

L'ASSISTENZA AL PAZIENTE GRANDE OBESO CON DISABILITA'

di Maria Letizia Petroni

Responsabile Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, U.O. Riabilitazione Nutrizionale e Gastroenterologica. IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Piancavallo (VB), ml.petroni@auxologico.it

Release: luglio 2010

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'obesità genericamente intesa rappresenta la sesta maggiore causa di disabilità. La grande obesità, definita come indice di massa corporea (IMC) ≥ 40 kg/m² rappresenta un'unità nosografica a sé stante, definita con il codice 280.01 della classificazione delle malattie secondo ICD-IX CM. Uno studio effettuato negli USA (1) ha mostrato che la grande obesità, che in quel paese colpisce il 2,8% della popolazione adulta, è responsabile annualmente di una spesa sanitaria di oltre 11 miliardi di dollari (dati riferiti all'anno 2000), pari ai 2/3 della spesa sanitaria attribuibile alla condizione di sovrappeso che tuttavia colpisce ben il 36% della popolazione. Uno studio prospettico effettuato dal Gruppo di Studio sulla Grande Obesità ha mostrato che l'incidenza di ospedalizzazione di pazienti grandi obesi afferenti per la prima volta a Centri Specialistici italiani durante un follow-up mediano di 3 anni e mezzo è stata pari al 50%, cioè un paziente su due è andato incontro ad un episodio di ospedalizzazione; in oltre la metà dei casi il motivo del ricovero era riferito a acuzie inerenti le complicanze dell'obesità (2). In Italia si stima che vi siano circa 400.000 italiani adulti grandi obesi (0,9% della popolazione).

Un modello di *disease management* applicabile nel nostro Paese deve necessariamente prevedere un continuum di gestione del paziente grande obeso a diversi livelli. Questo modello può essere descritto secondo uno schema "a piramide" che proporziona l'intensità della cure e le competenze coinvolte alle effettive necessità del paziente (Figura 1).

In cima alla piramide vi sono gli ospedali con reparti di acuzie attrezzati "a misura di obeso". Le attrezzature debbono prevedere non solo letti, barelle, tavoli operatori, bilance, strumentazioni anestesologiche e di rianimazione, ecc, ma anche una diagnostica radiologica adeguata (TAC e RMN) che consentano di diagnosticare e trattare pazienti con peso anche superiore ai 200 kg. Le camere di degenza destinate ai pazienti grandi obesi debbono prevedere porte di dimensioni adeguate e sufficiente spazio intorno al letto per permettere la gestione infermieristica, incluso il sollevamento del paziente e la sua mobilizzazione (3-5). È assolutamente necessaria la individuazione di "referenti" all'interno delle équipes specialistiche per un adeguato trattamento delle acuzie mediche e chirurgiche, inclusi protocolli anestesologici definiti (6-8). Presso gli stessi reparti di acuzie deve essere anche possibile l'inquadramento medico diagnostico delle obesità gravi e delle obesità pluricomplicate (complicanze respiratorie, cardiovascolari, motorie, psichiatriche ecc.) (9) soprattutto se associate a

disabilità significativa, in modo da formulare un progetto riabilitativo individuale. Seguono al gradino successivo le strutture specialistiche di riabilitazione multidimensionale in degenza riabilitativa ordinaria per le seguenti casistiche:

- riabilitazione metabolico-nutrizionale-psicologica dell'obesità di grado elevato secondo la Consensus SIO-SISDCA (10)
- complicanze dell'obesità (pneumologiche, cardiologiche, ortopediche)
- riabilitazione pre- e post-chirurgia bariatrica
- riabilitazione post-protetica (anca, ginocchio) nei grandi obesi
- altre riabilitazioni post-chirurgiche
- DCA gravi associati ad obesità
- obesità sarcopeniche con disabilità significativa.

Le strutture di riabilitazione debbono essere attrezzate con presidi adatti ai grandi obesi (es. sollevatori, letti, bilance) ma anche presidi specifici per la ventilazione polmonare assistita e la fisiokinesiterapia e condotte da personale adeguatamente formato (11-13). Questa tipologia di intervento può essere non solo rivolta alle complicanze ma anche modulata come trattamento della condizione di obesità grave di per sé, sia in modo propedeutico all'intervento chirurgico bariatrico per ridurre mortalità, morbilità ed aumentarne l'efficacia a lungo termine (14-16) ovvero come modalità di trattamento principale in quei pazienti nei quali la chirurgia sia rifiutata o controindicata (16,17). Nei pazienti senza gravi limitazioni motorie e che non richiedano assistenza continuativa nelle 24 ore, il progetto riabilitativo può essere svolto in Day-Hospital.

Come principale referente del processo di cura vi è il Medico



Figura 1. Esempi di ausili per la mobilizzazione dei pazienti bariatrici (Riprodotta da Rehabilitation Management, 2003)

di Medicina Generale che coordina le cure sul territorio, che possono prevedere secondo le necessità del paziente l'assistenza infermieristica di base e l'assistenza domiciliare integrata (ADI).

L'intervento riabilitativo sul paziente grave obeso deve essere necessariamente multidisciplinare ed integrato, diverse figure professionali rivestono il ruolo di "attori della gestione": medici, infermieri, dietisti, psicologi, fisioterapisti, terapisti occupazionali, assistente sociale, nelle varie dimensioni coinvolte (18-21).

L'infermiere è la figura professionale di riferimento per il paziente ricoverato perché presente in reparto costantemente: prende in carico il paziente verificando l'efficacia del piano assistenziale, integrando l'attività delle varie figure professionali e promuovendone l'intervento in caso di

bisogno del paziente Gli obiettivi infermieristici principali nell'assistenza al paziente con severa obesità sono:

- Mantenere e/o ripristinare l'integrità della cute
- Prevenire le trombosi venose profonde nei pazienti con scarsa mobilità
- Assicurare un'adeguata ventilazione
- Prevenire e trattare decubiti e sindromi da allettamento
- Assicurare un'adeguata igiene e vestizione
- Educazione sanitaria (es. uso del ventilatore, cura del piede ecc) al paziente ed al *caregiver*
- Tutelare la dignità del paziente ed il suo rispetto da parte di terzi

Un ruolo importante nella diagnosi, terapia e riabilitazione del paziente grave obeso è svolto dal dietista del Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica Ospedaliero, figura che supporta costantemente l'operato degli altri operatori sanitari e sotto la guida dello staff medico del Servizio svolge un vero e proprio ruolo di "tecnico della riabilitazione nutrizionale" nell'impostazione dietetica individualizzata, nella rieducazione del comportamento alimentare, nel monitoraggio dello stato di nutrizione e nello svezzamento post-chirurgia bariatrica, nella terapia dei disturbi del comportamento alimentare spesso associati all'obesità, nella gestione della nutrizione artificiale nei grandi obesi in rianimazione e terapia intensiva; collabora strettamente con il fisioterapista nella riabilitazione dei grandi obesi in età geriatrica, nei quali sovente vi è una condizione di forte sarcopenia (riduzione delle masse muscolari) che richiede un attento monitoraggio del catabolismo proteico ed un intervento dietoterapico personalizzato.

Il terapista occupazionale aiuta il paziente grave obeso ad adottare tutti gli accorgimenti possibili per migliorare la sua autonomia nelle attività quotidiane, ad esempio ad utilizzare dispositivi per facilitare la visione e quindi la automedicazione (pulizia) di ulcere o pliche che altrimenti richiederebbero l'aiuto di persone terze.

Tra i principali ambiti di intervento del fisioterapista vi sono:

- il ricondizionamento motorio, cardiovascolare e respiratorio nei pazienti sarcopenici e/o intolleranti allo sforzo
- le complicanze osteoarticolari dell'obesità
- la riabilitazione post-chirurgica (bariatrica, protesica ecc.)
- la collaborazione alle procedure di mobilitazione dei pazienti allettati per limitare il rischio di infortuni del personale e del paziente

La valutazione di esito rappresenta un punto cruciale per valutare l'efficacia e l'efficienza dei protocolli riabilitativi. Con la possibile eccezione dell'area motoria, dove esistono scale di valutazione già validate per altre patologie che possono essere applicate, con le opportune modificazioni, alla grande obesità, per quanto riguarda le altre aree di intervento le scale di valutazione della disabilità sono tuttora oggetto di ricerca. Recentemente è stata proposta e

validata a questo scopo la TSD-OD (test SIO per le disabilità obesità correlata) (22). Anche se non vi sono ancora "gold standard" per la valutazione di esito riabilitativo nel grande obeso, ciò non può e non deve tuttavia rappresentare un ostacolo alla programmazione sanitaria rivolta ad un'offerta assistenziale e riabilitativa adeguata rispetto alle necessità di una popolazione ad elevato fabbisogno.

In conclusione, il *disease management* della grande obesità richiede sia un cambiamento di mentalità ed adeguata formazione negli operatori sanitari ma anche una programmazione sanitaria che non si preoccupi solo di destinare risorse per la prevenzione primaria dell'obesità, ma che disponga anche l'allocazione di risorse per chi grande obeso è già diventato e richiede cure appropriate.

Bibliografia

1. Arterburn DE, Maciejewski ML, Tsevat J. Impact of morbid obesity on medical expenditures in adults. *Int J Obes*. 2005;29:334-9
2. Gruppo di Studio Italiano sulla Grande Obesità. Atti Congresso SIO, Verona 2000.
3. Hahler B. Morbid obesity: a nursing care challenge. *Medsurg Nurs*. 2002; 11:85-90.
4. Holland DE, Krulish YA, Reich HK, Roche JD. How to creatively meet care needs of the morbidly obese. *Nurs Manage*. 2001; 32: 39-41.
5. Green SM, Gillett A. Caring for patients with morbid obesity in hospital. *Br J Nurs*. 1998; 7:785-92.
6. Grant P, Newcombe M. Emergency management of the morbidly obese. *Emergency Medicine Australasia*. 2004; 16, 309-317
7. Davidson JE, Callery C. Care of the obesity surgery patient requiring immediate-level care or intensive care. *Obes Surg*. 2001;11:93-7.
8. Coe AJ, Saleh T, Samuel T, Edwards R. The management of patients with morbid obesity in the anaesthetic assessment clinic. *Anaesthesia*. 2004; 59:570-3.
9. UK National Audit Office. Tackling Obesity in England. 2001 (www.nao.org.uk)
10. Obesità e disturbi dell'alimentazione: indicazioni per trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva metabolica nutrizionale psicologica <http://lazio.sio-obesita.org/riabilitazione.htm>
11. Clementson JA. Improving rehabilitation of severely obese patients. *Rehabil Nurs*. 2003; 28:171, 191.
12. Gilmore BJ. A challenge of proportion. *Rehab Manag*. 2006; 19:22-27.
13. Wolski CA. Accommodating largess. *Rehab Manag*. 2006;19:30-34.
14. Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, Greve JW, Horber F, Mathus-Vliegen E, Scopinaro N, Steffen R, Tsigos C, Weiner R, Widhalm K. Inter-disciplinary European guidelines on surgery of severe obesity. *Int J Obes*. 2007; 31: 569-77.
15. Andris DA. Surgical treatment for obesity: ensuring success. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005; 32:393-401
16. Dionne M. Bariatric rehab. *Rehab Manag*. 1998;11:76-9.
17. Christiansen T, Bruun JM, Madsen EL, Richelsen B. Weight loss maintenance in severely obese adults after an intensive lifestyle intervention: 2- to 4-year follow-up. *Obesity*. 2007; 15:413- 420
18. Rotkoff N. Care of the Morbidly Obese Patient in a Long-term Care Facility. *Geriatr Nurs* 1999; 20:309-13.
19. Knudsen AM, Gallagher S. Care of the obese patient with pressure ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2003; 30:111-8.
20. Gates J. Venous stasis ulcers in the patient who is obese. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005; 32:421-6.
21. Saffari M. Special Care for Special Needs. Bariatric rehabilitation presents challenges for both patients and their caretakers. *Rehab Manag*. 2007;20: 22-26.
22. TSD-OC Test SIO per le Disabilità Obesità Correlate. <http://lazio.sio-obesita.org/riabilitazione.htm>