

TRATTAMENTO DEL SOVRAPPESO IN UNO STUDIO DI MEDICINA GENERALE

E. Maragno

Medico Generale - Rovigo

Abstract

L'obesità è uno stato che colpisce una larga fetta della popolazione italiana e costituisce un fattore di rischio per numerose malattie potenzialmente gravi. Pertanto è importante che la terapia del sovrappeso venga fatta dal Medico Generale, che nel giro di un anno entra in contatto con la maggior parte dei suoi pazienti.

Nel lavoro vengono analizzati i risultati di un approccio dietoterapico messo a punto e applicato da un Medico Generale su un campione di 200 pazienti nel periodo di 4 anni. I risultati dimostrano che il 37% dei pazienti ha conseguito l'obiettivo prefissato ottenendo una diminuzione media del 13% del peso corporeo iniziale. Però anche il 62% di pazienti che avevano interrotto i controlli prima del conseguimento dell'obiettivo erano calati mediamente del 8%. Il mantenimento del peso raggiunto è garantito da un sistema di controlli semestrali cui hanno aderito circa un terzo dei pazienti. L'uso degli anoressizzanti non si è dimostrato efficace nel conseguire i risultati suddetti. Il modello proposto non è risultato sufficientemente efficace nei bambini e nei ragazzi ed ha dei limiti nelle persone anziane, le quali non sensibili ai benefici del dimagrimento, non richiedono di accedere al programma dietetico.

Introduzione

La spesa fatta dalla popolazione per ridurre il proprio peso, è in Italia e nel mondo occidentale, in costante aumento. Ciò nonostante, l'incidenza dell'obesità è sempre maggiore.

Sono risaputi i vantaggi psicologici, sociali e fisici che il dimagrimento porta in un obeso. In seguito all'obesità aumenta l'incidenza di numerose malattie e anche la mortalità è più elevata in questi soggetti. Anche le problematiche sociali e psicologiche degli obesi sono causa di sofferenza e di danni ingenti. Una efficace prevenzione e cura oltre che a migliorare le aspettative e la qualità di vita, porterebbe un risparmio ragguardevole nella spesa sanitaria.

Nonostante queste premesse il problema è sottovalutato dal Servizio Sanitario Nazionale che non offre servizi in grado di affrontare efficacemente il problema, e spesso, dove i servizi esistono, manca l'efficacia dell'intervento nel lungo termine. Per questo riteniamo importante che la terapia dell'obesità venga intrapresa a livello di assistenza primaria e in particolare dai Medici Generali.

L'approccio dietetico tradizionale solamente ipocalorico ha dimostrato nel tempo i suoi limiti. Dalle osservazioni statistiche emerge chiaramente che una buona parte di coloro che hanno perso peso, lo ha in seguito, recuperato. Il recupero del peso, e non solamente la perdita del peso, sono condizioni da affrontare per un mantenimento nel tempo dei benefici psicosociali e fisici del dimagrimento.

Un corretto piano dimagrante deve tenere conto di tutti gli aspetti rilevanti che vanno ad influire sul dimagrimento e sul mantenimento del peso raggiunto: razione calorica, programma di attività fisica, profilo psicologico del paziente, patologie concomitanti, ambiente sociale di vita del paziente, ecc. e deve essere continuamente sostenuto da una forma di counselling che rinforzi le motivazioni a dimagrire.

Questo articolo si prefigge di presentare un tipo di approccio al sovrappeso applicato da un Medico Generale e di valutarne i risultati e le problematiche. Vengono presi in esame i risultati ottenuti su un campione di 203 pazienti entrati in dieta nel periodo dal gennaio 94 al dicembre 97.

Inquadramento del paziente obeso

Nella prima parte della visita vengono raccolti i dati anamnestici fisiologici e patologici remoti riguardanti patologie e terapie seguite. Quindi viene valutata la familiarità per obesità, l'andamento del peso a partire dall'infanzia e l'intensità e il modo di manifestarsi dell'appetito. Si passa successivamente a raccogliere un piccolo diario alimentare per rendersi conto delle abitudini e degli errori alimentari commessi dal paziente. Se eseguite di recente vengono segnalate anche eventuali analisi ematochimiche. Si passa quindi a rilevare pressione arteriosa, peso, statura, circonferenza di vita e fianchi e plicometria tricpitale e sottoscapolare. A questo punto quantificato il sovrappeso con il calcolo dell'indice di massa corporea, si fissa di comune accordo con il paziente l'obiettivo da raggiungere. Di solito si consiglia di rientrare entro i 25 di BMI o di conservare un modesto sovrappeso fino a 27 - 28 di BMI. Nelle forti obesità il programma viene diviso in due fasi distanziate di circa 6 mesi.

A questo punto si fa un calcolo approssimativo del fabbisogno calorico giornaliero valutando durante una giornata media, le ore di attività intensa, media, sedentaria e di riposo. Dal computo del fabbisogno si tolgono circa 1000 Kcal per indurre un calo ad una velocità media compresa fra uno e due etti di peso, al giorno.

Prima di assegnare la dieta si consiglia un programma giornaliero di attività fisica cercando di motivare il paziente elencando tutti i vantaggi che questo comporta: minore perdita di massa magra, migliore tono muscolare, concentrazione distrettuale del calo ponderale, accelerazione della velocità di calo, migliore mantenimento del peso raggiunto, migliore forma fisica e psicologica, ecc.

Come ultimo aspetto vengono consigliati degli integratori vitaminici e minerali da assumere per tutta la durata della dieta ed eventualmente se i livelli dell'appetito lo richiedono, dei prodotti ad azione anoressizzante come per esempio il triptofano o il pompelmo o eventualmente in casi di appetito molto intenso, la dexfenfluramina o la fluoxetina.

Dopo l'assegnazione della dieta ipocalorica si fissa un calendario di controlli che a seconda dei casi vengono eseguiti una o due volte al mese. Sono previsti controlli più frequenti nei pazienti con problemi di ansia o depressione o sotto stress o con velocità di dimagrimento troppo bassa. Nel corso dei controlli vengono espressamente verificati i seguenti punti: calo dall'ultimo controllo e velocità di calo giornaliera, adesione alla dieta, rispetto del programma di attività fisica, corretta assunzione dei farmaci o degli integratori, eventuali problemi o disturbi insorti.

L'assegnazione della dieta dimagrante avviene su appuntamento e prevede il pagamento di una tariffa. Il servizio era aperto anche a pazienti di altri Medici Generali ed è stato pubblicizzato con avvisi appesi in sala d'attesa.

Strumenti utilizzati

Sono state messe a punto e utilizzate due tipi di diete: la prima è una dieta bilanciata calcolata al computer con l'ausilio di un foglio elettronico. La seconda è una dieta dissociata che segue uno schema fisso modulare che prevede tre gradini da 1500, 1100 e 700 Kcalorie.

Dieta bilanciata computerizzata

Per l'elaborazione viene utilizzata la tabella elettronica Excel della Microsoft all'interno della quale è stata inserita una banca dati di circa 200 cibi scelti fra quelli più poveri di grassi e a minor contenuto calorico. Per ognuno di essi è stato costituito un record, completo di contenuto calorico e quantità di proteine, carboidrati e lipidi. La dieta viene compilata dal medico in presenza del paziente, scegliendo assieme i cibi e le quantità da inserire nei cinque pasti previsti nella giornata cercando di soddisfare sia i gusti che le esigenze dietologiche. Lo strumento elettronico permette di verificare, scelta dopo scelta, la quantità totale delle calorie raggiunta ed il bilanciamento sotto forma di rapporto fra calorie da lipidi, glucidi e protidi.

Questa forma di contrattazione che si instaura fra medico e paziente determina una buona accettabilità della dieta che di conseguenza viene seguita più fedelmente. La dieta viene stampata

completa di consigli e di un elenco di ricette culinarie per rendere meno noioso il menù quotidiano.

Dieta dissociata

Prevede una dieta fissa divisa in 5 pasti giornalieri ed una lista di 70 cibi all'interno della quale scegliere il menù quotidiano. La dissociazione consiste nel prevedere un pasto prevalentemente proteico senza zuccheri e amidi (pranzo) ed uno prevalentemente glucidico con poche proteine (cena). Questa suddivisione facilita la compliance dei pazienti. Questa dieta è molto maneggevole e pratica e si adatta con facilità ai gusti dei singoli, in quanto sono essi a decidere il proprio menù all'interno della lista dei cibi.

Risultati

Caratteristiche della popolazione studiata

Nel corso di 4 anni dal 1994 a tutto il 1997 hanno richiesto una dieta dimagrante 203 persone. Di queste la maggior parte era di sesso femminile (72%). 21 erano sotto i 18 anni e 6 sopra i 65, quindi la maggior parte aveva fra i 18 e i 65 anni.

Dal punto di vista della classe sociale la maggior parte rappresentava una classe sociale medio-bassa con operai (10%), Studenti (11%), casalinghe (24%), Colf (3%) pensionati (5%), impiegati (8%), commercianti (5%). Soltanto 5 laureati e 2 gli imprenditori.

La maggioranza pari al 62% richiedeva la dieta per motivi di tipo preventivo ed estetico. Con l'aumentare dell'età aumentano, però, le richieste di diete per motivi di salute, cioè per la cura e la gestione di una ben determinata malattia (Tabella 4).

L'indice di massa corporea (BMI) dei pazienti che hanno richiesto la dieta oscillava fra valori di normalità (8%), valori che esprimevano un semplice sovrappeso (31%) e valori che esprimevano una obesità più o meno grave (61%). Le persone con BMI nei limiti di normalità si sono rivolte a noi o per una percezione distorta del peso ideale legato a idealizzazione di figure magre o per problemi di obesità distrettuale o di lipodistrofia (cellulite).

Adesione al programma dietetico

Fra i 203 pazienti cui è stato assegnato il programma dietetico, 11 non si sono mai presentati ad alcun controllo e altri 17 hanno interrotto nel corso del I mese di dieta. Non si può escludere che una parte di questi abbia continuato la dieta per proprio conto conseguendo un dimagrimento che non ci è noto. Dopo 3 mesi il 33% (76 pazienti) aveva interrotto i controlli senza avere nel frattempo conseguito l'obiettivo.

Un altro 37% pari a 76 pazienti raggiungeva invece l'obiettivo, talvolta anche in tempi lunghi. Il rimanente 30% procedeva col dimagrimento per periodi talora prolungati ma senza conseguire l'obiettivo ed interrompeva dopo lunghi periodi per stanchezza o perdita di motivazione. In questo gruppo si collocavano pazienti a dimagrimento lento per problemi metabolici o per scarso rispetto delle prescrizioni dietetiche, pazienti che avevano interrotto la dieta per brevi periodi a causa di malattia o problemi familiari o di lavoro.

Al momento dell'analisi una parte dei pazienti (11) ha ancora la dieta in corso e una parte (64 pari al 32%), una volta conseguito l'obiettivo, è entrata in mantenimento e ha dato disponibilità a mantenere dei controlli quadrimestrali o semestrali nel tempo.

I motivi più frequenti di interruzione della dieta sono stati la mancanza di motivazione a voler dimagrire, l'appetito troppo intenso, la presenza di nevrosi d'ansia o depressive, momenti di stress elevato, malattie, incidenti o gravidanze intercorrenti, stanchezza per il dimagrimento troppo lento.

Entità del calo ponderale

Ricordiamo che il calo di peso corporeo dell'intera popolazione dovrebbe essere stato in base agli obiettivi fissati del 14%. La media del peso di partenza era di 82,5 kg (96,8 kg nei maschi) ed il calo medio è stato di 8,4 kg (10,8 kg nei maschi). La perdita di peso corporeo in percentuale rispetto al peso di partenza è stata del 10% su tutto il campione (11% nei maschi). Anche l'indice di massa corporea esprime una netta diminuzione fra la media iniziale di 31,61 e la media finale che risulta di 28,5.

Si fa rilevare che molti fra i 117 pazienti che nel tempo hanno interrotto i contatti non presentandosi ai controlli, hanno conseguito nel frattempo dei risultati apprezzabili. Infatti analizzando la percentuale di peso corporeo perduta vediamo che essa è del 10% se riferita all'intera popolazione, del 13% se riferita al 37% che ha centrato l'obiettivo ed è del 8% in coloro che hanno interrotto la dieta e cioè nel 58% della popolazione analizzata.

Il conseguimento dell'obiettivo non sembra essere legato all'età (vedi Tabelle 4 e 5) nè al sesso, visto che ha conseguito l'obiettivo stabilito il 38% delle femmine e il 34% dei maschi. Soltanto nella fascia sotto i 18 anni la percentuale si abbassa sicuramente per una minore motivazione legata al fatto di subire scelte decise dagli adulti e per una minore forza di volontà.

Le caratteristiche delle persone che tendono a raggiungere il peso concordato sono: ruolo sociale riconosciuto, buon livello di autostima, consapevolezza e sicurezza nelle decisioni, buona gestione del tempo, assenza di stress, ansia e depressione, predisposizione all'attività fisica, capacità di instaurare un buon rapporto col dietologo.

La percentuale di peso corporeo perduta non varia di molto con l'età a parte i risultati più modesti nei ragazzi sotto i 18 anni. La maggior parte dei soggetti che ha conseguito l'obiettivo ha perduto dal 10 al 20% del peso iniziale. Considerando invece l'intera popolazione si evince che un calo insoddisfacente (sotto il 5% del peso iniziale) si ha solamente nel 26% (52 individui). Possiamo pertanto concludere che il calo è stato buono o accettabile in circa 3 pazienti su 4.

Durata della dieta e mantenimento del peso

Per quanto riguarda la durata della dieta, in coloro che hanno conseguito l'obiettivo la durata media è stata di 149 giorni, anche se nella maggior parte dei casi la durata è stata dai 3 ai 4 mesi.

Uno dei problemi maggiori che si pongono è poi il mantenimento nel tempo del nuovo peso raggiunto. Da indagini telefoniche eseguite contattando i vecchi pazienti e di cui non sono disponibili i dati, si evince che oltre il 50% dei pazienti ritorna ad un peso vicino a quello di partenza nel giro di 1-2 anni. Per ovviare a questo problema si è deciso di proporre ai pazienti che hanno conseguito l'obiettivo, dei controlli semestrali, nel corso dei quali si verifica il peso e in caso di aumento si prescrive un regime dietetico per brevi periodi fino a riconseguire l'obiettivo. Con questa strategia, ed impegnando molto tempo nel counselling ed insistendo sull'importanza dell'attività fisica, riusciamo a mantenere il peso costante negli anni nella quasi totalità dei nostri pazienti entrati in questa forma di mantenimento. Dei 76 pazienti che hanno conseguito l'obiettivo, 61, pari al 31%, sono entrati in mantenimento accettando di sottoporsi ai controlli periodici.

Abbiamo pertanto gli elementi per poter mantenere il calo ponderale raggiunto in circa un terzo della popolazione iniziale.

Un aspetto importante per mantenere il contatto con i pazienti in dieta è quello dei richiami telefonici che la segretaria esegue regolarmente ai pazienti che non si presentano ai controlli (circa 10% di assenze). La causa più frequente di assenza oltre alla dimenticanza è quello della delusione per un calo insoddisfacente.

Uso di anoressizzanti

È stata prescritta dexfenfluramina a 35 pazienti pari al 17% della popolazione. Di questi soltanto 10 pari al 29% hanno conseguito l'obiettivo, contro il 39% di quelli a cui non è mai stata prescritta. Anche il calo di peso dei pazienti che hanno utilizzato l'anoressizzante pari al 9% del peso iniziale è inferiore al calo della popolazione in generale che è del 10%. Si può quindi concludere che la prescrizione della dexfenfluramina ha dato risultati negativi. Questo può essere spiegato col fatto che il farmaco veniva dato a pazienti con necessità di un supporto alla loro scarsa volontà di dimagrire per motivazioni insufficienti e poco sentite e conseguente scarso impegno nel seguire la dieta.

Conclusioni

Si può definire che il 29% della popolazione ha avuto un calo accettabile compreso fra il 5 e il 10% del peso iniziale e che il 45% ha avuto un calo buono superiore al 10% del peso di partenza.

Considerando poi che il 31% che ha deciso di entrare in mantenimento ha ottime probabilità di mantenere questa riduzione di peso nel tempo, possiamo definire più che soddisfacente questo tipo di approccio al paziente in sovrappeso.

Riteniamo fattori essenziali per il conseguimento di tali risultati la frequenza dei controlli (da 1 a 2 al mese) e il counselling che deve portare a modificare definitivamente quegli stili di vita che sono a rischio per obesità come la sedentarietà e alimentazioni ricche di grassi e carboidrati.

Viene ridimensionato il ruolo degli anoressanti la cui vera indicazione dovrebbe essere limitata a pazienti con appetito non controllabile ma non legati a problemi di ansia o depressione.

Emerge infine in problema dei bambini e dei ragazzi in cui il calo non è per niente soddisfacente e per cui si dovrebbero forse mettere a punto dei diversi modelli di intervento.

Anche per gli anziani che presentano tassi elevati di obesità, abbiamo il problema che non accedono al servizio e non richiedono di dimagrire rendendo più complicata la gestione delle loro patologie croniche. In questo caso gli operatori sanitari dovrebbero esercitare una maggiore sensibilizzazione al dimagrimento.

Tabella 1

Iter seguito nel contatto col paziente in sovrappeso

- a) Raccolta anamnesi (completa di anamnesi alimentare)
- b) Misurazione del paziente (dati antropometrici e plicometria)
- c) Definizione dell'obiettivo da raggiungere
- d) Calcolo del fabbisogno calorico
- e) Assegnazione programma di attività fisica
- f) Assegnazione di eventuale terapia con integratori e prodotti anoressizzanti
- g) Assegnazione della dieta ipocalorica
- h) Programmazione dei controlli medici successivi

Tabella 2

Caratteristiche della popolazione analizzata

Età	Tot.	M	F	BMI 19-25	BMI 25,1-30	BMI 30,1-40	BMI>40	SALUTE	ESTET.
< 18 anni	21	20%	80%					0%	100%
18-40 anni	98	24%	76%	13%	31%	50%	6%	21%	76%
41-65 anni	78	35%	65%	2%	29%	59%	9%	62%	37%
> 65 anni	6	0%	100%	0%	50%	33%	17%	100%	0%
Totale:	203	28%	72%	8%	31%	53%	8%	37%	62%

Nota: le percentuali dell'ultima riga riferita ai totali, sono riferite solo alla popolazione maggiore di 18 anni.

Tabella 3

Interruzione del programma

Conseg.	obiet.	Nessun controllo	Int. I mese	Int. II mese	Int. III mese	Tot. interruz.
Totale:	37%	5%	8%	7%	12%	62%

Tabella 4

Calo ponderale per fasce di età

Età	Conseg. obiettivo	perc. peso perso	calo 0-5%	5-10%	10-20%	>20%		
< 18 anni	21	5	24%	6%	38%	62%	0	0
18-40 anni	98	37	38%	11%	20%	22%	54%	3%
41-65 anni	78	29	37%	10%	29%	24%	44%	3%
> 65 anni	6	3	50%	7%	17%	83%	0	0
Tot. cons. obiet.:	76	76	37%	13%	1%	22%	72%	3%

Tabella 5

Calo ponderale per sesso

Sesso	Tot.	Conseg. obiettivo	Perc.	Media peso iniz.	Perc. peso perso	Media Kg persi
M	56	19	34%	96,8	11%	10,8
F	147	57	39%	77,1	9%	7,4
Tot.	203	76	37%	82,5	10%	8,4

RECENSIONI

Il mulino,
1998,
Pag. 288,
£ 40000

JAMES G. MARCH

Prendere decisioni

Quante decisioni si prendono in una giornata professionale? In base a quali considerazioni e principi? Le decisioni sono sempre razionali? Sono alcune delle domande che affronta James March professore americano di Management e Scienza politica, autore di numerosi studi sulla teoria dell'organizzazione e sulla leadership. Il libro è costruito attorno a due concezioni alternative del processo decisionale umano: la prima fa riferimento alla visione della razionalità in cui le azioni derivano dalle aspettative riguardo alle conseguenze e dalle preferenze del decisore rispetto alla gamma delle possibili conseguenze. La seconda invece privilegia, ai fini della decisione, un sistema di regole legate all'identità del decisore e alla situazione concreta in cui si sviluppa la sua identità. I contributi del cognitivismo hanno però messo in discussione la prima visione, cioè quella della razionalità "aulica" e assoluta, dimostrando di quanti limiti soffra l'attore nel corso del processo decisionale: non solo l'incertezza non può essere annullata ma non mancano margini di ambiguità e divergenze interpretative in ogni situazione concreta (temi a cui è dedicato un capitolo). È facile intravedere nei due modelli l'esemplificazione di altrettanti momenti del ragionamento clinico: le decisioni diagnostiche sono certamente vincolate dalla conformità alle regole dell'inferenza logica, mentre la prescrizione terapeutica è influenzata dal primo tipo di visione, cioè quella basata su un certo tipo di preferenza o conseguenza associata alla decisione adottata. Non esiste ovviamente il decisore solitario: bisogna fare i conti con attori multipli (team e/o partner) soggetti ad alleanze, gerarchie, disaccordi, strategie, coalizioni, negoziazioni, conflitti e scambi di potere che rendono le decisioni problematiche spesso instabili. Le regole decisionali non sono immutabili ma sono soggette ad evoluzione, adattamento e all'influsso ecologico del contesto sociale, soprattutto per quanto riguarda le organizzazioni. Nell'ultimo capitolo, dedicato all'ingegneria decisionale, March suggerisce le strategie per tentare di compensare la "razionalità limitata" di cui inevitabilmente soffre ogni decisore.

Un testo di stimolo alla riflessioni per tutti coloro che devono prendere quotidianamente decisioni (cioè, grosso modo, per tutti gli umani) al fine di risolvere problemi professionali od umani.



[top](#)