

## LG EUROPEE RIVOLTE AL MMG PER IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE AFFETTO DA OBESITÀ

Responsabile Editoriale  
**Renato Cozzi**

Sono state recentemente pubblicate con accesso libero su *Obesity Facts* le linee guida (LG) per il trattamento dell'obesità nell'adulto, formulate per il medico di medicina generale (MMG). Il testo è composto in modo semplice con raccomandazioni pratiche.

L'aspetto centrale di queste LG riguarda la comunicazione, particolarmente importante per la gestione del paziente con obesità, ma ancora più delicata per il MMG che per primo viene in contatto con il paziente obeso. La comunicazione deve favorire l'accoglienza, l'auto-determinazione del paziente nel processo di cura, con forte enfasi a evitare aspetti negativi, talvolta offensivi nei confronti del soggetto affetto da obesità. È ben noto, infatti, che il paziente obeso viene "colpevolizzato" a ogni livello (famiglia, opinione pubblica, MMG, medico specialista) per la mancata aderenza al piano di cura. Tutti i dati a nostra disposizione, tuttavia, evidenziano una base genetica ed epigenetica per lo sviluppo dell'obesità, con riduzione del senso di sazietà, aumento della pulsione verso il cibo e riduzione della spesa energetica.

Le LG si articolano attraverso un percorso che va dalla presa in carico del paziente alla terapia (comportamentale, farmacologica, chirurgica), basata sulla stratificazione della gravità dell'obesità (per la presenza di complicanze) e la cura delle comorbidità.

### Comunicazione e motivazione: guida all'"intervista motivazionale"

Vengono fornite istruzioni dettagliate (tab. 1) sugli aspetti da trattare con il paziente durante il colloquio, finalizzati alla consapevolezza dell'importanza del cambiamento e alla percezione di essere in grado di realizzarlo con la giusta priorità. Quando queste condizioni si realizzano, il paziente è pronto a iniziare il percorso di cura.

<b>Tabella 1</b> <b>Domande utili nell'intervista motivazionale (estratta da tab. 3)</b>
Possiamo parlare del suo peso?
Quanto considera importante il cambiamento dello stile di vita?
Quanta fiducia nutre nella possibilità di cambiare le sue abitudini?
Ci sono elementi di <i>stress</i> nella sua vita che potrebbero ostacolare il cambiamento?
Che cosa cambierebbe e come?
Quali vantaggi si aspetta dal cambiamento?
Quali obiettivi considera raggiungibili?
Da quali cambiamenti vorrebbe iniziare e di quale aiuto avrebbe bisogno?

### Evitare la stigmatizzazione

È importante riconoscere che il paziente è stato esposto cronicamente a svalutazione per la sua incapacità di controllare il peso; deve essere, quindi, evitata la colpevolizzazione, considerando che, a causa della complessa eziologia dell'obesità, la malattia spesso sfugge all'auto-determinazione. La stigmatizzazione può essere ridotta sia attraverso l'utilizzo dell'intervista motivazionale, sia evitando di utilizzare termini inappropriati e offensivi. Non dovremmo riferirci al paziente come obeso ma descrivere la malattia in termini di BMI ed eccesso ponderale.

### Valutazione clinica

Particolare importanza va data alla storia dell'obesità, all'esame obiettivo, alla valutazione degli stili di vita, allo stato psicologico e agli esami di laboratorio, per verificare eventuali obesità secondarie e possibili complicanze.

**La presenza di complicanze, e non il BMI, deve determinare l'approccio terapeutico e la sua intensità.**

La storia del peso è molto importante per definirne l'eziopatogenesi. Da un lato l'obesità riconosce fattori genetici ed epigenetici predisponenti. In tal senso è utile indagare la presenza di macrosomia fetale, che possa rivelare un possibile diabete gestazionale della madre, noto fattore di rischio metabolico. D'altro canto è necessario indagare possibili eventi favorevoli l'aumento ponderale (patologie intercorrenti, fattori stressanti).



Stabilire se il paziente si trova nella fase di stabilizzazione o in una fase dinamica (progressivo guadagno ponderale) è utile per definire l'intensità del trattamento.

### Riconoscere e gestire le comorbidità

Particolare attenzione deve essere rivolta a diabete, dislipidemia, steato-epatite, malattie cardio-vascolari (CV). Particolare enfasi va posta sulla ricerca della sindrome delle apnee notturne (OSAS, spesso sotto-diagnosticata), che gioca un ruolo chiave nella patogenesi delle complicanze e dell'obesità stessa.

Una riduzione ponderale del 5-15% è di per sé efficace nel migliorare il controllo delle comorbidità. La steato-epatite, invece, potrebbe richiedere maggiori percentuali di riduzione (fino al 40%).

### Laboratorio

Ai fini di un inquadramento di base sono necessari i seguenti esami: glicemia, profilo lipidico, funzionalità renale ed epatica; ecografia epato-biliare e, in caso di enzimi epatici elevati, eventuale biopsia epatica.

Ulteriori esami utili: indici di infiammazione, uricemia (in caso di gotta), TSH, valutazione CV (ecocardiogramma, test ergometrico), studio delle OSAS, ulteriori esami ormonali (esclusione della sindrome di Cushing e di patologie ipotalamiche se clinicamente indicato).

### Terapia

Gli obiettivi primari del percorso di cura, teso a escludere comportamenti stigmatizzanti, sono la riacquisizione della fiducia e di una visione positiva della propria immagine corporea.

**La prevenzione delle complicanze o il trattamento di comorbidità eventualmente già in atto dovrebbero essere considerate priorità rispetto all'obiettivo ponderale.** La riduzione della circonferenza vita è un obiettivo da perseguire, in virtù della stretta correlazione tra obesità viscerale e rischio CV.

Idealmente il **team** dovrebbe essere multi-disciplinare, costituito da MMG, endocrinologo, nutrizionista, esperto di medicina dello sport/allenatore sportivo, psicologo e infermiere. **Il paziente deve essere coinvolto nel team come parte attiva** e non come soggetto passivo. La terapia non può prescindere da un intervento cognitivo su tre macro-aree: nutrizione, attività fisica, aspetti psicologici. Queste LG sottolineano il ruolo del paziente nella scelta dell'area di intervento prioritaria. Con l'aiuto del **team** il paziente identifica l'area di maggior disagio e il percorso più appropriato per affrontarlo.

**Tabella 2**

**Consigli nutrizionali e comportamentali** (estratta da tab. 7)

Mangiare solo in risposta allo stimolo della fame e terminare il pasto quando compare il senso di sazietà
Mangiare lentamente: il senso di sazietà compare circa 20 minuti dopo l'inizio del pasto
Tenere un diario alimentare con lo scopo di capire quanto si mangia, il tipo di alimentazione (compulsiva, <i>snack</i> ), gli stimoli alimentari (noia, frustrazione, ecc)

Il **diario** alimentare, oltre a un aspetto diagnostico, ha **valenza terapeutica**, perché costringe il paziente a confrontarsi con le proprie abitudini alimentari, aumentando la consapevolezza dell'errore.

**L'attività fisica** ha aspetti benefici sulla salute a prescindere dagli effetti sul peso ed è importante spiegare al paziente che **un obeso attivo ha una prognosi CV migliore di un magro sedentario**. Camminare rimane la migliore attività, mentre l'esercizio intenso richiede un'attenta valutazione cardiologica.

In presenza di depressione, ansia, alterazioni della percezione del sé, ridotta autostima, è consigliabile la **psicoterapia**.

Le LG si limitano a ribadire concetti già noti: la **farmaco-terapia** non può prescindere dalle modifiche dello stile di vita. I farmaci anti-obesità vanno considerati per BMI > 30 o > 27 kg/m<sup>2</sup> in presenza di comorbidità. Sono efficaci se determinano una riduzione del peso > 5% in 3 mesi (> 3% se diabetico); in caso di inefficacia, andrebbero interrotti.

Sono disponibili oggi in Italia:

- liraglutide: maggiore efficacia, particolarmente consigliata nei pazienti diabetici o con sindrome metabolica;
- bupropione/naltrexone: similmente efficace, ma con necessità di attenzione agli effetti collaterali, soprattutto nei pazienti ipertesi;
- orlistat: meno efficace, particolarmente indicato nella steato-epatite. può determinare malassorbimento di vitamine liposolubili.

La **chirurgia bariatrica** è il trattamento più efficace per la cura dell'obesità, soprattutto a lungo termine. Va considerata, quando la terapia farmacologica e comportamentale siano state fallimentari, in pazienti con:

- BMI > 40 kg/m<sup>2</sup>;
- BMI > 35 kg/m<sup>2</sup> in presenza di comorbidità;
- BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> in presenza di diabete non controllabile.

Le due tecniche più utilizzate sono la *sleeve gastrectomy* (minor rischio operatorio, non malassorbitiva) e il *by-pass* gastrico (calo ponderale maggiore a costo di maggior rischio operatorio e induzione di malassorbimento). I pazienti con indicazione alla chirurgia bariatrica vanno inviati a un centro di riferimento, per un'accurata valutazione pre-operatoria e per il *follow-up* post-operatorio.

### Commento

**L'aspetto innovativo di queste linee guida è l'enfasi sulla comunicazione e sull'accoglienza, con la proposta di un cambiamento in cui il paziente è autore/attore.**

Svalutare e colpevolizzare un paziente diventato obeso è come svalutare un paziente diventato diabetico, senza considerare che entrambe le patologie riconoscono una complessa patogenesi multi-fattoriale, geneticamente determinata, largamente fuori dal controllo individuale.

### Bibliografia

1. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obes Facts* 2019, 12: 40–66.