

# Aspetti dell'obesità nel modello di trattamento ambulatoriale presso l'U.O. di medicina nutrizionale e chirurgia bariatrica dell'ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù. Un approccio multidisciplinare

CARLA GAFF URI \*

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2005 circa 1,6 miliardi di adulti (età maggiore di 15 anni) erano in sovrappeso, almeno 400 milioni erano gli adulti obesi e almeno 20 milioni di bambini di età inferiore a 5 anni erano in sovrappeso. Le proiezioni dell'OMS mostrano che, per il 2015, gli adulti in sovrappeso saranno circa 2,3 miliardi e gli obesi più di 700 milioni. Obesità e sovrappeso, prima considerati problemi solo dei Paesi ricchi, sono ora drammaticamente in crescita anche nei Paesi a basso e medio reddito, specialmente negli insediamenti urbani, e sono ormai riconosciuti come veri e propri problemi di salute pubblica. In particolare, l'obesità infantile è una delle più gravi questioni del Ventunesimo secolo. La prevalenza ha raggiunto livelli preoccupanti: si stima che nel 2010 i bambini con meno di 5 anni di età in eccesso di peso sono oltre 42 milioni e, di questi, quasi 35 milioni vivono in Paesi in via di sviluppo. La gravità della diffusione dell'obesità infantile sta anche nel fatto che i bambini obesi rischiano di diventare adulti obesi. E l'obesità è un fattore di rischio per serie condizioni e patologie croniche come le malattie ischemiche del cuore, l'ictus, l'ipertensione arteriosa, il diabete tipo 2, le osteoartriti e alcuni tipi di cancro (corpo dell'utero, colon e mammella). In Italia circa 50 mila decessi l'anno sono da attribuire al problema dell'obesità, che negli ultimi anni è aumentata significativamente in tutto il nostro Paese.

In base ai dati Passi raccolti nel 2008, in Italia, tre adulti su dieci (32%) sono in sovrappeso, mentre uno su dieci è obeso. Dunque, in totale, il 42% della popolazione tra i 18 e i 69 anni è in eccesso ponderale. Questa condizione è più frequente tra gli uomini (51%) che tra le donne (32%) e aumenta con l'avanzare dell'età: si passa infatti dal 18% per la classe d'età 18-24 anni al 58% per le persone tra i 50 e i 69 anni.

Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli e nel confronto interregionale si osserva un gradiente Nord-Sud: la Lombardia è la Regione con la percentuale più bassa di persone in eccesso ponderale (33%), mentre la Basilicata è quella con il tasso più alto (54%). Oltre alla Basilicata, anche Sicilia, Campania, Abruzzo e Molise sono le Regioni con maggiore diffusione di sovrappeso e obesità. Questi dati sono coerenti anche con quelli forniti dall'Istat attraverso l'indagine multiscope "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", pubblicata nel marzo 2007 e riferita all'anno 2005, secondo cui gli adulti obesi in Italia sono circa 4,7 milioni, il 9% in più rispetto all'indagine effettuata nel 1999-2000. Dei 120 mila individui intervistati, il 34,2% ha dichiarato di essere in sovrappeso e il 9,8% di essere obeso (sulla base dell'indice di massa corporea).

Il problema obesità si concentra soprattutto tra le fasce di popolazione con basso status socioeconomico. Netta è la relazione tra basso livello di istruzione ed eccesso ponderale: tra gli adulti con titolo di studio medio-alto la percentuale degli obesi si attesta intorno al 5% mentre triplica tra le persone che hanno conseguito la licenza elementare (15,8%)

La recente sperimentazione, realizzata in 7 Regioni italiane, di un sistema di sorveglianza della salute della popolazione anziana (Passi d'Argento) indica un aumento della popolazione in eccesso di peso fino a 75 anni di età: in questa fascia d'età, infatti, sovrappeso e obesità sono pari al 60%. Poi inizia una diminuzione tra i 75 e gli 84 anni (53%) e ancor di più negli ultra 85enni (42%)

Superati i 65 anni di età, l'indice di massa corporea è soggetto a variazioni legate a fattori biologici e patologici. Progressivamente infatti aumenta la percentuale di persone che perdono peso (più del 5% del peso o più di 4,5 kg negli ultimi 12 mesi) indipendentemente dalla loro volontà. Questo aspetto, che è un fattore potenzialmente fragilizzante, si verifica più spesso nelle donne, con l'avanzare dell'età e con il crescere delle difficoltà economiche.

La diminuzione del benessere economico dovuta ad un peso corporeo eccessivo è in genere legata ai costi diretti, indiretti e personali che questa situazione comporta. I primi comprendono i costi medici legati a ricoveri ospedalieri, procedure diagnostiche e cure del sovrappeso-obesità e delle malattie correlate. In Italia sembra che i costi diretti dell'obesità superino i 20 miliardi di euro annui, destinati per più del 60% a ricoveri ospedalieri per malattie correlate all'obesità (diabete, dislipidemia, ipertensione arteriosa, cardiopatia ipertensiva e/o ischemica/osteoartrosi, malattie respiratorie).

I costi indiretti sono dovuti ad una diminuzione di produttività a causa di malattie, invalidità o morte prematura. I costi personali infine, sono quelli conseguenti allo stigma sociale che colpisce gli individui obesi e che, in un circolo vizioso, tende a compromettere la stima di sé, la conquista di posizioni sociali prestigiose e, quindi, il reddito. Dei costi personali fanno parte anche la maggiore entità dei premi richiesti dai contratti d'assicurazione per le malattie e per la vita, e le enormi somme di denaro spese individualmente per prodotti ritenuti dimagranti e per programmi commerciali diretti a far perdere peso (Bosello, Cuzzolaro 2006).

### **Un modello d'intervento multidisciplinare**

Tentare di imporre un modello medico elementare di malattia incapace di tenere conto della pluralità e della diversità di fattori che intervengono nella genesi dell'obesità e nel suo decorso, oggi non è più pensabile, come pure prescrivere semplicemente una dieta restrittiva ad una persona sovrappeso. Pertanto sono necessarie non solo le competenze del chirurgo, ma anche quelle del nutrizionista, dell'internista, del gastroenterologo, dell'endocrinologo, del fisioterapista, (in quanto un esercizio fisico continuativo potrebbe risultare molto importante per la riuscita a lungo termine degli interventi per il trattamento dell'obesità) e dello psicologo. Fin dalla sua nascita nel 2004 nel Servizio di Medicina Nutrizionale presso il Presidio Ospedaliero di Cantù, si è prevista la figura dello psicologo come uno dei cardini professionali del sistema.

Il protocollo del Servizio prevede una fase preliminare durante la quale viene innanzitutto analizzata la disponibilità del paziente ad intraprendere la terapia e soprattutto la sua motivazione.

Questa fase comprende, inoltre, un incontro da parte del paziente con ogni singolo componente dell'équipe per la valutazione diagnostica, al fine di determinare eventuali complicanze psichiatriche o mediche. Vengono contemporaneamente fornite informazioni generali sui disturbi dell'alimentazione e sulla possibilità di seguire un percorso psico-terapeutico mirato.

In seguito, nel contesto del trattamento, le diverse figure professionali operano in una sequenza di interventi che si possono così sintetizzare:

- Visita psicologica per la valutazione diagnostica (con l'ausilio di test e questionari di autovalutazione).
- Visita medica.
- Valutazione dietistica.
- Valutazione del tipo di trattamento più adeguato al caso specifico (compresa anche la valutazione di intervento di chirurgia bariatrica).
- Proposta del trattamento al paziente.
- Inserimento nel programma terapeutico.

Il programma terapeutico prevede i seguenti obiettivi:

- Il recupero di un peso salutare per il paziente.
- La risoluzione della psicopatologia sottostante il comportamento alimentare disfunzionale.
- Il miglioramento dell'autostima e delle relazioni interpersonali.

Alla fine del programma riabilitativo in Day Hospital o in Day Service (ambulatorialmente), i pazienti vengono seguiti in follow-up per un periodo di sei mesi con incontri settimanali nei primi due mesi, quindicinali nei due successivi e mensili negli ultimi.

La decisione di iniziare una terapia è un fenomeno complesso, ma in sintesi può dipendere da tre fattori principali: essere motivati al cambiamento; essere disponibili ad impegnarsi nel processo terapeutico; concordare con gli obiettivi e le strategie del trattamento.

La motivazione alla guarigione non compare da un giorno all'altro, ma è il punto di arrivo di un processo spontaneo che inizia gradualmente a svilupparsi quando compaiono i primi effetti negativi del disturbo dell'alimentazione.

Purtroppo questo processo che porta alla decisione di iniziare una terapia può essere molto lungo perché, spesso, il disturbo alimentare concorda con i valori e il modo di vivere dell'individuo, i suoi precedenti fallimenti e la necessità di un sostegno in ambito familiare. Ciò comporta il rischio che si arrivi ad essere motivati quando il disturbo è ormai diventato cronico; è noto da tempo, infatti, che più precoce è l'intervento terapeutico, maggiori sono le possibilità di guarigione (Schoemaker, 1997; Reas e coll., 2000).

Bisogna aggiungere che la motivazione al cambiamento non è stabile, ma fluttua da un momento all'altro e da una situazione all'altra; spesso, ad esempio, accade che una persona inizi il trattamento con molta motivazione ed impegno, ma alle prime difficoltà decida di interromperlo.

Lavorare sulla motivazione, quindi, non si esaurisce nella fase preliminare, ma è un processo che accompagna tutta la durata della terapia.

L'obesità non è solo un disturbo, ma può rappresentare un vero e proprio stile di vita, una modalità di difesa che si inserisce in un ampio sistema di regolazione e che finisce con l'assumere compiti importanti anche se inconsapevoli.

### **La dinamica causa-effetto tra obesità e disturbi psicologici-relazionali**

L'aspetto fisico e la problematica organica possono mascherare aspetti psicopatologici più gravi, ma le varie ricerche hanno dato risultati diversi in merito alla dinamica causa-effetto tra l'obesità e i disturbi psicologici-relazionali. Se alcune ricerche hanno evidenziato la presenza di alcuni tratti psicopatologici nei soggetti obesi, altre hanno mostrato che sono l'obesità stessa e la frustrazione ripetuta relativa a diverse diete fallite che causano problemi di tipo psicologico e relazionale.

Valtolina e Molinari, in un decennio di ricerche (1986-1996), hanno evidenziato che in popolazioni di soggetti obesi che hanno richiesto un trattamento di natura psicologica, si possono notare valori più elevati rispetto a caratteristiche psicologiche come depressione, isteria, ipocondria, impulsività, Alessitimia.

Dai risultati di ulteriori ricerche (Rand e McGregor, 1990 e Gambino, Liberti, Cuzzolaro, 1998), emerge che fattori psicologici indicati come possibili cofattori eziopatogenetici sono:

a livello cognitivo: la tendenza al perfezionismo, la bassa autostima, il basso livello di autoefficacia, il pensiero dicotomico, il *locus of control* esterno (attenzione centrata verso gli stimoli provenienti dall'esterno);

a livello emotivo: i disturbi dell'umore, la sofferenza per la mancata corrispondenza tra peso reale e peso ideale, il disagio per le proprie forme corporee, la scarsa capacità di espressione emozionale, l'ansia sociale, il senso di inadeguatezza e l'impulsività;

a livello comportamentale e relazionale: la scarsa capacità di *coping* (modalità di risposta emotiva-cognitiva-comportamentale agli eventi stressanti), la passività nelle relazioni, l'evitamento di situazioni sociali difficili da gestire e il camuffamento.

È, inoltre, interessante considerare l'atteggiamento dei soggetti obesi verso le qualità visive e olfattive del cibo. Nei soggetti con un *locus of control* esterno la vista, l'odore di alcuni cibi e il fatto di poterne disporre con relativa semplicità, rende tali alimenti irresistibili e ne determina l'assunzione. La fame (stimolo interno) non viene correttamente percepita e/o interpretata, e la persona si alimenterebbe perché vede il cibo, perché è l'ora di mangiare o perché si crea la situazione; allo stesso modo non si ferma di mangiare quando è sazia, ma solo quando il cibo è terminato.

Alcuni obesi, inoltre, non sono consapevoli della quantità di calorie che ingeriscono: affermano di mangiare poco, ma sono vittima di errori dietetici. I soggetti obesi, infatti, sono particolarmente attratti da alimenti ricchi di zuccheri e grassi.

È possibile fare delle distinzioni anche rispetto alle modalità di assunzione del cibo durante la giornata: alcuni soggetti assumono cibo in continuazione ed in modo quasi automatico, spizzicano durante il giorno, assaggiano quando cucinano e bevono frequentemente vino o bevande gasate; altri seguono una dieta ferrea per alcuni giorni e poi si lasciano andare ad abbuffate nel fine settimana. Altri ancora mangiano in uno stato di semi-coscienza, che può raggiungere anche stati crepuscolari o di trance (soggetti che soffrono di bulimia o di BED). In questi casi ogni forma di pensiero e di riflessione critica è assente; i gesti si susseguono acriticamente in maniera compulsiva.

Solo in un secondo momento diventano consapevoli della quantità di cibo ingerito.

Alcuni soggetti obesi si sottopongono continuamente a diete restrittive che poi diventano la causa stessa, o una concausa rilevante, dell'obesità, modalità che può instaurare un circolo vizioso che può condurre al disturbo del comportamento alimentare vero e proprio, dove vengono alterati gli aspetti fisiologici (senso di fame/senso di sazietà) e gli aspetti emotivo-comportamentali (i soggetti presentano un alto grado di ansia, di irritabilità, di depressione, il desiderio sessuale e le emozioni si smorzano e il pensiero si focalizza sul cibo).

Spesso il soggetto obeso ha difficoltà a riconoscere il senso di fame e quello di sazietà che vengono confusi con delle "tensioni" in senso generico (collera, paura, noia, vuoto interiore). Il cibo diventa per l'obeso adulto il modo di rispondere a ogni emozione e sensazione sia positiva che negativa.

Molti sono gli aspetti che accomunano la sofferenza di chi presenta un'obesità importante, sia dal punto di vista psicologico che fisico, specialmente nella gestione di un corpo che, con l'aumentare del peso, diventa invalidante per svolgere qualsiasi attività. Lo studio preliminare dell'obesità mi ha permesso di considerare un "protocollo" di comportamenti e atteggiamenti che è più frequente cogliere e riscontrare nei soggetti con questo tipo di problematica.

Nonostante questa comunanza nelle problematiche, ogni individuo è e si mostra unico, sia nella storia che nel vissuto personale.

Le persone che soffrono di obesità generalmente si vergognano dei loro disturbi e non hanno fiducia nella loro capacità di cambiare.

Comunicare che il comportamento disfunzionale sta servendo ad uno scopo, e che il paziente non può aver preso la decisione cosciente di permettere al disturbo di servire a quel fine, ma che il disturbo ha agito come soluzione per risolvere le difficoltà e può ancora essere il modo migliore a sua disposizione per affrontarne altre, può essere l'inizio per costruire un rapporto comunicativo empatico e offrire l'opportunità di intraprendere un percorso che ha la finalità di portare il paziente a prendere coscienza delle proprie risorse.

Se ne deduce che il raggiungimento della maggior parte degli obiettivi primari è connesso debolmente con la perdita di peso, poiché esso è solo il sintomo di disturbi sottostanti che lo alimentano.

Un importante lavoro viene fatto sulla motivazione al cambiamento e sui deficit psicologici in modo da diminuire le ricadute, le delusioni o gli abbandoni. In particolare, il lavoro psicologico mira a rafforzare la sensazione interna di valere; riuscire a raggiungere gli obiettivi desiderati; riconoscere e comunicare le proprie emozioni e i propri bisogni; acquisire la consapevolezza di saper costruire delle relazioni equilibrate sia dal punto di vista della soddisfazione dei propri bisogni che di quelli altrui.

Questi sono elementi importanti da tenere presente nel nostro lavoro con le persone obese sia per migliorare il loro benessere psicologico che per ottenere i cambiamenti desiderati da un punto di vista dietologico.

Alcuni degli elementi psicologici sui quali si deve lavorare maggiormente sono: l'attenuazione del pensiero ossessivo e centrato sul cibo e le dimensioni del corpo; la modificazione delle "dispercezioni emotive", ovvero la tendenza a confondere le emozioni negative e spiacevoli con la sensazione di fame e appetito; la crescita della stima di se stessi; il miglioramento delle capacità assertive; l'auto-efficacia; la gestione dell'aggressività che in alcune situazioni è compromessa e auto-diretta con la tendenza ad agire impulsivamente.

### **L'esperienza dell'U.O. di Medicina Nutrizionale e Chirurgia Bariatica: alcuni dati**

Al 31 dicembre 2009 l'Ambulatorio dell'Obesità della Medicina Nutrizionale è il riferimento specialistico per circa 1500 persone, delle quali la maggior parte presenta problematiche internistiche complesse e complicanze metaboliche e/o respiratorie e/o cardiovascolari e/o dell'apparato locomotore.

La maggior parte dei pazienti che si rivolgono all'Ambulatorio ha effettuato numerosi precedenti tentativi dietetici, farmacologici e, più raramente, chirurgici per perdere peso senza successo o con successo temporaneo.

La maggior parte dei pazienti (circa 78%) viene seguita ambulatorialmente e, nel 40% dei casi, con la collaborazione di un dietista e di uno psicologo. Alla luce dell'esperienza qui maturata è possibile sostenere che:

- i pazienti che vengono sottoposti a valutazione pluridisciplinare (internista, dietista, psicologo) sono quelli che risultano più "difficili" alla prima valutazione (storia di precedenti fallimenti, scoraggiamento, grave obesità);
- quasi tutti i pazienti riferiscono un livello di gradimento del Servizio francamente superiore a quello relativo alle precedenti esperienze.

Dall'analisi preliminare dei dati, si può prudenzialmente dichiarare che al follow up di un anno, più dell'80% delle persone mantiene un calo di peso superiore al 5% rispetto a quello basale (si tratta di pazienti difficili, per cui, per definire un intervento terapeutico come efficace, l'obiettivo da raggiungere è il calo di almeno il 5% di mantenimento a 2 anni dall'inizio del trattamento).

I pazienti più complessi vengono inviati al Day Hospital di Medicina Nutrizionale (20% dei casi) per una valutazione pluridisciplinare approfondita e per un'osservazione prolungata e continuativa oppure possono essere ricoverati in reparto di degenza (2%) per l'effettuazione di procedure più complesse (es. saturimetria notturna o polissonniografia) in pazienti con complicanze severe (insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco...). A questo riguardo è essenziale la collaborazione con l'Unità Operativa di Riabilitazione Cardio Respiratoria.

I pazienti obesi con BMI (Indice di Massa Corporea) molto elevato o con comorbidità, di età compresa tra i 18 e 65 anni, che non abbiano trovato giovamento da un adeguato trattamento medico nutrizionale, dietetico e comportamentale, dato l'elevato rischio correlato alla persistenza dell'obesità, trovano indicazione ad un trattamento di chirurgia bariatrica.

Presso la struttura ospedaliera di Cantù è operativo dal 2006 un Centro di Chirurgia dell'Obesità gestito da chirurghi esperti in chirurgia laparoscopica mininvasiva con uno specifico training in chirurgia bariatrica presso Centri di alta specializzazione.

Le tecniche chirurgiche possono essere così riassunte:

Malassorbitive pure	bypass digiuno-ileale
	bypass biliointestinale
Restrittive	gastroplastiche
	bendaggio gastrico
	bypass gastrico
Miste	diversione bilio-pancreatica
Alternative	palloncino intragastrico
	stimolatore gastrico

Dal 2005 al 2009 sono stati effettuati i seguenti trattamenti bariatrici:

- 15 bendaggi gastrici
- 56 BIB (palloncini intragastrici)
- 11 Sleeve gastrectomy (gastroplastica verticale)
- 21 Bypass gastrici
- 12 Divisioni biliointestinali

Per la chirurgia dell'obesità, la valutazione psicologica preoperatoria rappresenta un momento importante e necessario per escludere eventuali disturbi psichiatrici in atto o pregressi, abuso di sostanze e per verificare la motivazione all'intervento spesso legata ad aspettative magiche.

Il recupero ponderale nel periodo post-operatorio è da annoverare tra i fattori critici per il risultato a lungo termine dell'intervento. Spesso si assiste ad un peggioramento complessivo del quadro psicologico del paziente e della sua percezione della propria qualità di vita. È quindi consigliabile una politica di monitoraggio continua e a lungo termine per evitare nuovamente l'insorgenza del comportamento alimentare disfunzionale.

Per concludere, voglio sottolineare che, nel difficile campo dei Disturbi del Comportamento Alimentare, affrontare e lavorare sul sintomo porta al raggiungimento di obiettivi effimeri, il vero obiettivo è quello di intervenire alla base del costruito disfunzionale che causa e mantiene la patologia.

\* Psicologa.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Bosello O., Cuzzolaro M. (2006). *Obesità e sovrappeso*. Il Mulino: Bologna
- Gambino C., S.Liberti, M.Cuzzolaro (1998). *Obesità e disturbi psicopatologici*. *Obesità trattato multidisciplinare* (pp.505-507). Kurtis: Milano.
- Rand C.W.S., Macgregor A.M.C. (1990) *Morbidity obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity*. *Southern Medical Journal*; 83: 1390-1395.
- Reas D.L., Williamson D.A., Martin C.K., Zucker N.L. (2000). *Duration of illness predicts out come for bulimia nervosa: a long term follow-up study*. *International Journal of Eating Disorders*; 27: 428-434.
- Schoemaker C. (1997). *Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome*. *International Journal of Eating Disorders*; vol.21 No. 1, 1-15.