

Linee guida per l'identificazione, la valutazione e il trattamento di sovrappeso e obesità

Antonino Cartabellotta^{1*}, Marcello Montomoli²

¹Medico, Fondazione GIMBE, ²Medico, Azienda USL7 Siena

Il sovrappeso e l'obesità generano serie problematiche socio-sanitarie. Nel Regno Unito la prevalenza dell'obesità è notevolmente aumentata dal 1980 (6% negli uomini e 8% nelle donne) al 2012 (rispettivamente 24% e 25%)^{1,2}. L'obesità grave (BMI >40), rara nel 1980, oggi colpisce il 2,4% della popolazione. Nel 2012 circa il 30% dei bambini tra i 2 e i 15 anni erano sovrappeso o obesi. Le patologie correlate all'obesità comprendono diabete di tipo 2, ipertensione, sindrome delle apnee ostruttive nel sonno e reflusso gastro-esofageo³. L'obesità aumenta inoltre il rischio per molte neoplasie³ e contribuisce alla morbilità psicologica e psichiatrica⁴. Il trattamento dell'obesità può essere difficoltoso e richiede programmi multifattoriali per la gestione del peso corporeo; tuttavia, l'attuale erogazione dei servizi è variabile e spesso limitata⁵.

La disponibilità di nuove evidenze sulle diete fortemente ipocaloriche – *very low calorie diets* (VLCD) – e sulla efficacia della chirurgia bariatrica nei pazienti con diabete di tipo 2 di recente insorgenza, nonché la mancanza di raccomandazioni per il follow-up post-chirurgia bariatrica hanno richiesto la revisione delle linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) pubblicate nel 2006⁶. Le raccomandazioni del NICE sono basate su revisioni sistematiche delle migliori evidenze disponibili e sulla esplicita considerazione del rapporto costo-efficacia degli interventi sanitari. Quando le evidenze sono limitate, le raccomandazioni si basano sull'esperienza e l'opinione del gruppo che ha prodotto la linea guida – *Guideline Development Group* (GDG) – e sulle norme di buona pratica clinica. I livelli di evidenza delle raccomandazioni sono indicati in corsivo tra parentesi quadre. Questo articolo sintetizza le più recenti raccomandazioni del NICE⁷; i box riportano quelle non aggiornate relative a principi generali di assistenza (box 1), identificazione e valutazione di sovrappeso e obesità (box 2), interventi sullo stile di vita (box 3), interventi farmacologici e chirurgici (box 4).

1. Diete fortemente ipocaloriche (VLCD)

• Non prescrivere di routine VLCD (≤800 kcal/die) per il trattamento dell'obesità (BMI >30). [*Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a molto bassa, su un'analisi di costo-efficacia e sull'esperienza e l'opinione del GDG*]

• Considerare le VLCD esclusivamente nell'ambito di una strategia multifattoriale di gestione del peso corporeo (box 3) nei soggetti obesi che hanno reali necessità cliniche di perdere rapidamente peso (es. pazienti che necessitano di chirurgia di protesica degli arti o che si rivolgono a servizi per la fertilità). Assicurarsi che:

- la dieta sia completa dal punto di vista nutrizionale
- la dieta sia seguita per un massimo di 12 settimane, in modo continuo o intermittente
- ai soggetti sia fornito un costante supporto clinico.

[*Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a molto bassa e sull'esperienza e l'opinione del GDG*]

• Prima di prescrivere una VLCD nell'ambito di una strategia multifattoriale di gestione del peso:

- considerare il counselling e valutare la presenza di disturbi del comportamento alimentare o altra psicopatologia per essere sicuri che la dieta sia appropriata
- presentare e discutere rischi e benefici in maniera equilibrata
- informare i pazienti che questa non è una strategia a lungo termine e che un'eventuale (possibile) nuovo aumento di peso non dovrà essere considerato un fallimento proprio o del medico
- discutere la reintroduzione di cibi solidi dopo una dieta a base di liquidi

• Elaborare una strategia multifattoriale a lungo termine per aiutare i pazienti a mantenere il peso dopo una VLCD (box 3).

[*Raccomandazioni basate sull'esperienza e l'opinione del GDG*]

Citazione. Cartabellotta A, Montomoli M. Linee guida per l'identificazione, valutazione e trattamento del sovrappeso e dell'obesità. Evidence 2015;7(9): e1000120.

Pubblicato 30 settembre 2015

Copyright. © 2015 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

Box 1. Principi generali

- Offrire un follow-up a lungo termine regolare e non discriminatorio da parte di un professionista adeguatamente formato, assicurando la continuità assistenziale nel team multidisciplinare con adeguata gestione delle cartelle cliniche.
- Equipaggiare i setting specialistici per il trattamento di adulti con obesità severa con sedute speciali e adeguate attrezzature per misurare e monitorare il peso corporeo.
- Garantire agli ospedali l'accesso ad equipaggiamenti specialistici (es. scanner e letti più larghi) per l'assistenza a soggetti con obesità severa.
- Discutere e condividere con il paziente gli interventi di gestione del peso, adattando gli elementi del programma pianificato alle sue preferenze, alla sua forma fisica iniziale, allo stato di salute e allo stile di vita.
- Coordinare l'assistenza di bambini e giovani in sovrappeso o obesi in relazione alle esigenze individuali e familiari e incoraggiare genitori e caregiver ad assumersi la responsabilità principale dei cambiamenti dello stile di vita, tenendo in considerazione l'età e la maturità del bambino.
- Creare un ambiente di supporto che aiuti i bambini in sovrappeso o obesi e le loro famiglie a modificare lo stile di vita; gli interventi dovrebbero mirare a modificare lo stile di vita nell'ambito del setting familiare.
- Prendere decisioni relative all'assistenza di un bambino in sovrappeso o obeso insieme a lui e alla sua famiglia, adattando gli interventi alle loro necessità e preferenze.
- Assicurarsi che gli interventi per i bambini in sovrappeso o obesi siano in accordo con lo stile di vita nell'ambito del setting familiare e sociale. Incoraggiare i genitori o caregiver ad assumersi la responsabilità principale dei cambiamenti dello stile di vita nei bambini in sovrappeso o obesi, specialmente se di età <12 anni.

Box 2. Identificazione, classificazione e valutazione di sovrappeso e obesità

- Utilizzare il BMI per valutare l'adiposità negli adulti, insieme alla circonferenza addominale nei soggetti con BMI <35.
- Interpretare il BMI con cautela, soprattutto negli adulti particolarmente muscolosi o in adulti di origine asiatica nei quali i fattori di rischio possono essere rilevanti anche a livelli inferiori di BMI.
- Utilizzare i percentili di BMI per età e sesso specifici nei bambini e nei giovani (Z-score BMI o le curve di crescita del *Royal College of Paediatrics* e della *Child Health UK-World Health Organization*)⁸.
- Indagare in maniera appropriata comorbidità e altri fattori, in relazione alla persona, al timing di valutazione, al grado di sovrappeso/obesità ed alle precedenti valutazioni.
- Valutare tutti i fattori ambientali, sociali e familiari, compresa la storia familiare di sovrappeso/obesità e le comorbidità.
- Negli adulti, considerare l'invio ai team multidisciplinari specializzati nella gestione dell'obesità se è necessario valutare la causa sottostante, se le loro necessità non possono essere gestite esclusivamente con interventi sullo stile di vita (es. disturbi di apprendimento), se il trattamento convenzionale non ha successo o se si sta prendendo in considerazione il trattamento farmacologico in soggetti con BMI >50.
- Nei bambini in sovrappeso o obesi con gravi comorbidità o necessità complesse (es. disturbi di apprendimento), considerare l'invio a uno specialista con adeguata esperienza per rispondere ai loro bisogni.

2. Chirurgia bariatrica negli adulti con recente insorgenza di diabete tipo 2

Il box 4 contiene le principali raccomandazioni per la chirurgia bariatrica che non sono state oggetto di aggiornamento⁶.

In occasione della valutazione da parte di team multidisciplinari specializzati nella gestione dell'obesità ai pazienti con diabete di tipo 2 di recente insorgenza (≤10 anni):

- Offrire una pronta valutazione per la chirurgia bariatrica se il BMI è ≥35. [Raccomandazione basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa da trial controllati randomizzati, su evidenze di costo-efficacia e sull'esperienza e l'opinione del GDG]
- Considerare una valutazione per la chirurgia bariatrica se il BMI è compreso tra 30 e 34,9. [Raccomandazione

basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa da trial controllati randomizzati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Considerare una valutazione per la chirurgia bariatrica per i soggetti di origine asiatica per livelli di BMI inferiori a quelli di altre popolazioni (box 2). [Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]

3. Follow-up dopo chirurgia bariatrica

- Offrire ai soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica un follow-up all'interno del servizio specialistico per almeno due anni, prevedendo:
 - monitoraggio dell'apporto nutrizionale (comprese proteine e vitamine: concentrazioni ematiche di vitamina B12, acido folico, vitamina D) e di deficit minerali (es.

Box 3. Interventi sullo stile di vita, sull'attività fisica e approcci dietetici

- Gli interventi multifattoriali rappresentano il trattamento di prima scelta.
- Le strategie di gestione del peso dovrebbero includere strategie di cambiamento comportamentale volte a incrementare i livelli di attività fisica o ridurre l'inattività e a migliorare i comportamenti alimentari.
- I pazienti dovrebbero ricevere informazioni rilevanti su obiettivi realistici di perdita di peso (5-10% del peso iniziale).
- Per prevenire l'obesità, la maggior parte delle persone necessita di 45-60 minuti al giorno di attività fisica di intensità moderata, in particolare se non riduce l'apporto calorico. Informare gli ex obesi che possono occorrere 60-90 minuti al giorno di attività fisica per evitare di riprendere peso.
- Il principale requisito di un approccio dietetico è che l'apporto energetico totale sia inferiore al dispendio energetico.
- Diete con un riduzione di 600 kcal/die (600 kcal in meno di quelle necessarie a mantenere il peso stabile) o che riducono l'apporto energetico riducendo il contenuto di grassi sono raccomandate per una perdita di peso sostenibile in combinazione con il supporto di un esperto e follow-up intensivo.

Box 4. Interventi farmacologici e chirurgici

- Negli adulti considerare il trattamento farmacologico solo dopo che gli approcci basati su dieta, esercizio fisico e cambiamenti comportamentali sono stati iniziati e valutati senza raggiungere l'obiettivo di perdita di peso, oppure se è stato raggiunto un plateau.
- Il trattamento farmacologico non è generalmente raccomandato nei bambini di età <12 anni, se non in presenza di gravi comorbidità.
- La chirurgia bariatrica costituisce un'opzione terapeutica se
 - il BMI è ≥ 40 , oppure 35-40 in presenza di comorbidità come diabete tipo 2 o ipertensione arteriosa (per raccomandazioni specifiche al diabete di tipo 2 si veda il punto 2)
 - sono state tentate tutte le opzioni non chirurgiche, ma il soggetto non raggiunge o non mantiene la perdita di peso
 - il soggetto è già stato trattato o sarà trattato in un servizio specialistico per la gestione dell'obesità
 - il soggetto è in grado di affrontare l'anestesia e l'intervento chirurgico e si impegna per un follow-up a lungo termine
- La chirurgia bariatrica è l'opzione di scelta, rispetto agli interventi sullo stile di vita o del trattamento farmacologico, negli adulti con BMI >50 quando altri interventi non sono stati efficaci.
- La valutazione preoperatoria dovrebbe includere: analisi del rischio-beneficio che comprenda la prevenzione delle complicanze dell'obesità (es. diabete di tipo 2, ipertensione, sindrome delle apnee ostruttive nel sonno e reflusso gastroesofageo), valutazione di disturbi del comportamento alimentare e di fattori psicologici o clinici che possano influenzare l'adesione all'assistenza post-operatoria.
- Team multidisciplinari dovrebbero condurre una valutazione pre-operatoria, fornire supporto psicologico prima e dopo l'intervento chirurgico, effettuare la valutazione post-operatoria e il follow-up chirurgico.
- L'intervento chirurgico non è generalmente raccomandato nei bambini se non in circostanze eccezionali e se hanno raggiunto o quasi la maturità.

concentrazioni ematiche di calcio, ferro, zinco e rame)

- monitoraggio dei fattori di rischio di comorbidità: pressione arteriosa, profilo lipidico, emoglobina glicata per il diabete tipo 2, pressione positiva continua nelle vie aeree per la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, dolore e mobilità per l'osteoartrosi
 - revisione della terapia farmacologica
 - valutazione, indicazioni e supporto dietetico e nutrizionale
 - indicazioni e supporto per l'attività fisica
 - supporto psicologico su misura
 - informazioni relative a gruppi di supporto condotti da professionisti o autogestiti.
- Dopo la conclusione del follow-up post-chirurgia bariatrica, assicurarsi che tutti i soggetti siano sottoposti a un

monitoraggio almeno annuale dello stato nutrizionale (es. con test ematici come descritto sopra) e a supplementi appropriati (idealmente a vita) secondo necessità come parte di un modello condiviso di gestione di malattia cronica.

[Raccomandazioni basate sull'esperienza e sull'opinione del GDG]

4. Potenziali ostacoli all'implementazione

L'obesità è una condizione cronica che richiede strategie terapeutiche multifattoriali integrate in un modello di disease management. Tre i principali ostacoli all'implementazione di questa linea guida: un cambiamento nella pratica riguardo ai soggetti da considerare per la chirurgia bariatrica, l'incremento associato dei costi e

la necessità di espandere l'offerta di servizi di gestione dell'obesità da parte di team multiprofessionali per supportare queste raccomandazioni.

Poiché i soggetti con BMI ≥ 35 sono quelli che più verosimilmente beneficiano della chirurgia bariatrica, la loro valutazione dovrebbe essere tempestiva per prevenire inutili ritardi che potrebbero condizionare negativamente il risultato chirurgico⁹. Considerare la valutazione per la chirurgia bariatrica nei soggetti con BMI di 30-34,9 solo in circostanze eccezionali: ad esempio, soggetti con altre condizioni correlate all'obesità o quando il diabete non può essere gestito con successo con misure alternative sullo stile di vita e farmacologiche¹⁰.

I costi correlati all'implementazione delle raccomandazioni per la chirurgia bariatrica saranno parzialmente bilanciati dai potenziali futuri risparmi ottenuti con la riduzione dei costi di trattamento del diabete, delle sue complicanze (es. piede diabetico) e di altre comorbidità correlate all'obesità. La revisione della letteratura economica mostra che il costo complessivo per il servizio sanitario è giustificato da maggiori benefici di salute rispetto a strategie di gestione non chirurgiche. Pertanto, occorre allocare appropriate risorse verso la chirurgia bariatrica garantendone la disponibilità per i soggetti che hanno maggiori probabilità di trarre benefici.

Infine, una appropriata valutazione prima di un possibile intervento chirurgico può rivelarsi difficoltosa, considerata l'attuale variabilità locale nella fornitura di servizi specialistici per la gestione del peso. In ogni caso, è importante istituire tali servizi a livello nazionale per equità di accesso alla valutazione e ad un sistema multifattoriale di gestione del peso.

5. Quali raccomandazioni per la ricerca futura?

Il GDG ha identificato le seguenti priorità di ricerca:

- I programmi post-operatori che prevedono interventi sullo stile di vita (attività fisica, interventi comportamentali o sulla dieta) sono efficaci per perdere e mantenere il peso dopo la chirurgia bariatrica?
- Nei pazienti con diabete di tipo 2, qual è l'efficacia a lungo termine della chirurgia bariatrica vs trattamento medico ottimale nel ridurre le complicanze correlate al diabete e migliorare la qualità di vita?
- Quali sono gli esiti a lungo termine della chirurgia bariatrica nei bambini e nei giovani obesi?
- Qual è la modalità migliore per erogare interventi contro l'obesità nei soggetti con condizioni particolari associate a un rischio aumentato di obesità (es. disturbi dell'apprendimento e/o persistenti problemi di salute mentale)?
- Nei pazienti con BMI ≥ 40 qual è l'efficacia a lungo termine delle VLCD vs le diete ipocaloriche sul mantenimento del peso e sulla qualità di vita?

BIBLIOGRAFIA

1. Rennie KL, Jebb SA. Prevalence of obesity in Great Britain. *Obes Rev* 2005;6:11-2.
2. Health and Social Care Information Centre. Health Survey for England, Trend tables—England, 2012. Disponibile a: www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB13219. Ultimo accesso 30 settembre 2015.
3. Government Office for Science. Foresight: Tackling obesity: future choices. Project report. 2nd ed. 2007. Disponibile a: www.gov.uk/government/publications/reducing-obesity-futurechoices. Ultimo accesso 30 settembre 2015.
4. National Obesity Observatory. Obesity and mental health. 2011. Disponibile a: www.noo.org.uk/uploads/doc/vid_10266_Obesity%20and%20mental%20health_FINAL_070311_MG.pdf. Ultimo accesso 30 settembre 2015.
5. NHS England. Joined up clinical pathways for obesity: report of the working group. 2014. Disponibile a: www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/03/owg-join-clinc-path.pdf. Ultimo accesso 30 settembre 2015.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. (Clinical Guideline CG43). December 2006. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/cg43. Ultimo accesso 30 settembre 2015.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. (Clinical Guideline 189). November 2014. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/cg189. Ultimo accesso 30 settembre 2015.
8. Royal College of Paediatrics and Child Health. UK-WHO growth charts. Disponibile a: www.rcpch.ac.uk/Research/UK-WHO-Growth-Charts. Ultimo accesso 30 settembre 2015.
9. Welbourn, R, Fiennes A, Kinsman R, Walton P. National bariatric surgery registry: first registry report to March 2010. Dendrite Clinical Systems, 2011.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Type 2 diabetes: the management of type 2 diabetes. (Clinical Guideline CG87). 2009. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/cg87. Ultimo accesso 30 settembre 2015.