1995.
72. Diabetic Retinopathy Aiello LP, Gardner TW, King GL, Blankenship G, Cavallerano JD, Ferris FL III, Klein R: Diabetic retinopathy (Technical Review). *Diabetes Care* 21: 143–156, 1998.
73. Economic Analysis of Diabetes Interventions Klonoff DC, Schwartz DM: An economic analysis of interventions for diabetes. *Diabetes Care* 23: 390–404, 2000.
74. Mayfield JA, Reiber GE, Sanders LJ, Janisse D, Pogach LM: Foot Care Preventive foot care in people with diabetes (Technical Review). *Diabetes Care* 21: 2161–2177, 1998.
75. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Barrett EJ, Kreisberg RA, Malone JJ, Wall BM: Hyperglycemic Crises Management of hyperglycemic crises in patients with diabetes (Technical Review). *Diabetes Care* 24: 131–153, 2001.
76. Hypertension Arauz-Pacheco C, Parrott MA, Raskin P: The treatment of hypertension in adult patients with diabetes (Technical Review). *Diabetes Care* 25: 134–147, 2002.
77. Hypoglycemia Cryer PE, Fisher JN, Shamooh H: Hypoglycemia (Technical Review). *Diabetes Care* 17: 734–755, 1994.
78. Immunizations Smith SA, Poland GA: Use of influenza and pneumococcal vaccines in people with diabetes (Technical Review). *Diabetes Care* 23: 95–108, 2000.
79. Sacks DB, Bruns DE, Goldstein DE, Maclaren NK, McDonald JM, Parrott M: Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 25: 750–786, 2002. Reprinted from *Clinical Chemistry* 48: 436–472, 2002.
80. Haffner SM: Management of dyslipidemia in adults with diabetes (Technical Review). *Diabetes Care* 21: 160–178, 1998.
81. Smoking And Diabetes American Diabetes Association *Diabetes Care*, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
82. Preconception Care Of Women With Diabetes American Diabetes Association *Diabetes Care*, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
83. Management Of Dyslipidemia In Adults With Diabetes American Diabetes Association *Diabetes Care*, Volume 26, Supplement 1, January 2003.
84. Diabetic Nephropathy American Diabetes Association *Diabetes Care*, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
85. Smoking And Diabetes American Diabetes Association *Diabetes Care*, Volume 26, Supplement 1, January 2003.
86. Diabetic Retinopathy American Diabetes Association *Diabetes Care*, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
87. The Prevention Or Delay Of Type 2 Diabetes American Diabetes Association National Institute Of Diabetes, Digestive And Kidney Diseases *Diabetes Care*, Volume 26, Supplement 1, January 2003.
88. Diabetes Mellitus And Exercise American Diabetes Association *Diabetes Care*, Volume 25, Supplement 1, January 2002.

89. Preventive Foot Care In People With Diabetes American Diabetes Association Diabetes Care, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
90. Translation Of The Diabetes Nutrition Recommendations For Health Care Institutions American Diabetes Association Diabetes Care, Volume 26, Supplement 1, January 2003.
91. Treatment Of Hypertension In Adults With Diabetes American Diabetes Association Diabetes Care, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
92. Physical Activity/Exercise And Diabetes Mellitus American Diabetes Association Diabetes Care, Volume 26, Supplement 1, January 2003.
93. Obesity Maggio CA, Pi-Sunyer FX: The prevention and treatment of obesity (Technical Review). Diabetes Care 20: 1744–1766, 1997.
94. Robertson RP, Davis C, Larsen J, Stratta R, Sutherland DER: Pancreas and islet transplantation for patients with diabetes (Technical Review) Diabetes Care 23: 112–116, 2000.
95. Kitzmiller JL, Buchanan TA, Kjos S, Combs CA, Ratner RE: Preconception care of diabetes, congenital malformations, and spontaneous abortions (Technical Review). Diabetes Care 19: 514–541, 1996.
96. Engelgau MM, Narayan KM, Herman WH: Screening for type 2 diabetes (Technical Review). Diabetes Care 23: 1563–1580, 2000.
97. Haire-Joshu D, Glasgow RE, Tibbs TL: Smoking and diabetes (Technical Review). Diabetes Care 22: 1887–1898, 1999.
98. Weir GC, Nathan DM, Singer DE: Standards of care for diabetes (Technical Review). Diabetes Care 17: 1514–1522, 1994.
99. Goldstein DE, Little RR, Lorenz RA, Malone JJ, Nathan D, Peterson CM: Tests of glycemia in diabetes (Technical Review). Diabetes Care 18: 896–909, 1995.
100. Schafer RG, Bohannon B, Franz M, Freeman J, Holmes A, McLaughlin S, Haas LB, Kruger DF, Lorenz RA, McMahan MM: Translation of the diabetes nutrition recommendations for health care institutions (Technical Review). Diabetes Care 20: 96–105, 1997.
101. Report Of The Expert Committee On The Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus The Expert Committee On The Diagnosis And Classification Of Diabetes Mellitus* Diabetes Care, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
102. Nutritional strategies efficacious in the prevention or treatment of coronary heart disease (CHD). SOURCE (S): Nutrition Screening Initiative. Nutritional strategies efficacious in the prevention or treatment of coronary heart disease (CHD). Washington (DC): Nutrition Screening Initiative; 1998. 16 p. RELEASE DATE: 1998 DEVELOPER (S): Nutrition Screening Initiative - Professional Association.
103. Management Of Dyslipidemia In Adults With Diabetes American Diabetes Association Diabetes Care, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
104. Aspirin Therapy In Diabetes American Diabetes Association Diabetes Care, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
105. Preconception Care Of Women With Diabetes American Diabetes Association Diabetes Care, Volume 26, Supplement 1, January 2003.
106. Gestational Diabetes Mellitus American Diabetes Association Diabetes Care, Volume 25, Supplement 1, January 2002.
107. Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzell JD, Chiasson JL, Garg A, Holzmeister LA, Hoogwerf B, Mayer-Davis E, Mooradian AD, Purnell JS, Wheeler M: Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications Diabetes Care 25: 148–198, 2002.

APPENDICE

BINGE EATING SCALE (BES)

J. GORMALLY, S. BLACK, S. DASTON & D. RARDIN, 1982

La compilazione di questo questionario deve essere effettuata mettendo una crocetta su quella affermazione che sembra più congeniale nel descrivere la propria condizione emotiva. Per ciascuno dei 16 gruppi di affermazioni è necessario porre la crocetta su una sola delle quattro possibilità.

1. Non penso consciamente al mio peso e alle dimensioni del mio corpo quando sono con altre persone
- Mi preoccupo del mio aspetto, ma questo non mi rende normalmente insoddisfatto/a di me stesso/a
- Sono consapevole del mio aspetto e del mio peso e questo mi rende deluso/a di me stesso/a
- Sono molto consapevole del mio peso e spesso provo forte vergogna e disgusto per me stesso/a. Perciò cerco di evitare di incontrare altre persone

2. Non ho difficoltà a mangiare lentamente, seduto/a in maniera corretta
- Mi sembra di trangugiare il cibo. Nonostante ciò, non finisco per sentirmi troppo pieno/a per aver mangiato eccessivamente
- Talvolta, tendo a mangiare velocemente e dopo mi sento troppo pieno/a
- Ho l'abitudine di ingollare il cibo quasi senza masticarlo. Quando faccio così, di solito mi sento scoppiare perché ho mangiato troppo

3. Quando voglio, sono capace di controllare i miei impulsi verso il cibo
- Penso di avere minor controllo sul cibo rispetto alla maggior parte delle persone
- Mi sento totalmente incapace di controllare i miei impulsi verso il cibo
- Siccome mi sento totalmente incapace di controllare il mio rapporto con l'alimentazione, sto cercando disperatamente di raggiungere il controllo sul cibo

4. Non ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiato
- Qualche volta mangio quando sono annoiato, ma spesso riesco a distrarmi e a non pensare al cibo
- Ho una vera abitudine di mangiare quando sono annoiato, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo
- Ho una forte abitudine di mangiare quando sono annoiato. Niente riesce a farmi smettere
5. Quando mangio qualcosa di solito è perché ho fame
- Talvolta mangio qualcosa d'impulso, senza avere veramente fame
- Mangio regolarmente per soddisfare una sensazione di fame, pur non avendo bisogno fisicamente del cibo. In queste occasioni non riesco neanche a gustare quello che mangio
- Anche se non ho fisicamente fame, avverto il bisogno di mettere qualcosa in bocca e mi sento soddisfatto/a solo quando riesco a mangiare qualcosa per riempirmi la bocca come un pezzo di pane. Qualche volta, quando questo succede, risputo il cibo per non ingrassare
6. Non mi sento per nulla in colpa, né provo odio per me stesso/a dopo aver mangiato troppo
- Talvolta mi sento in colpa o provo odio per me stesso/a dopo aver mangiato troppo
- Quasi sempre vivo un forte senso di colpa o provo odio per me stesso/a dopo aver mangiato troppo
7. Quando sono a dieta non perdo mai del tutto il controllo sul cibo, anche dopo periodi in cui ho mangiato troppo
- Quando sono a dieta e mangio un cibo "proibito", sento che ormai ho sgartrato e mangio ancora di più
- Quando sono a dieta e mangio troppo spesso mi dico: "Ormai hai sgartrato, perché non vai fino in fondo?" Quando questo succede, mangio ancora di più
- Mi metto regolarmente a dieta stretta, ma poi interrompo la dieta con un'abbuffata. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni
8. Raramente mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a
- Circa una volta al mese mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a
- Ci sono periodi regolari durante il mese in cui mangio grandi quantità di cibo, ai pasti o fuori dai pasti
- Mangio così tanto che di solito, dopo aver mangiato, mi sento piuttosto male ed ho nausea

- 9.** La quantità di calorie che assumo è abbastanza costante nel tempo
- Qualche volta, dopo aver mangiato troppo, cerco di ridurre al minimo le calorie, per compensare l'eccesso di calorie che ho mangiato.
- Abitualmente mangio troppo di notte. Solitamente non ho fame la mattina e mangio troppo la sera
- Da adulto ho avuto periodi di circa una settimana in cui mi sono imposto diete "da fame", a seguito di periodi in cui avevo mangiato troppo. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni
- 10.** Di solito riesco a smettere di mangiare quando voglio. So quando è ora di dire basta
- Talvolta avverto un impulso incontrollabile a mangiare
- Frequentemente avverto forti impulsi a mangiare, che sembro incapace di controllare, mentre altre volte riesco a controllarmi
- Mi sento incapace di controllare i miei impulsi a mangiare. Ho paura di non riuscire a smettere di mangiare volontariamente
- 11.** Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento pieno/a
- Di solito posso smettere di mangiare quando mi sento pieno/a ma talvolta mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente pieno/a
- Per me è un problema smettere di mangiare una volta che ho iniziato e di solito mi sento sgradevolmente pieno/a dopo aver finito di mangiare
- Siccome per me è un problema smettere di mangiare, qualche volta devo provocarmi il vomito per avere sollievo
- 12.** Quando sono con gli altri (incontri familiari, occasioni sociali) mi sembra di mangiare come quando sono da solo
- Talvolta quando sono con gli altri non mangio quanto vorrei, perché sono consapevole del mio disagio verso il cibo
- Spesso mangio poco quando ci sono altre persone, perché mangiare di fronte ad altri mi imbarazza molto
- Mi vergogno così tanto di mangiare troppo, che per farlo scelgo i momenti in cui nessuno mi vede. In effetti, mangio di nascosto
- 13.** Faccio tre pasti al giorno e occasionalmente uno spuntino
- Faccio tre pasti al giorno e normalmente anche degli spuntini
- Quando faccio molti spuntini, salto i pasti regolari
- Ci sono periodi in cui mi sembra di mangiare continuamente, senza pasti regolari

- 14.** Non penso molto a controllare gli impulsi a mangiare non desiderati
- Almeno qualche volta, la mia mente è occupata dal pensiero di come controllare i miei impulsi a mangiare
- Sento che spesso passo molto tempo a pensare a quanto ho mangiato o a come fare per non mangiare più
- Mi sembra che per la maggior parte del mio tempo la mia mente sia occupata da pensieri sul mangiare. Mi sembra di essere continuamente in lotta per non mangiare
- 15.** Non penso molto al cibo
- Mi capita di avere un forte desiderio di cibo, ma solo per brevi periodi di tempo
- Ci sono giorni in cui non penso ad altro che al cibo
- La maggior parte delle mie giornate è occupata da pensieri sul cibo. Mi sembra di vivere per mangiare
- 16.** Di solito so se sono affamato/a oppure no. Prendo la giusta porzione per saziarmi.
- Occasionalmente, sono incerto/a se ho fisicamente fame oppure no. In questi momenti, mi è difficile capire quanto cibo ci vorrebbe per saziarmi.
- Anche se sapessi quante calorie dovrei mangiare, non ho un'idea di precisa di quanto sarebbe una "normale" quantità di cibo per me.

BINGE EATING SCALE (BES)

PAZIENTE

DATA

- | | | | | |
|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 2. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 3. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 5. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 6. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 7. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 8. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 9. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 10. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 11. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 12. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 13. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 14. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 15. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 16. | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |

TOTALE

Il totale si ottiene come somma dei singoli item.

Punteggio normale: < 17.

BECK INVENTORY SCALE (BDI)

Nel questionario che segue troverà dei gruppi di affermazioni. Legga attentamente un gruppo per volta. Scelga da ciascun gruppo l'affermazione che meglio di tutte le altre descrive come si è sentita/o durante la *scorsa settimana, escluso oggi* (tracci un cerchietto attorno al numero a sinistra della affermazione. Se le sembra che diverse affermazioni dello stesso gruppo la descrivono bene, faccia pure più di un cerchietto).

È importante che legga tutte le affermazioni di un gruppo prima di rispondere.

1. 0 Non mi sento triste
1 Mi sento triste
2 Sono sempre più triste e non riesco ad uscire
3 Sono così triste o infelice che non riesco a sopportarlo

2. 0 Non sono praticamente pessimista o scoraggiata/o per il futuro
1 Mi sento scoraggiata/o per il futuro
2 Ho la sensazione di non avere nulla a cui tenere
3 Ho la sensazione che il futuro è disperato o che le cose non possono migliorare

3. 0 Non mi sento una/un fallita/o
1 Ho la sensazione di aver fallito più di quanto in genere fallisca la gente
2 Se ripenso alla mia vita, riesco a vedere solo una serie di fallimenti
3 Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona

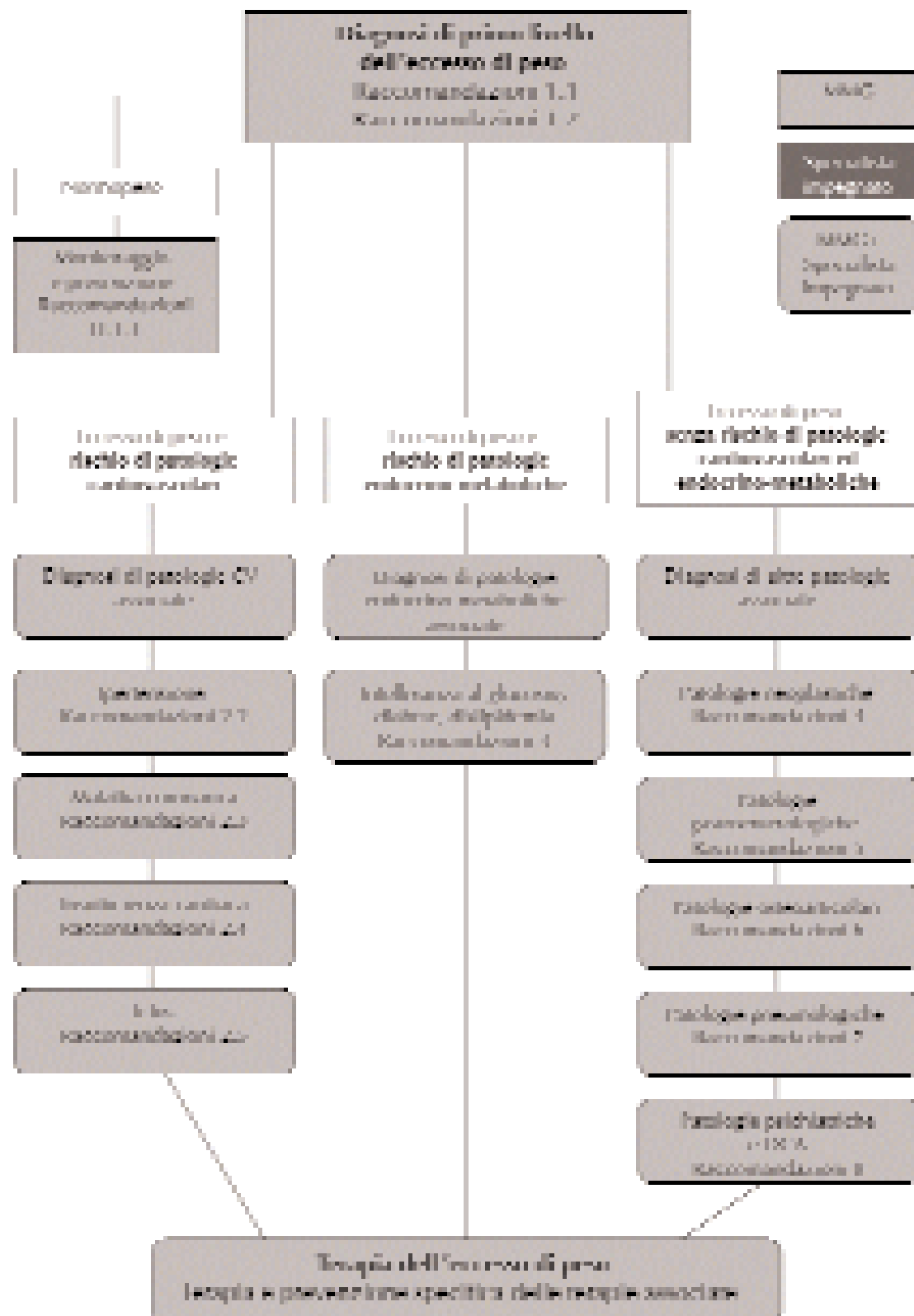
4. 0 Traggio dalle cose la soddisfazione che ho sempre tratto
1 Non mi godo le cose come facevo un tempo
2 Non traggo più una vera soddisfazione da nulla
3 Sono insoddisfatta/o o annoiata/o di tutto

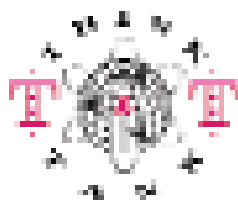
5. 0 Non mi sento particolarmente in colpa
1 Mi sento in colpa per buona parte del tempo
2 Mi sento in colpa per la maggior parte del tempo
3 Mi sento in colpa sempre

- 6.** 0 Non ho la sensazione di essere punita/o
1 Sento che non posso essere punita/o
2 Mi sento di essere punita/o
3 Ho la sensazione di essere punita/o
- 7.** 0 Non mi sento delusa/o da me stessa/o
1 Mi sento delusa/o da me stessa/o
2 Sono disgustata/o da me stessa/o
3 Odio me stessa/o
- 8.** 0 Sento che non sono in alcun modo peggiore degli altri
1 Mi critico per le mie debolezze o per i miei errori
2 Mi accuso sempre per i miei errori
3 Mi accuso sempre per tutte le cose brutte che accadono
- 9.** 0 Non penso mai ad uccidermi
1 Mi piacerebbe uccidermi
3 Mi ucciderei se ne avessi l'occasione
- 10.** 0 Non piango più del solito
1 Ora piango più che in passato
2 Ora piango continuamente
3 Un tempo riuscivo a non piangere, ma ora non ci riesco anche se voglio
- 11.** 0 Non sono più irritata/o del solito
1 Mi infastidisco e mi irrito più facilmente di un tempo
2 Mi sento continuamente irritata/o
3 Non mi irrito affatto per le cose che un tempo mi irritavano
- 12.** 0 Non ho perso interesse per le altre persone
1 Ora ho meno interesse che nel passato per le altre persone
2 Ho perso la maggior parte dell'interesse per le altre persone
3 Ho perso completamente interesse per le altre persone
- 13.** 0 Prendo le decisioni quasi come al solito
1 Rimando le decisioni più di quanto non facessi in passato
2 Ho una difficoltà maggiore di prima nel prendere le decisioni
3 Non riesco più a prendere alcuna decisione

- 14.** 0 Non credo di avere un aspetto peggiore di prima
1 Sono preoccupato di apparire vecchia/o o spiacevole
2 Ho la sensazione che ci siano delle modificazioni permanenti nel mio aspetto che mi fanno apparire spiacevole
3 Credo di apparire brutto
- 15.** 0 Riesco a lavorare quasi come prima
1 Mi ci vuole uno sforzo in più per cominciare a fare qualcosa
2 Devo spronare fortemente me stessa/o per fare qualcosa
3 Non riesco a lavorare per niente
- 16.** 0 Dormo bene come al solito
1 Non dormo bene come al solito
2 Mi sveglio una o due ore prima del solito e mi riesce difficile riaddormentarmi
3 Mi sveglio molte ore prima del solito
- 17.** 0 Non mi stanco più del solito
1 Mi stanco più facilmente di un tempo
2 Mi stanco non facendo quasi niente
3 Sono troppo stanca/o per alcunché
- 18.** 0 Non ho meno appetito del solito
1 Non ho un buon appetito come una volta
2 Ora ho molto meno appetito
3 Ora non ho più appetito per niente
- 19.** 0 Di recente ho perso poco o niente peso
1 Di recente ho perso più di due chili
2 Di recente ho perso più di quattro chili e mezzo
3 Di recente ho perso più di dieci chili e mezzo
- 20.** 0 Non mi preoccupo della mia salute più del solito
1 Mi preoccupo per i problemi fisici come fitte e dolori, o per il mal di stomaco, o per la stitichezza
2 Sono tanto preoccupata/o per problemi fisici schemi è difficile pensare ad altre cose
3 Sono così presa/o dai miei problemi fisici da non poter pensare ad altro

- 21.** 0 Non ho notato di recente alcun cambiamento riguardo al mio interesse per il sesso
- 1 Ho meno interesse di una volta per il sesso
 - 2 Ho molto meno interesse per il sesso ora
 - 3 Ho perso completamente interesse per il sesso





THINK TANK
Via Mellerio, 3
20123 Milano

Tel. +39 02 86465015
Fax +39 02 86465017
thinktanksrl@thinktank-italy.it