



L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ: LA DIAGNOSI

di L.M. Donini - C. Savina* - B. Valerii*
M. Sentuti* - E. Castellaneta*

Dipartimento di Fisiopatologia Medica -
Sezione di Scienza dell'Alimentazione,
Università di Roma "La Sapienza"

* Istituto Clinico Riabilitativo "Villa delle
Querce" di Nemi (RM)

L'Obesità è una patologia caratterizzata da un eccesso di massa grassa a cui è legato un significativo aumento della morbilità e della mortalità. La patogenesi dell'obesità è complessa per l'interagire di cattive abitudini e disturbi del comportamento alimentare,

ridotto consumo energetico, alterazioni metaboliche, patologie cardiovascolari.

Il paziente obeso è quindi un paziente "complesso" e tale deve essere anche l'approccio sia in fase di inquadramento che di trattamento.

Definizione

L'obesità è una patologia caratterizzata dall'aumento della massa grassa oltre il 25% del peso corporeo nell'uomo ed oltre il 35% nella donna (normalmente la massa grassa rappresenta il 15-17% del peso nell'uomo ed il 25-27% nella donna). (*WHO - Physical Status - 1995; Deurenberg P et al: Int J Obes 1998, 22, 1164-1171 and 1999, 23, 537-542*)

Peso o composizione corporea?

L'aumento della massa grassa si manifesta quasi sempre con un aumento del peso, ma nella fase diagnostica non si può fare affidamento sulla semplice valutazione del peso o degli indici ad esso correlati quali l'Indice di Massa Corporea (IMC), che è dato dal rapporto del peso (in Kg) sulla statura (in m) al quadrato.

Il "sintomo" peso non può sostituire la diagnosi, anche perché variazioni ponderali possono essere secondarie non solo ad aumenti della massa grassa, ma anche a movimenti di liquidi o variazioni della massa magra. Esistono poi situazioni in cui il peso o l'IMC danno informazioni fuorvianti. E' questo il caso, in particolare, del soggetto obeso "normopeso" e dell'obeso anziano.

no. In tutti e due i casi l'aumento della massa grassa avviene a scapito della massa magra muscolare (in relazione quasi sempre ad una drammatica sedentarietà nei giovani ed alla fisiologica sarcopenia nell'anziano) con scarse evidenze alla bilancia. In ambedue i casi, anche se il peso (e quindi l'IMC) rimangono sostanzialmente inalterati, si assiste ad un aumento preoccupante della massa grassa e di tutte le relative conseguenze, sul piano metabolico, cardiovascolare ed osteoarticolare.

Infine il peso e le sue oscillazioni rischiano di dare informazioni fuorvianti al paziente. Se in questi anni hanno avuto grande successo nel trattamento dell'obesità farmaci (diuretici, lassativi, ormoni tiroidei) ed altri artifici (pancere, saune, ...), che evidentemente non possono in alcun modo modificare la quota di massa grassa, buona parte del (de)merito va alla confusione tra peso e composizione corporea.

L'IMC rimane un ottimo strumento di screening a disposizione del paziente o del Medico di Medicina Generale: un valore superiore a 30 Kg/m² è indicativo di obesità (normalmente l'IMC dovrebbe essere compreso tra 18.5 e 25 Kg/m²), la cui effettiva presenza andrà

confermata in ambiente specialistico dalla valutazione della composizione corporea.

Valutazione del soggetto obeso

L'approccio al paziente obeso deve prevedere una serie di valutazioni che serviranno a fare la diagnosi di obesità, a valutare il livello di gravità e comorbidità della malattia, ad impostare correttamente il trattamento successivo. In definitiva l'approccio iniziale al soggetto obeso deve prevedere, oltre a quanto comunemente previsto in una visita medica, la valutazione di:

- **stato di nutrizione** secondo uno schema che preveda
 - la stima del bilancio di energia e nutrienti e quindi il confronto tra entrate (abitudini e frequenze di consumo alimentari) e uscite (fabbisogno energetico e di nutrienti)
 - la valutazione della composizione corporea (quota e distribuzione della massa grassa e della massa magra) attraverso l'antropometria, la bioimpedenziometria o la DEXA
 - la funzionalità corporea correlata all'aumento della massa grassa (assetto lipidemico e protidemico, compenso glicemico).
- **rischio per la cardiopatia ischemica** (Executive Summary of the 3rd Report of the National Cholesterol Education Program – NCEP – JAMA, June 3, 2002) e della presenza della sindrome metabolica (NCEP-ATP III,

JAMA 2001).

- **stato di fitness:** attraverso la valutazione di resistenza [variazione dei parametri vitali a riposo e sotto sforzo previo "6-minutes-walking-test" ad esempio] forza (dinamometria), flessibilità e mobilità articolari [test di flessione, estensione e abduzione delle principali articolazioni].
- **problematiche osteoarticolari e livello di disabilità** nelle attività della vita quotidiana e nella mobilità in casa, nei lavori domestici, nelle attività fuori casa e nel lavoro
- **status psichico** mediante

- anamnesi dei fattori socioculturali e biologici, delle esperienze di vita e degli elementi cronici di stress
- somministrazione di test psicometrici per la valutazione di ansia, depressione, qualità di vita, immagine corporea, propensione ad alterazioni del comportamento alimentare.

Queste valutazioni, lungi dall'essere ridondanti, consentono di impostare correttamente l'intervento terapeutico e di monitorare nel tempo l'efficacia e la validità dei risultati ottenuti. Una valutazione semplicistica del paziente obeso (limitandosi ad esempio a misurare il peso o a calcolare l'IMC) è spesso l'anticamera di trattamenti banali o fantasiosi, che hanno dimostrato di essere inefficaci o dannosi tenuto conto che ogni "fallimento" ha per il paziente una valenza negativa sia dal punto di vista organico che psicologico. ■

