



Le Obesità: aspetti psico-nutrizionali e aggiornamenti terapeutici

Sabato 11 ottobre 2025
Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna
Cona, Ferrara

Il Segretario
Dott. M. Vason

Il Presidente
Dott. R. Zoppellari

GLI ASPETTI PSICONUTRIZIONALI IN AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

Dott. Carlo Leone

Medico di Medicina Generale – Comacchio (FE)
Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna di Cona (FERRARA)

11 Ottobre 2025

Perché il Medico di Medicina Generale?

- Obesità è il maggior problema di sanità pubblica con incremento in termini di mortalità e morbidità e di costi socio-sanitari.
- MMG: baluardo di prevenzione e trattamento nelle cure primarie.
- Primo contatto del paziente con obesità con il SSN per un consulto o per altre ragioni (sanitarie e non) è con il MMG.
- I clinici di adolescenti e giovani adulti, compreso MMG, possono valutare agilmente aspetti psicosociali (comportamenti alimentari, immagine corporea percepita e disturbi dell'umore).
- La corretta gestione dell'obesità nelle cure primarie può ridurre comorbidità e costi associati a salute e qualità della vita.
- Essenziale per MMG mantenere l'aggiornamento sulla complessità di questi pazienti e sulla loro gestione.

Obesità

- Maggior problema di sanità pubblica associata ad un incremento di mortalità e morbidità e costi socio-sanitari.
- Prevalenza in continuo aumento nel mondo, specialmente nelle regioni con reddito medio-basso.
- Evitare stigmatizzazioni, spesso presenti nei setting di cura.
- Conoscere e gestire gli aspetti psicologici (autostima, immagine del proprio corpo e qualità della vita).
- Conoscere le correlazioni tra l'aumento del peso corporeo e le comorbidità correlate e il vantaggio di salute della riduzione del peso corporeo.
- Problema sociale che richiede decisioni politiche sulle regolamentazioni alimentari e sulle modifiche socioculturali.
- Integrazione di differenti approcci al paziente, tra loro complementari, per una corretta gestione clinica di una patologia complessa.

Disturbi dell'alimentazione

- Condizioni caratterizzate da un potenziale pericolo di vita comprendenti disturbi dell'alimentazione e del comportamento alimentare, che impattano sulla salute fisica, psichica e sul funzionamento psicosociale.
- L'adolescenza e la giovane età adulta sono i periodi di maggiore vulnerabilità: ne è affetto il 2% dei maschi e l'8% delle femmine.
- Pazienti con anoressia o bulimia nervosa hanno un rischio di mortalità da due a sei volte aumentato per complicanze terapeutiche, e hanno un aumentato rischio suicidario di 18 volte se paragonato alla popolazione corrispondente.
- Si stima che un terzo dei pazienti con disturbi alimentari sviluppino sintomi persistenti per diverse decadi di vita.
- Si stima che più di due terzi dei pazienti con disturbi alimentari abbiano anche una diagnosi di: disturbi dell'umore, ansia, abuso di sostanze, disturbi della personalità e sintomi somatici.

Domande per valutazione e trattamento dei disturbi alimentari

Utilizzare tecniche di colloquio motivazionale empatiche e non giudicanti possono aiutare a superare eventuali barriere e resistenze del paziente.

Obiettivi da perseguire:

- Avviare una conversazione sulle abitudini alimentari
- Valutare la motivazione a cambiare le abitudini alimentari
- Determinare i presupposti e le conseguenze delle abitudini alimentari in essere
- Sviluppare strategie di coping
- Modificare i pensieri negativi e ostativi

In fase diagnostica

Questionario **SCOFF**:

- Si è mai sentita disgustata perché sgradevolmente piena?
- Si è mai preoccupata di aver perso il controllo su quanto aveva mangiato?
- Ha perso recentemente più di 6 Kg in un periodo di 3 mesi?
- Le è mai capitato di sentirsi grassa anche se gli altri le dicevano che era troppo magra?
- Affermerebbe che il cibo domina la sua vita?

Una risposta con “sì” a due o più domande suggerisce un’ulteriore discussione ed una **valutazione più completa**.

Altre due domande hanno dimostrato di indicare una elevata sensibilità e specificità per la bulimia nervosa.

- Sei soddisfatto delle tue abitudini alimentari?
- Ti capita mai di mangiare in segreto?

Queste domande indicano la necessità di un’ulteriore **valutazione specialistica**.

Valutazione clinica degli adulti con obesità

- Anamnesi
 - Esame fisico
 - Esami laboratoristici
 - Formulazione diagnostica
 - Terapia comportamentale
 - Farmacoterapia
 - Chirurgia bariatrica

P
r
e
v
e
n
z
i
o
n
e

Anamnesi (1)

- Rappresentazioni del paziente, aspettative e motivazione al cambiamento.
- Misurazione periodica del peso corporeo, esplorazione di fattori genetici, stimoli esogeni ed eventi che hanno portato all'aumento di peso o a sue variazioni significative.
- Identificazione delle cause dell'aumento di peso e monitoraggio della fase in cui si trova attualmente il paziente: perdita o aumento di peso (fase dinamica) o peso corporeo stabilizzato (fase di mantenimento).
- Valutazione dei trattamenti precedenti e loro effetti.
- Grado di motivazione al trattamento e le sue motivazioni.
- Grado di aspettativa in termini di perdita di peso e cambiamenti nella propria vita.
- Definizione dello stile di vita professionale e familiare (attività fisica, inattività e comportamento sedentario). Fattori scatenanti aumento del peso: perdita del lavoro, matrimonio (o divorzio) o un lutto.

Anamnesi (2)

- Storia familiare di obesità e malattie cardiometaboliche.
- Valutazione impatto psicologico negativo dell'immagine corporea su paziente e sua autostima, indagando peso o immagine corporea desiderati, velocità di perdita di peso desiderata e motivazione a cambiare stile di vita.
- Valutazione disturbi alimentari, depressione, ansia, stress, scarsa qualità del sonno, profilo psicologico e aspetti sociali (compresi i contatti familiari).
- Valutazione assunzione di cibo e profilo comportamentale: struttura, durata, orario, composizione e modalità dei pasti, dimensione delle porzioni e numero di piatti consumati a pasto, "errori" nutrizionali, consumo di bevande zuccherate o alcolici.
- Valutazione consapevolezza del paziente, sensazioni fisiologiche di fame e sazietà, velocità di alimentazione, piacere durante il pasto, presenza di spuntini, abbuffate, iperfagia, bulimia, sindrome da alimentazione notturna, ecc.

Esame fisico

- Misurazione del peso corporeo.
- Misurazione circonferenza della vita: normale <80cm (femmine) e <94cm (maschi); aumentato rischio cardiovascolare se >88cm (femmine) e se >102cm (maschi).
- Misurazione della pressione arteriosa.
- Valutazione comorbidità: NAFLD, patologie polmonari, cutanee, della colecisti, ginecologiche, osteoarticolari, pancreatiche, oncologiche, coronariche, cerebrovascolari, gotta, flebiti, cataratta, ipertensione endocranica, ecc.
- Valutazione della sindrome metabolica:
 - Circonferenza della vita >80cm (femmine) e >94cm (maschi).
 - Ipertrigliceridemia o terapie per ipertrigliceridemia.
 - Ridotti livelli di colesterolemia HDL.
 - Ipertensione arteriosa o trattamento farmacologico per l'ipertensione arteriosa.
 - Iperglicemia o pregressa diagnosi di diabete mellito tipo 2.

Esami laboratoristici

Valutazione iniziale e periodica, con necessità di integrazione con la storia clinica.

- Glicemia a digiuno
- Profilo lipidico (colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi)
- Funzionalità epatica (GOT, GPT, Gamma GT), con eventuali indagini epatiche (ecografia, CEUS, biopsia)
- Funzionalità renale (creatinina)
- Indice di infiammazione (PCR, ferritina)
- Acido urico, in caso di gotta
- Funzionalità tiroidea (TSH)
- Valutazione cardiovascolare (ergometria, ecocardiografia)
- Indagine sulle apnee notturne, se indicata
- Indagini endocrine (sindrome di Cushing, malattia ipotalamica), se clinicamente indicate

Diagnosi

Valori di cut-off di BMI in pazienti adulti caucasici.

Categoria diagnostica	BMI
Sottopeso	<18,5
Normale	18,5-24,9
Sovrappeso	25,0-29,9
Obesità	>30
Obesità I classe	30,0-34,9
Obesità II classe	35,0-39,9
Obesità III classe	>40

Razionale degli approcci gestionali

Approcci	Razionale
Migliorare la comunicazione e la motivazione	Essenziale per aderenza ai trattamenti; può essere incrementata con strategie tipo <i>Motivational Interviewing</i> (MI).
Evitare la stigmatizzazione nei setting sanitari	Molto frequente nei setting sanitari, con peggioramento dei DAN, del grado di obesità e di sequele come depressione e rischio suicidario; può essere ridotta con strategie tipo <i>Motivational Interviewing</i> (MI).
Avvalersi di un team multidisciplinare	Maggiore efficacia, a patto che lavori in rete.
Considerare i cambiamenti nel comportamenti e nello stile di vita	Riduzione del peso iniziale fino al 5-15% con miglioramento di immagine corporea, autostima, autoaffermazione e QoL.
Aumentare l'attività fisica	Minor rischio di mortalità per tutte le cause rispetto ai pazienti sedentari; attività fisica regolare riduce rischio di ripresa ponderale.
Evitare la ciclicità del peso	Monitoraggio clinico periodico riduce rischio.

Conseguenze della stigmatizzazione

Le conseguenze dello stigma possono essere anche molto gravi.

Potenziali conseguenze di stigmatizzazione nei pazienti obesi:

- Aumento del rischio di depressione
- Riduzione dell'autostima
- Scarsa immagine corporea
- Aumento del rischio di disturbi del comportamento alimentare e di binge eating
- Evitamento dell'attività fisica
- Progressivo ulteriore aumento di peso
- Evitamento del ricorso al medico e alle cure
- Suicidio

Evitare la stigmatizzazione

- La comunicazione è un aspetto fondamentale nel trattamento di obesità e disturbi della nutrizione.
- Discriminazione e stigmatizzazione sono sorprendentemente diffuse tra MMG, psichiatri, psicologi, specialisti dell'obesità, ostetrici, dietisti e infermieri.
- Stigmatizzazioni presenti anche sul lavoro, nei media o in contesti familiari e amicali.
- Molti sanitari sono convinti che questi pazienti siano pigri, non complianti, deboli di volontà, poco intelligenti e privi di forza di volontà o disonesti.
- MMG spesso non hanno una formazione specifica per acquisire e mantenere le skills comunicative necessarie al trattamento.

Cinque domande chiave

- Quali sono i messaggi chiave che vorrei trasmettere al paziente obeso?
- Questi messaggi motiveranno il paziente a cambiare stile di vita?
- Il peso corporeo (in eccesso) di una persona di per sé può generare pregiudizi sul suo carattere, la sua intelligenza, il suo successo professionale, il suo stile di vita e la sua capacità di essere felice o efficiente nella vita quotidiana?
- Come rispondo ai bisogni individuali del paziente obeso?
- Lo ascolto attentamente e sono consapevole delle sue preoccupazioni e dei suoi bisogni?

Motivational Interviewing (MI)

- ✓ Tecnica di comunicazione molto efficace
- ✓ Stile di discussione collaborativo e non giudicante
- ✓ Consente di rafforzare la motivazione del paziente
- ✓ Consente di stimolarne il coinvolgimento verso un cambiamento comportamentale

Motivational Interviewing (MI)

- Creare un'atmosfera **piacevole e calorosa** basata sulla **fiducia reciproca**, in modo che il paziente si senta rilassato e a suo agio, oltre a costruire una solida alleanza terapeutica.
- Tono pienamente **empatico e incoraggiante, privo di pregiudizi**.
- Considerare il paziente con obesità l'«**esperto**» della propria condizione; ogni paziente seleziona, con l'aiuto del MMG, i cambiamenti pertinenti nell'area specifica in cui desidera avviare un cambiamento comportamentale, creando una vera e propria partnership.
- Il MMG esplorerà l'**equilibrio decisionale**, chiedendo prima gli aspetti negativi del potenziale cambiamento, poi quelli positivi; questi ultimi dovrebbero essere più numerosi dei primi.
- Il MMG può aiutare il paziente a risolvere la sua **ambivalenza** nei confronti del cambiamento comportamentale attraverso l'**ascolto riflessivo** e **domande aperte**: la priorità è **risolvere l'ambivalenza** prima di passare progressivamente ai cambiamenti successivi.

Aumentare motivazione al cambiamento

- Possiamo parlare del tuo peso?
- Come ti senti riguardo al tuo peso in questo momento?
- Quanto è importante per te cambiare il tuo comportamento ora?
- Quanto sei sicuro di poter cambiare il tuo stile di vita?
- Ci sono eventi stressanti nella tua vita in questo momento che potrebbero essere un ostacolo al cambiamento?
- Se decidessi di cambiare il tuo stile di vita, cosa cambieresti?
- Quali sarebbero i due o tre vantaggi che potresti ottenere?
- Se decidessi di apportare questo cambiamento, come lo faresti?

Aumentare motivazione al cambiamento

- In che modo la nostra discussione ti ha aiutato ad andare avanti?
Come vedi il seguito?
- Cosa significa per te "mangiare sano"?
- Avverti sensazioni di fame e sazietà? Mangi quando sei annoiato, stressato o triste?
- Qual è il momento migliore della giornata per essere fisicamente attivo? Cosa significa per te l'attività fisica?
- Che tipo di attività fisica ti piace ora o che ti piaceva in passato?
- Quali sono alcuni obiettivi ragionevoli che potresti prefissarti riguardo al tuo peso?
- Con quali tipi di cambiamenti saresti disposto a iniziare?
- Che tipo di aiuto vorresti per raggiungere i tuoi obiettivi?

Prevenzione

- Misure di prevenzione primaria fondamentali per controllare e ridurre lo sviluppo dell'obesità fin dalle fasi più precoci. MMG svolgono un ruolo essenziale anche nella prevenzione durante la gestione della «pre-obesità».
- Categorie di prevenzione: prevenzione primaria, prevenzione secondaria, prevenzione terziaria e prevenzione quaternaria.
- MMG svolgono un ruolo centrale in particolare nella prevenzione quaternaria, il cui obiettivo principale è identificare un paziente a rischio di ipermedicalizzazione e proporre interventi eticamente accettabili. Include anche la prevenzione della stigmatizzazione, evitando l'uso di trattamenti medici e obiettivi gestionali inappropriati e prevenendo interventi/approcci chirurgici «magici» (ovvero non evidence-based).

Possibili strategie di trattamento per MMG

Quali sono i punti importanti per garantire il successo del trattamento dell'obesità?

- Evitare la stigmatizzazione utilizzando linguaggio e tecniche di comunicazione appropriati (colloquio motivazionale).
- Utilizzare il colloquio motivazionale per aumentare la motivazione del paziente al cambiamento e la sua fiducia nei terapeuti e nel trattamento e per aumentare l'autostima.
- Migliorare la conoscenza, l'aderenza al trattamento, la motivazione al cambiamento e la qualità della vita attraverso l'educazione terapeutica del paziente.
- Indagare su aspetti psicologici come DAN, disturbi del sonno, stress, depressione e trattarli specificamente.
- Migliorare la composizione corporea attraverso la modifica dello stile di vita, con un aumento dell'attività fisica.
- Trattare eventuali comorbidità con modifiche dello stile di vita e farmacoterapia, se necessario.

Come comunicare con i pazienti con DAN e obesità per il MMG

Il MMG presenta al paziente le possibili aree di lavoro:

- **Nutrizione:** pasti equilibrati, grassi visibili, grassi nascosti, zuccheri visibili, zuccheri nascosti, bevande zuccherate, carboidrati, densità energetica, etichette alimentari, sale, alcolici.
- **Attività fisica:** sedentarietà, attività fisica quotidiana, attività durante le vacanze.
- **Comportamento alimentare e disturbi psicologici:** fame, sazietà, velocità di alimentazione, gestione dello stress, spuntini, gestione delle emozioni, DAN, autostima.

E... i pazienti?

Uno studio pubblicato nel 2014 ha evidenziato che, tra i pazienti con DAN severi:

- La necessità o il desiderio di farmaci o certificati medici possono fungere da motivazione per il contatto con il MMG.
- Due su tre avevano un rapporto attivo con il MMG. Tre su quattro di loro avevano parlato con il proprio MMG della loro malattia più di due volte nell'ultimo anno.
- Due su tre con un rapporto attivo MMG-paziente hanno parlato di come la malattia ha influenzato la loro vita quotidiana.
- Uno su due con un rapporto MMG-paziente si è dichiarato soddisfatto di come il medico ha gestito la propria malattia. Meno della metà ha ritenuto che il MMG fosse un supporto importante.

Flaatten Halvorsen T, Haavet OR, Rydsa Tove Skarbo BJ, Olaung Rosvold E. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134:2047-51.

E... i pazienti?

- Questo studio dimostra che i pazienti che non avevano un rapporto attivo MMG-paziente ricevevano più spesso aiuti economici o vivevano da soli o con persone diverse dal partner o dai genitori: questo gruppo è considerato particolarmente esposto all'isolamento sociale.
- Questo risultato conferma ricerche precedenti, in cui l'isolamento era un fattore di rischio per un follow-up carente della malattia mentale nel servizio sanitario.
- La maggior parte di coloro che avevano un rapporto attivo MMG-paziente desiderava una collaborazione tra i diversi livelli di trattamento.
- Potrebbe sembrare che il gruppo che si allontana completamente dal processo di follow-up del MMG sia quello che avrebbe potuto trarre particolare beneficio dal supporto del MMG.

Flaatten Halvorsen T, Haavet OR, Rydsa Tove Skarbo BJ, Olaung Rosvold E. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134:2047-51.

E... i pazienti?

- La maggior parte di coloro che avevano un rapporto attivo MMG-paziente desiderava una collaborazione tra i diversi livelli di trattamento.
- I lunghi percorsi di malattia e i numerosi cicli di trattamento, nonché il fatto che i pazienti giovani si spostino frequentemente, rendono la continuità del follow-up del MMG e la collaborazione con i servizi di secondo livello particolarmente difficili per i pazienti con disturbi alimentari.
- MMG che monitorano attentamente i loro pazienti e si concentrano sulla loro vita quotidiana e sui sintomi del disturbo alimentare possono avere più successo nel portare alla luce la malattia in tutti i suoi aspetti.

Flaatten Halvorsen T, Haavet OR, Rydsa Tove Skarbo BJ, Olaung Rosvold E. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134:2047-51.

Take Home Messages

- Una sottodiagnosi e/o un sottotrattamento dell'obesità comporta un maggior rischio di mortalità e morbidità evitabile; importante porre il sospetto diagnostico anche con l'ausilio di semplici strumenti.
- Un supporto motivazionale continuo è di fondamentale importanza per il trattamento: in fase diagnostica, nel corso della terapia anche per mantenere la motivazione al trattamento e in fase di follow-up per prevenire le ricadute.
- Fondamentale la collaborazione tra il MMG e i centri specialistici in tutte le fasi del percorso dei pazienti con obesità.
- I pazienti con obesità necessitano di un follow-up a lungo termine, in collaborazione con la Medicina Generale.
- Una forte alleanza con i curanti è essenziale: alleanza medico-paziente, apertura, curiosità, pazienza, follow-up mirato e sistematico, approccio individualizzato sono cruciali.

Bibliografia

- Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, Widmer D, Yumuk V, Schutz Y. European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obes Fact*. 2019;12:40-66.
- Flaatten Halvorsen T, Haavet OR, Rydsa Tove Skarbo BJ, Olaung Rosvold E. Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134:2047-51.
- Holtet Aalmen M, Rosenvinge JH, Holund A, Pettersen G. General practitioners' experiences of patients with eating disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2020;140(9).
- Klein DA, Sylvester JE, Schvey NA. Eating disorders in primary care: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2021;103(1):22-32.
- Bjornelv S. Eating disorders in general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134:2020-1.
- Luck AJ, Morgan JF, Reid F, O'Brien A, Brunton J, Price C, Perry L, Lacey JH. The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *British Medical Journal*. 2002;325,7367,755–756.



GLI ASPETTI PSICONUTRIZIONALI IN AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

Logo of Società Medico Chirurgica di Ferrara dal 1846

Con il patrocinio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Con il Patrocinio di:

- Università degli Studi di Ferrara
- Unione dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Ferrara
- SIE Società Italiana Endocrinologia
- Logo of the Italian Republic

Le Obesità: aspetti psiconutrizionali e aggiornamenti terapeutici

Sabato 11 ottobre 2025

**Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna
Cona, Ferrara**

Il Segretario
Dott. M. Vason

Il Presidente
Dott. R. Zoppellari

Grazie
per la vostra
attenzione

Dott. Carlo Leone

Medico di Medicina Generale – Comacchio (FE)
Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna di Cona (FERRARA)

11 Ottobre 2025