

Linee di indirizzo per la definizione
dei percorsi di nutrizione essenziali
e per l'organizzazione regionale
della chirurgia bariatrica

Sommario

PREMESSA	2
OBESITÀ	3
CRITERI ORGANIZZATIVI PER L'OBESITÀ DI ADULTO E ANZIANO	4
LIVELLO 1 - PREVENZIONE E GESTIONE TERRITORIALE DEL SOVRAPPESO E OBESITÀ LIEVE	4
LIVELLO 2 – GESTIONE INTEGRATA DELL'OBESITÀ CONCLAMATA O CON COMORBIDITÀ	6
RIABILITAZIONE DELL'OBESITÀ'	7
LIVELLO 3 – GESTIONE DELL'OBESITÀ GRAVE CON CHIRURGIA BARIATRICA	7
CRITERI ORGANIZZATIVI PER L'OBESITÀ PEDIATRICA	12
LIVELLO 1 - PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)	12
LIVELLO 2 - TEAM MULTIDISCIPLINARE TERRITORIALE	14
LIVELLO 3 - PEDIATRIA OSPEDALIERA	16
MALNUTRIZIONE	18
CRITERI ORGANIZZATIVI PER LA MALNUTRIZIONE	18
LIVELLO 1 – PREVENZIONE DELLA MALNUTRIZIONE	19
LIVELLO 2 – PRESA IN CARICO DELLA MALNUTRIZIONE: TERRITORIALE (AMBULATORIALE E DOMICILIARE) E OSPEDALIERA (AMBULATORIALE E DEGENZA)	20
LIVELLO 3 - PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DELLA MALNUTRIZIONE GRAVE E/O IN PAZIENTI FRAGILI/COMPLESSI	21
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER L'INSUFFICIENZA INTESTINALE BENIGNA (IICB)	21
DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)	24
CRITERI ORGANIZZATIVI NUTRIZIONALI NEI DNA	24
BIBLIOGRAFIA	26

PREMESSA

Le “Linee di indirizzo per la definizione e ruolo della rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica della Regione Emilia-Romagna”, recepite con DGR 2200/2019, costituiscono le indicazioni per la definizione delle modalità organizzative dei percorsi nutrizionali.

Al fine di garantire una gestione integrata e continuativa tra i diversi ambiti di competenza preventiva e clinico-nutrizionale, la DGR 2200/2019 ha previsto che il modello organizzativo della rete sia trasversale ai diversi setting responsabili della prevenzione e cura tra territorio e ospedale per la prevenzione e la cura delle patologie nutrizionali, con percorsi preventivi e diagnostico-terapeutici dedicati (PPDTA).

Il PPDTA, mediante un approccio multidimensionale affidato al lavoro integrato di diversi professionisti sanitari con cultura comune e linguaggio condiviso, promuove il recupero di abilità e performance funzionali individuali e il miglioramento della qualità della vita. Assicura, inoltre, iniziative di promozione della salute e di prevenzione che completano durante tutto il percorso l’offerta di prestazioni in grado di rispondere ai differenti bisogni del paziente nelle diverse fasce d’età. La multiprofessionalità rappresenta l’elemento cardine dello sviluppo dei PPDTA e gli strumenti utilizzati nelle diverse fasi devono facilitare la continuità, rompendo lo schema del lavoro per silos professionali e di servizi.

Secondo quanto previsto dal DM77/2022, il Pediatra di Libera Scelta, il Medico di Medicina Generale, il Medico Specialista e l’Infermiere Territoriale costituiscono l’équipe multi professionale di base e sono tra gli attori principali che, nell’ambito dei percorsi, intervengono sia per la prevenzione primaria al fine di sensibilizzare/educare a mettere in atto precocemente una serie di azioni preventive-età specifiche e di individuare i soggetti a rischio, orientandoli verso un sano stile di vita, sia per le attività di presa in carico personalizzata, inviando, ove necessario, i soggetti alle strutture di assistenza specialistica della Rete Integrata. Le Case della Comunità (CdC) rappresentano i luoghi principali in cui gli operatori dell’assistenza primaria si integrano ad altre figure professionali inserendo il cittadino/utente in un percorso unitario di prevenzione e cura.

Uno stile di vita corretto è un indispensabile strumento sia di prevenzione che di terapia e deve essere considerato non solo in termini di dieta e attività fisica, ma come un complesso insieme di fattori relativi agli stili di vita interdipendenti tra loro.

L’attuazione dei PPDTA necessita anche di un programma di valutazione e monitoraggio delle diverse fasi, attraverso la definizione di indicatori di processo/esito e l’integrazione con i sistemi di sorveglianza, nonché di programmi periodici di formazione/aggiornamento per tutti i professionisti coinvolti.

In quest’ottica è stato di recente realizzato un percorso formativo regionale con l’obiettivo di creare una comunità competente e integrata di professionisti, definire e condividere modalità di comportamento omogenee, sviluppare capacità relazionali e di intervento, individuare strumenti di lavoro comuni e diffondere la cultura della valutazione del rischio nutrizionale (screening nutrizionale).

Oggetto del presente documento è la definizione dei criteri organizzativi dei percorsi nutrizionali relativi all’obesità, alla malnutrizione e ai disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA).

La finalità è quella di offrire alle Aziende sanitarie indicazioni organizzative per la realizzazione di percorsi di cura omogenei, articolati su diversi livelli di intervento tra loro integrati e con differenti gradi di intensità delle cure. Le indicazioni definiscono obiettivi, ambiti e tempi di intervento dei percorsi, ruoli e compiti degli operatori, dalla prevenzione alla presa in carico attraverso interventi efficaci-appropriati-sostenibili.

OBESITÀ

PREMESSA

Sulla base dei dati PASSI relativi al biennio 2021-2022, si stima che in Emilia-Romagna l'eccesso ponderale coinvolga una quota rilevante di adulti 18-69enni (43%): in particolare il 32% è in sovrappeso e l'11% presenta obesità. Si evidenzia un trend in aumento sia per quanto riguarda la prevalenza delle persone in sovrappeso (31,2% nel 2021 e 32,9% nel 2022) sia per quanto riguarda la prevalenza di persone con obesità (11,3% nel 2021 e 11,5% nel 2022).

Secondo i dati del sistema di sorveglianza OKkio alla salute (anno 2023), invece, si conferma il trend in lieve discesa per quanto riguarda la prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini della Regione Emilia-Romagna: la prevalenza di bambini con sovrappeso è passata dal 20,5% nel 2008 al 18,6% nel 2023 mentre la prevalenza dell'obesità è passata dall' 8,6% nel 2008 al 7,1% nel 2023.

Le caratteristiche di cronicità e comorbidità dell'obesità, i costi elevati in termini di disabilità e il grave impatto complessivo sulla qualità della vita richiedono interventi di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo.

Tuttavia, molte azioni sinora intraprese nelle aree della prevenzione, della diagnosi e della terapia dell'obesità e delle sue complicanze hanno tuttora carattere prevalentemente settoriale e frammentario. In particolare, l'assistenza al paziente è spesso affidata a diversi interventi "interdisciplinari" non sempre coordinati e pianificati tra loro, anche a causa della mancanza di un modello organizzativo unico.

È quindi necessario promuovere una cultura che consideri l'obesità di per sé una malattia, oltre a una condizione propedeutica allo sviluppo di patologie complesse (diabete ecc.) e malattie croniche non trasmissibili, anche al fine di contrastare, a tutti i livelli, lo stigma nei confronti delle persone che ne sono affette.

La strategia dell'Emilia-Romagna, in linea con il documento nazionale "*Linee di indirizzo nazionali per la prevenzione e contrasto obesità*", approvato in Conferenza Stato-Regioni il 27 luglio 2022, intende promuovere un approccio intersettoriale, integrato e *life-course* per ridurre i fattori di rischio individuali e promuovere scelte di vita salutari durante tutto il corso della vita.

Il presente documento, a integrazione della DGR 2200/2019, fornisce elementi di policy di sistema e di indirizzo sulle azioni necessarie per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità, al fine di:

- dotare gli operatori di indirizzi e strumenti per garantire comportamenti professionali omogenei;
- individuare un percorso integrato e condiviso tra la rete di nutrizione preventiva e quella clinica per consentire un precoce, sinergico e simultaneo inquadramento preventivo e clinico-nutrizionale, che rappresenti il raccordo tra le Cure Primarie, i Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e i diversi setting di cura specialistici ambulatoriali/ospedalieri.

Al fine di garantire un corretto inquadramento diagnostico e l'eventuale fenotipizzazione clinica del soggetto con obesità, oltre agli indicatori antropometrici, si utilizza il sistema di stadiazione dell'obesità e delle sue complicanze EOSS (Edmonton Obesity Staging System - Algoritmo di Cura dei pazienti con sovrappeso o obesità Consensus SIO-ADI) nell'adulto ed EOSS-P nel bambino che stratifica i pazienti con obesità in base alla severità delle comorbidità associate (indipendentemente dalla classe di BMI) e alle barriere di tipo metabolico, meccanico, mentale, milieu sociale (4Ms) che si oppongono al trattamento.

CRITERI ORGANIZZATIVI PER L'OBESITÀ DI ADULTO E ANZIANO

Il PPDTA ha il compito di definire i diversi setting che permettono non solo di prevenire l'insorgenza di obesità (prevenzione primaria), lo sviluppo di comorbidità associate (prevenzione secondaria) e dei relativi esiti (prevenzione terziaria), ma di offrire trattamenti e cure adeguate a migliorare comorbidità, disabilità e qualità di vita.

Vengono identificati tre livelli di intervento specifici:

- LIVELLO 1 - PREVENZIONE E GESTIONE TERRITORIALE DEL SOVRAPPESO E OBESITA' LIEVE
- LIVELLO 2 – GESTIONE INTEGRATA DELL'OBESITA' CONCLAMATA O CON COMORBIDITA'
- LIVELLO 3 – GESTIONE DELL'OBESITA' GRAVE CON CHIRURGIA BARIATRICA

Per definire l'efficacia degli interventi, le attività vanno monitorate e valutate attraverso un sistema di indicatori di processo e di esito.

L'erogazione di alcune prestazioni nei tre livelli previsti può essere effettuata anche in modalità di telemedicina (tramite teleconsulto e/o televisita).

LIVELLO 1- PREVENZIONE E GESTIONE TERRITORIALE DEL SOVRAPPESO E OBESITA' LIEVE

“Le Linee Guida per una sana alimentazione” pubblicate e revisionate nel 2018 dal Consiglio per la ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA) – ex INRAN, basate sul modello alimentare mediterraneo, e le *“Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie”*, elaborate dal Tavolo di lavoro intersettoriale per la promozione dell'attività fisica e la tutela della salute nelle attività sportive e approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 3 novembre 2021, rappresentano documenti di riferimento e strumenti utili per progettare e attuare interventi efficaci per la promozione della salute e per la prevenzione delle malattie croniche.

Operatori

Il PPDTA dell'Obesità dell'Adulto coinvolge, per quanto attiene alla P di Prevenzione, i professionisti delle equipe integrate territoriali (MMG, infermieri territoriali), gli operatori (dietisti, medici e biologi nutrizionisti) dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN), medici dello sport, chinesologi, psicologi territoriali. L'equipe territoriale, qualora lo ritenga opportuno, può inviare il paziente al SIAN e ad altri professionisti.

Inviati al SIAN

- MMG e infermiere
- medici specialisti ospedalieri e territoriali

Criteri di presa in carico

- Età ≥ 18 anni
- BMI 25-34,99 senza o con complicanze in buon compenso e stabili (Stadio EOSS 0-1-2)

Attività

Le attività di prevenzione, da attuare anche in modalità di telemedicina, si distinguono in:

- **prevenzione universale** che comprende la sorveglianza dell'andamento ponderale, dello stato nutrizionale e dell'attività fisica. In particolare, nell'anziano va posta attenzione ai cambiamenti fisiologici

che intervengono con l'invecchiamento (il BMI deve essere aumentato di +1,5 per l'uomo e +2,5 per la donna) ai fattori di rischio per sarcopenia e/o disabilità obesità-correlata e alla gestione complessiva dell'alimentazione;

- **prevenzione rinforzata** che consiste in attività di counseling (nutrizionale e motivazionale) selettivo per popolazione a rischio attraverso una presa in carico della durata tra 12 e 18 mesi (non inferiore ai 6 mesi).

L'equipe territoriale, in base alle competenze specifiche, ha un'importanza strategica nello stimolare e sostenere il cambiamento degli stili di vita dei propri assistiti e delle loro famiglie e nel far conoscere le offerte presenti sul territorio (Mappa della salute). In particolare, intervengono nella prevenzione e nel contrasto dell'obesità tramite: misurazione di peso, altezza e circonferenza vita con contemporaneo calcolo del BMI; indagine sulle abitudini alimentari e sugli apporti abituali dietetici; esecuzione di un counseling motivazionale breve per il miglioramento della dieta e dell'attività fisica; diagnosi delle forme secondarie di obesità e delle complicanze per eventuale invio ai livelli superiori.

Nel contesto del PPDTA dell'adulto e/o dell'anziano, il SIAN deve poter offrire le seguenti attività di tipo preventivo, attraverso percorsi quali:

- orientamento al cambiamento e promozione di corretti stili di vita (es. tecniche di counselling nutrizionale motivazionale al cambiamento);
- supporto al cambiamento degli stili di alimentazione e al mantenimento nel tempo di stili di vita più salutarì (es. cucina didattica, progetti di promozione di sana alimentazione);
- comunicazione di dati integrati sulla sorveglianza nutrizionale e aggiornamenti sui programmi nutrizionali all'equipe curante;

Il raggiungimento e il mantenimento di un sufficiente livello di esercizio fisico, da attuare mediante un percorso di riabilitazione motoria e di esercizio fisico strutturato, rappresentano un ulteriore aspetto primario del percorso, da affiancare al counseling nutrizionale e comportamentale. La promozione del movimento nel paziente con sovrappeso/obesità prevede interventi personalizzati di attività fisica.

Per il paziente anziano un ruolo centrale è svolto dalle Unità di Valutazione Geriatrica, in sinergia con altri specialisti, per contestualizzare l'obesità anche all'interno della VMG (valutazione multidimensionale geriatrica). Tale valutazione tiene conto degli aspetti fisici, psicologici e sociali che influiscono sul suo stato di salute, per poter prevenire o curare tale situazione e per ritardarne anche le complicanze, al fine di mantenere la miglior qualità di vita possibile e l'autosufficienza.

INDICATORI

Di processo:

- numero di soggetti presi in carico/anno
- numero di incontri di gruppo attivati all'anno
- numero laboratori didattici attivati all'anno

Di esito:

- numero soggetti con miglioramento aderenza a dieta mediterranea (questionario MEDAS) pre e post-intervento rispetto al numero totale preso in carico
- numero soggetti con incremento attività fisica (questionario IPAQ) pre e post-intervento rispetto al numero totale preso in carico

LIVELLO 2 – GESTIONE INTEGRATA DELL'OBESITA' CONCLAMATA O CON COMORBIDITA'

L'intervento clinico-nutrizionale deve svolgersi in raccordo e continuità con gli interventi preventivi.

Operatori

Il livello 2 è rappresentato dagli ambulatori di Dietetica e Nutrizione Clinica o equivalenti in cui sono presenti medico con competenze specifiche di obesità e/o nutrizione clinica (specialista in scienza dell'alimentazione, endocrinologo/diabetologo e internista con competenze sull'obesità, geriatra) dietista, psicologo, infermiere esperti nella gestione dell'obesità. Devono, inoltre, essere definite nell'ambito del PPDTA le collaborazioni con altri specialisti d'organo per le comorbidity presenti nei pazienti.

Vanno previste modalità organizzative per la presa in carico dei pazienti con percorsi specifici in grado di agevolare l'accesso degli utenti e di promuovere la collaborazione in rete degli operatori coinvolti, prevedendo anche prestazioni da effettuare in telemedicina.

Inviati

- MMG
- specialisti ospedalieri e territoriali

Criteri di presa in carico

- età ≥ 18 anni;
- BMI ≥ 35 senza o con complicanze (stadio EOSS da 0 a 4);
- BMI 30-34,99 con complicanze (stadio EOSS 3-4);
- Non responders agli interventi di livello 1 SIAN con BMI ≥ 30 (per eventuale inserimento di terapia farmacologica);
- BED in remissione.

Attività

Le attività si attuano con un approccio integrato dell'equipe nutrizionale (medico, dietista ed eventualmente psicologo) per:

- inquadramento delle problematiche cliniche e alimentari, definizione di terapia, tipo e durata di presa in carico, programmazione dei successivi controlli;
- eventuale valutazione genetica (polygenic risk score);
- prescrizione di indagini e/o esami aggiuntivi quando opportuno;
- eventuali prescrizione e prenotazione di visite a specialisti di altre discipline quando presenti comorbidity.

Negli utenti anziani va prestata particolare attenzione agli aspetti legati al rischio di sarcopenia e fragilità (questionario SARC-F, test funzionali, Handgrip, BIA) e depressione, richiedendo, ove opportuno, lo screening per la depressione (Geriatric Depression Scale) o una Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMG).

Va prestata attenzione, inoltre, al rischio di sarcopenia nei pazienti con obesità grave (BMI > 40).

Per i pazienti con obesità grave (peso > 150 kg) e con problematiche cliniche urgenti che richiedano ricovero in ambiente medico o chirurgico è necessario garantire modalità organizzative standardizzate con la corretta gestione del paziente dall'accesso in PS al ricovero in degenza ordinaria medica o chirurgica.

INDICATORI

Di processo:

- numero di prime visite all'anno
- tempi di attesa tra contatto e presa in carico del percorso
- monitoraggio consumo dei farmaci anti-obesità e loro efficacia/tolleranza

RIABILITAZIONE DELL'OBESITA'

Il trattamento dell'obesità presuppone interventi di tipo metabolico nutrizionale psicologico che, nelle fasi di maggior instabilità e scompenso o in presenza di Binge Eating Disorder (BED), può giovare di percorsi riabilitativi ambulatoriali, residenziali o semiresidenziali.

L'accesso a tali strutture deve avvenire a seguito di un progetto personalizzato di cura elaborato dal team multidisciplinare che ha in carico il paziente. Il percorso terapeutico-riabilitativo è costituito dall'integrazione di interventi nutrizionali, riabilitativi (recupero e rieducazione funzionale, ricondizionamento fisico allo sforzo, attività fisica adattata), psico-educazionali (educazione terapeutica e interventi psicoterapeutici brevi focalizzati) e di nursing riabilitativo. Alla dimissione il progetto di cura personalizzato va riformulato con l'equipe di invio, che deve garantire la continuità di presa in carico.

LIVELLO 3 – GESTIONE DELL'OBESITA' GRAVE CON CHIRURGIA BARIATRICA

CHIRURGIA BARIATRICA: IL MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE BARIATRICA REGIONALE

Nel periodo 2015-2023 in regione Emilia-Romagna il numero degli interventi di chirurgia bariatrica ha mostrato un trend complessivo (pubblico e privato accreditato) in deciso incremento (2015=1.336 vs 2023=3.793). Nel 2023 il privato accreditato ha erogato l'84% della produzione regionale. Nel 2023 molto alti si sono presentati sia l'indice di attrattività (72% nel 2023), per la maggior parte a carico del privato accreditato, sia la mobilità passiva attestata sul 41%, nel 90% dei casi diretta verso strutture private.

Il trattamento chirurgico bariatrico è uno dei possibili approcci terapeutici e deve quindi essere eseguito in centri che possano offrire un adeguato livello di inquadramento diagnostico dell'obesità e delle patologie ad essa correlate e che possano erogare anche trattamenti non chirurgici dell'obesità. La chirurgia bariatrica deve essere eseguita in strutture dedicate che siano dotate dei presidi e delle attrezzature necessarie a garantire una corretta e sicura assistenza al paziente con grave obesità a livello ambulatoriale, a livello del reparto di degenza, a livello di diagnostica strumentale e a livello di sala operatoria. È indispensabile che sia garantita la disponibilità di strutture di terapia intensiva post-operatoria e/o rianimazione.

In accordo con le indicazioni della letteratura scientifica nazionale e internazionale che attestano l'esistenza di una stretta associazione tra volumi di attività di centri e di operatori ed esiti clinici, gli interventi di chirurgia bariatrica devono essere concentrati in centri dedicati, ricorrendo anche a protocolli operativi per la definizione di equipe integrate sovrazionali.

Il modello organizzativo della rete bariatrica regionale delle strutture pubbliche si articola in *centri di chirurgia bariatrica di primo livello e di secondo livello* fra loro integrati e inseriti nelle reti di Nutrizione clinica e preventiva del bacino di afferenza. Ciò al fine di ottimizzare e razionalizzare le risorse professionali e strutturali esistenti, garantendo un adeguato accesso al servizio in tutto il territorio regionale e una presa in carico dei pazienti affetti da obesità nel percorso di cura più idoneo.

Si identifica nelle strutture pubbliche un *centro di chirurgia bariatrica di terzo livello di riferimento regionale* con funzioni di:

- riferimento regionale per il trattamento medico e chirurgico dei casi più complessi, anche di età adolescenziale, inviati direttamente dai centri di I livello o di II livello dopo discussione multidisciplinare;
- centro di II livello per l'area vasta di riferimento e centro di I livello per il proprio bacino di utenza;
- promozione della rete clinica regionale attraverso la collaborazione tra centri;
- sviluppo e coordinamento delle attività di didattica e di ricerca nel settore specifico.

Operatori

Gli operatori sono: l'equipe multidisciplinare di livello 2 che opera negli ambulatori ospedalieri di Dietetica e Nutrizione Clinica o equivalenti (medico, dietista, psicologo/psichiatra, infermiere dedicato), integrato con i chirurghi bariatrici e si avvale di consulenti specialisti secondo necessità cliniche del paziente. Il team multidisciplinare bariatrico (TMB) rappresenta, secondo le linee guida, un requisito fondamentale del centro per un approccio globale al paziente: si fa carico della selezione dei pazienti affetti da obesità candidabili a chirurgia, della valutazione del tipo di intervento più idoneo, dell'individuazione dei casi complessi da indirizzare a percorsi particolari e della verifica del follow up.

Il team effettua riunioni periodiche legate all'inquadramento e presa in carico dei pazienti.

Inviati

- MMG
- specialisti del livello 2
- specialisti ospedalieri e territoriali

Criteri di invio generali

- età 18-65 anni
- pazienti in età adolescenziale (14-18 anni) solo nel centro bariatrico di terzo livello per una presa in carico globale per l'età; pazienti di età >65 anni nei centri di secondo livello
- BMI ≥ 40 kg/m² senza o con complicanze (stadi EOSS 0-3)
- BMI ≥ 35 kg/m² con complicanze (stadi EOSS 2-3)
- BMI ≥ 35 kg/m² con complicanze-disabilità (stadio EOSS 4): casi selezionati
- BMI 30 - 35 kg/m² e almeno una comorbidità non controllata (DM2, ipertensione arteriosa, dislipidemia, OSAS), per il trattamento dell'obesità (stadi EOSS 3; in casi selezionati EOSS 2-4)
- BMI 30-35 kg/m² con diabete mellito di tipo 2 non controllato per il trattamento del diabete
- BMI ≥ 30 kg/m² e patologie osteoarticolari agli arti inferiori (EOSS 3; in casi selezionati EOSS 2-4)

I criteri per la presa in carico dei pazienti si differenziano nei diversi livelli della rete bariatrica regionale e si basano su caratteristiche dei pazienti, volumi e tipologia di attività chirurgica e presenza di servizi di supporto disponibili in situ.

CENTRI BARIATRICI DI PRIMO LIVELLO

- Pazienti: età 18-65 anni, EOSS stadi 0-2, anamnesi negativa per pregressa chirurgia bariatrica;
- Volumi: > 25 procedure/anno;
- Tipologia di attività chirurgica: il centro esegue almeno due diverse tipologie di procedure chirurgiche;
- Risorse strutturali: terapia intensiva, strumentazione medica adeguata;
- Reperibilità chirurgica bariatrica h24 tutto l'anno;
- Team multidisciplinare nutrizionale (2° livello) per inquadramento preoperatorio e follow-up post-operatorio

I pazienti che non rientrano nei criteri sopra definiti devono essere inviati ai centri bariatrici di secondo livello.

CENTRI BARIATRICI DI SECONDO LIVELLO

- Pazienti: età ≥ 18 anni, EOSS stadi 0-3
- Volumi: >50 procedure/anno
- Tipologia di attività chirurgica: il centro esegue almeno tre diverse tipologie di procedure chirurgiche inclusi i reinterventi (di revisione, conversione, restaurazione);

- Risorse strutturali: terapia intensiva, endoscopia operativa (trattamento delle complicanze e chirurgia bariatrica endoscopica), radiologia interventistica, strumentazione medica adeguata. In merito alle attività di endoscopia operativa e di radiologia interventistica, esse possono essere erogate in sede o in collegamento funzionale al centro erogatore;
- Reperibilità chirurgica bariatrica h24 tutto l'anno;
- Team multidisciplinare nutrizionale (livello 2) per inquadramento preoperatorio e follow-up post-operatorio;
- Attività di supporto per i centri di primo livello ad esso afferenti per competenza territoriale.

CENTRO BARIATRICO DI TERZO LIVELLO

Le caratteristiche sono esplicitate nel paragrafo relativo alle funzioni.

Criteria di esclusione

- psicopatologia (disturbo d'ansia e/o di depressione se non associato a programma psichiatrico di sostegno; disturbo bipolare, schizofrenia e psicosi non in compenso; bulimia nervosa non in compenso, night eating syndrome se non dopo trattamento psicoterapeutico, ..);
- dipendenza da alcol o tossicodipendenza in fase attiva (necessaria presa in carico a SERT o SERDP);
- endocrinopatie responsabili di obesità secondaria;
- oligofrenia grave, deficit cognitivi acquisiti;
- rifiuto del paziente all'approccio chirurgico;
- malattie correlate a ridotta aspettativa di vita;
- paziente incapace di partecipare a un prolungato protocollo di follow-up;
- paziente inabile a prendersi cura di sé e senza un adeguato supporto familiare.

Il disturbo da alimentazione incontrollata o Binge Eating Disorder (BED) è indicato per la chirurgia bariatrica dopo valutazione interdisciplinare e trattamento psicoterapeutico.

Sulla base dell'attività di chirurgia bariatrica dell'anno 2023 e dei primi mesi disponibili del 2024, si identificano i seguenti centri bariatrici pubblici:

Centri bariatrici di I livello:

- AUSL Romagna sede Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì

Centri bariatrici di II livello:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Arcispedale S. Maria Nuova-IRCCS AUSL di Reggio Emilia
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena- ospedale S. Agostino - Estense
- AUSL Romagna sede Ospedale di Riccione

Centro bariatrico di III livello:

- Interaziendale IRCCS- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - AUSL di Bologna sede Ospedale di Bentivoglio

Attività

Affinché il trattamento dell'obesità risulti efficace, sia in termini di risultati che di mantenimento degli stessi, è necessario affiancare all'intervento medico/chirurgico un intervento educativo per la messa in atto dei

comportamenti adeguati, un sufficiente livello di esercizio fisico e un attento monitoraggio clinico e biochimico per evitare il riacquisto del peso e gestire eventuali deficit nutrizionali.

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente bariatrico è suddiviso in 4 Fasi.

Fase 1: Accesso e Valutazione

L' idoneità al percorso bariatrico viene definita al termine della valutazione del TMB. Essa comprende:

- visita chirurgica, dietologica/endocrinologica/internistica per obesità,
- indagine alimentare ed esami ematici,
- colloquio psicologico clinico e test psicodiagnostici

La valutazione del TMB definisce le seguenti condizioni condivise con il paziente:

- idoneità = inserimento in lista di attesa e avvio fase di studio preoperatorio;
- non idoneità transitoria = invio a percorso medico pre-bariatrico (nutrizionale/farmacologico/psicologico) e successiva rivalutazione a 6-8 mesi;
- non idoneità = uscita dal percorso

Fase 2: Preoperatoria

Consta di percorso medico-nutrizionale pre intervento (2° livello), counseling nutrizionale e motivazionale, calo ponderale preoperatorio (schema dietetico personalizzato/LCD/VLCKD, terapia farmacologica per obesità), è suggerita VLCKD preoperatoria (2-4 settimane), se non controindicazioni, per ridurre il tessuto adiposo viscerale ed il volume del fegato.

Gli accertamenti diagnostici preoperatori si caratterizzano da esami strumentali (EGDS, ecografia addome...) e altre indagini secondo necessità clinica.

Fase 3: Operatoria

Si raccomanda l'applicazione di protocolli anestesiológicos/chirurgici perioperatori secondo protocollo ERAS con dimissione precoce del paziente. Nella lettera di dimissione dovranno essere annotate le prescrizioni farmacologiche, il programma dietetico di rialimentazione post-intervento, la pianificazione dei controlli per il follow-up postoperatorio.

Fase 4: Follow up postintervento

Il follow-up postoperatorio clinico (metabolico-nutrizionale e chirurgico) prevede controlli periodici cadenzati per una durata non inferiore a 24 mesi (eventualmente per 36 mesi per gli interventi restrittivi e fino a 60 mesi per quelli malassorbitivi). Il programma del follow-up prevede, oltre ad esami ematici e strumentali, il supporto psicologico e la gestione delle complicanze. Dovrà essere consigliata l'attività fisica: Esercizio Fisico Adattato (EFA) di gruppo o individuale e, qualora richiesto, la valutazione di chirurgia plastica ad almeno 18 mesi dall'intervento e con peso stabilizzato per eventuali interventi correttivi.

INDICATORI

Di processo:

- Tempi di attesa per intervento bariatrico
- Ricoveri non programmati in terapia intensiva postintervento
- Durata di degenza post-operatoria
- Re-ospedalizzazione a 30 gg per complicanze (ad es: fistola enterica, emorragia o occlusione intestinale)
- Follow up postchirurgico: N° di pazienti con almeno 3 visite controllo nei 18 mesi postintervento

Di esito:

- Mortalità a 30 giorni e a 1 anno
- Re-interventi bariatrici a 1 anno

RELAZIONI COL PRIVATO ACCREDITATO

Il modello organizzativo della rete bariatrica regionale articolato in *centri di chirurgia bariatrica di primo livello e di secondo livello* è valido anche per le strutture del Privato Accreditato che svolgono attività per conto del Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna.

Al fine di assicurare tutte le condizioni di garanzia di qualità e sicurezza delle cure, le strutture del Privato Accreditato ascrivibili al percorso di gestione dell'obesità grave con chirurgia bariatrica devono garantire gli standard qualitativi descritti nel presente documento. In particolare, devono essere garantiti i requisiti di sicurezza delle cure al fine di tutelare la qualità delle prestazioni erogate e di ridurre l'incidenza di eventuali complicanze post operatorie a breve e a lungo termine, che devono trovare, il più possibile, adeguato trattamento nella stessa struttura. I requisiti definiti saranno oggetto di valutazione da parte dei Servizi competenti regionali. Nello specifico vanno garantiti:

- la presa in carico del paziente da parte di un team multiprofessionale con le relative fasi di accesso, valutazione preoperatoria, operatoria e del post intervento attraverso un progetto di cura personalizzato analogo a quello descritto nel presente documento;
- il follow up chirurgico e nutrizionale nella stessa struttura;
- la disponibilità a rivalutazioni in caso di complicanze chirurgiche e nutrizionali che intervengano nella fase di follow up in carico alla struttura.

I rapporti intercorrenti tra la struttura privata accreditata e i componenti del team multidisciplinare ivi operante non devono essere obbligatoriamente regolati da rapporti di lavoro subordinato ma essere disciplinati nel rispetto dei principi previsti dall'art. 11, comma 1, del D.Lgs 36/2023 "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici" e dalla DGR n. 886 del 06/06/2022 al paragrafo "Programmazione regionale e accordi contrattuali".

CRITERI ORGANIZZATIVI PER L'OBESITÀ PEDIATRICA

Il contrasto al sovrappeso e all'obesità dell'età evolutiva deve essere condotto a più livelli attraverso l'implementazione di interventi multicomponenti, orientati a contrastare tutti i fattori causali al fine di modificare i determinanti ambientali e sociali, con una particolare attenzione alla famiglia e alla scuola dal momento che è in questi contesti sociali che i bambini e adolescenti trascorrono la maggioranza del loro tempo e apprendono i comportamenti da attuare.

Le azioni di prevenzione primaria devono iniziare dall'età prenatale con la promozione dell'allattamento, i percorsi nascita dei Consultori familiari e le attività delle Pediatrie di Comunità/territoriali, per poi proseguire fino all'età adolescenziale con azioni a livello individuale, familiare, scolastico e comunitario ed essere inclusivi in considerazione delle disuguaglianze socioeconomiche e delle minoranze etniche.

Vengono di seguito descritti i 3 livelli di intervento

- LIVELLO 1 - PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)
- LIVELLO 2 - TEAM MULTIDISCIPLINARE TERRITORIALE
- LIVELLO 3 - PEDIATRIA OSPEDALIERA

Per quanto riguarda l'innovativa integrazione tra prevenzione e cura, la Regione Emilia-Romagna con la Delibera della Giunta Regionale n. 783/2013 "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso", inserito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) tra le buone pratiche europee per il contrasto all'obesità infantile, ha dato indicazioni alle Aziende sanitarie in merito alla realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità infantile. In particolare, i dati relativi alla presa in carico multiprofessionale di secondo livello confermano che:

- il percorso risulta efficace e adattabile a tutte le realtà territoriali perché parte dalla rete sanitaria già esistente;
- la presa in carico di 944 bambini, dal 2018 al 2023, ha portato ad un miglioramento della classe ponderale nel 28,2% dei bambini e al miglioramento del $\Delta\%$ del BMI nel 76,2% dei bambini;
- nel periodo compreso tra prima visita e quinto controllo, i bambini hanno migliorato molte abitudini e stili di vita.

I seguenti criteri organizzativi per l'obesità pediatrica rappresentano pertanto un aggiornamento dei criteri previsti nel "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso" approvato con Delibera regionale 783/2013.

LIVELLO 1- PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

Operatori

Gli operatori del 1° livello sono: Pediatri di libera scelta (PLS) per la fascia d'età 0-14/16 anni e Medici di medicina generale (MMG) qualora abbiano in carico pazienti pediatrici di età ≥ 6 anni.

La segnalazione di bambini con sovrappeso/obesità al PLS /MMG può avvenire anche da parte di altri operatori sanitari: medici specialisti, SIAN, Pediatria di Comunità/Territoriale, Consultori Familiari, Medici dello sport.

Criteri di presa in carico

- popolazione di età 0-17 anni;
- soggetti a rischio di sviluppare sovrappeso (SO)/obesità (OB)
- soggetti con SO/OB non associati a complicanze.

Attività

Le attività specifiche che competono ai PLS e ai MMG sono le seguenti:

- **Prevenzione primaria**

I bilanci di salute programmati in “età filtro” e le visite ambulatoriali di routine, hanno l’obiettivo di prevenire la comparsa di sovrappeso e obesità attraverso la promozione di sani stili di vita e la sorveglianza antropometrica con registrazione dei parametri di peso/altezza/BMI/ sui grafici delle curve di crescita OMS 2006 per l’età 0-5 anni e WHO 2007 per l’età 5-18 anni.

- **Prevenzione selettiva**

È rivolta ad alcune categorie di bambini che presentano un rischio più elevato di sviluppare sovrappeso/obesità: figli di genitori obesi; basso livello socioculturale delle famiglia; mancato allattamento al seno; alimentazione complementare precoce (prima dei 4 mesi di età); bambini con basso peso alla nascita dovuto a ritardo di crescita intrauterina che hanno una maggiore probabilità di sviluppare obesità centrale e sindrome metabolica; neonati macrosomici; bambini che presentano un eccessivo incremento ponderale (≥ 1 deviazione standard) nell’età 0-2 anni; bambini che tendono ad anticipare prima dei 5-6 anni l’adiposity rebound (inversione verso l’alto della traiettoria del BMI fra 2 e 5 anni), bambini iperfagici. In tali casi va attuato un counseling “rinforzato”.

- **Diagnosi precoce di sovrappeso e obesità e screening delle complicanze**

Tale azione è fondamentale per impedire un aggravamento dell’eccesso ponderale e lo sviluppo/esacerbazione di complicanze e va gestita tempestivamente con un trattamento di counseling ambulatoriale “su misura”. La valutazione dell’eccesso ponderale e del tipo di distribuzione del grasso corporeo viene effettuata facendo riferimento alle curve del BMI OMS 2006 e 2007 per maschi e femmine, ai cut-offs del BMI sec. Cole-IOTF, alla misurazione del rapporto circonferenza della vita/statura in cm che per valori $\geq 0,5$ è correlata ad un maggior rischio cardiometabolico. Vanno inoltre eseguite nei bambini con OB a partire dall’età di 6 anni (o prima in caso di obesità severa, obesità addominale, fattori di rischio personali/familiari per comorbidità cardiometaboliche) le seguenti indagini di laboratorio: ALT, AST, Colesterolo Totale, HDL-C, LDL-C, Trigliceridi, Glicemia, HbA1C.

L’identificazione dei fattori favorevoli all’eccesso ponderale e delle barriere al trattamento e la valutazione del tipo e della gravità delle complicanze associate sono in linea con l’approccio olistico del collaudato sistema di stadiazione canadese denominato Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics (EOSS-P); tale toolkit diagnostico è caratterizzato dalle 4 M (Metabolica, Meccanica, Mentale, Milieu sociale) che richiamano le 4 aree da esplorare ai fini di una corretta fenotipizzazione clinica del paziente e di una pianificazione terapeutica mirata.

Infine, di fronte ad un bambino con obesità va sempre esclusa la possibilità di una forma secondaria di obesità (endocrina, monogenica, sindromica, ecc.) attraverso un’attenta valutazione anamnestica, antropometrica e clinica.

- **Trattamento ambulatoriale del livello 1 di sovrappeso/obesità di tipo “essenziale” e non associati a complicanze**

È mirato al miglioramento dello stato di salute e di benessere generale del bambino attraverso modificazioni salutari e stabili degli stili di vita con un approccio motivazionale family-centered non stigmatizzante e che richiama nelle sue linee essenziali il modello canadese di management dell’obesità pediatrica denominato “Modello delle 5 A”, dall’acronimo relativo alle 5 azioni integrate di contrasto all’obesità che i professionisti della salute mettono in atto: 1. **Ask** sottolinea la necessità di chiedere con tatto e sensibilità al paziente/famiglia il permesso per parlare di peso oltre che di comunicare empaticamente la diagnosi, evitando proattivamente atteggiamenti giudicanti e un linguaggio offensivo al fine di prevenire/ridurre lo stigma del peso, creare una buona relazione con la famiglia e favorire la motivazione alla cura; 2. **Assess** riguarda la valutazione delle comorbidità sec. il sistema EOSS-P sopra detto; 3. **Advise** indica il supporto informativo da fornire alla famiglia relativamente ai cambiamenti salutari dello stile di vita e al contempo i rischi associati all’eccesso ponderale; 4. e 5. **Agree** e **Assist** sottolineano l’importanza di concordare con il paziente/la famiglia un piano di cambiamenti graduali e sostenibili e di adottare un approccio terapeutico basato sul counseling motivazionale che si differenzia nettamente da approcci convenzionali di tipo rigidamente prescrittivo.

Il piano di trattamento avrà una durata di almeno 6 mesi con una frequenza dei contatti ambulatoriali variabile (4-6) in funzione del tipo di cambiamenti che si intendono ottenere.

- **Sostegno alla cura e invio del paziente/famiglia agli altri livelli:**
 - l'invio al 2° livello riguarda i bambini con sovrappeso/obesità essenziale associati a comorbidità in fase non avanzata o con obesità senza complicanze ma non responder al counseling ambulatoriale della durata di almeno 6 mesi;
 - l'invio al 3° livello riguarda i bambini con sovrappeso/obesità associata a complicanze avanzate o con obesità secondaria.

Criteria di uscita

I criteri di uscita sono:

- completamento di trattamento ambulatoriale per almeno 6 mesi con miglioramento degli outcomes;
- miglioramento stabile degli outcomes prefissati al follow up a medio-lungo termine (1-3 anni);
- mancata o insoddisfacente risposta al trattamento protratto per almeno 6 mesi

INDICATORI

Di processo:

- N° prime visite per SO-OB/anno
- N° controlli per SO/OB/anno

Di esito:

- % di pazienti con miglioramento, stabilità o peggioramento degli stili di vita pre- e postintervento (sec. indicatori di Okkio alla salute)
- % di pazienti che evidenziano un cambiamento di classe del BMI (normopeso/sovrappeso/obesità/obesità grave) secondo i cutoffs IOTF
- N° bambini con miglioramento, peggioramento o stabilità del delta % del BMI calcolato come scostamento percentuale tra BMI misurato e BMI corrispondente al cut-off IOTF 25 età e sesso specifico. Per "miglioramento" si intende una riduzione percentuale di almeno il 4% del BMI rispetto al cut-off IOTF 25. Tale soglia di riduzione (che equivale a circa 0,2 deviazioni standard del BMI) viene ritenuta clinicamente significativa in quanto verosimilmente associata ad un iniziale miglioramento degli indicatori cardiometabolici ed è considerata un indicatore migliore, rispetto al BMI zscore, delle variazioni reali nella percentuale di grasso corporeo.
- N° bambini con miglioramento, peggioramento o stabilità del rapporto circonferenza vita/statura in cm

LIVELLO 2- TEAM MULTIDISCIPLINARE TERRITORIALE

Operatori

competete ai servizi territoriali organizzati in equipe multidisciplinare, in cui sono presenti: medici (medico dello sport e/o pediatra e/o medico SIAN), dietista, biologo nutrizionista, assistente sanitaria, psicologo dell'età evolutiva, chinesiologo, tutti adeguatamente formati nel management dell'obesità pediatrica.

Inviati

Gli operatori inviati a questo livello sono:

- Pediatri di libera scelta per la fascia d'età 0-16 anni e Medici di medicina generale qualora abbiano in carico pazienti pediatrici di età ≥ 6 anni
- Medici specialisti del livello 3 della Pediatria ospedaliera per implementare un trattamento nutrizionale/comportamentale

Criteria di presa in carico

- età 0-17 anni
- adesione del paziente/famiglia al cambiamento comportamentale;
- paziente con OB non responder al livello 1, anche in assenza di complicanze associate;
- paziente con SO/OB essenziale associati a complicanze non in fase avanzata (rientranti nell'area EOSS-P metabolica o meccanica) o con problemi psico-sociali lievi/moderati o con sospetto binge eating.

Attività

Il team di 2° livello accompagna il bambino/adolescente e la sua famiglia in un percorso di trattamento personalizzato, multiprofessionale e integrato centrato sull'educazione alimentare e motoria e sulla modifica dello stile di vita attraverso il counseling motivazionale. L'intervento è articolato in 8-10 incontri e ha una durata di 6-12 mesi, che può tuttavia essere modificata per adeguarsi alle necessità/complessità dei singoli casi.

Le attività del secondo livello comprendono:

- una prima visita condotta dal medico specialista (pediatra o medico specialista in scienze dell'alimentazione, medicina dello sport, endocrinologia, ecc.) e dal dietista;
- visite di controllo secondo timing e alternanza dei professionisti;
- altre attività: laboratori ludico sensoriali, cucina didattica, spesa consapevole, ecc.;
- interventi del chinesiologo.

Qualora necessario, è indicata la valutazione psicologica ed eventuali controlli (individuali o di gruppo) di bambino/adolescente e familiari. Sono fondamentali la misurazione della pressione arteriosa, il counseling nutrizionale, il counseling motorio.

L'equipe territoriale ha il compito di mantenere informato il medico curante PLS/MMG ed eventualmente gli specialisti del livello 3 inviati, riaffidando il bambino al PLS / MMG a fine percorso con indicazioni sul follow up a medio-lungo termine.

Criteria di uscita

I criteri di uscita comprendono le seguenti opzioni:

- completamento del percorso strutturato personalizzato (di almeno 6 mesi) con miglioramento degli outcomes e pianificazione del follow up;
- rilevazione di miglioramento stabile degli outcomes prefissati al follow-up;
- invio diretto al livello 3 se presenti i relativi criteri d'invio

INDICATORI

Di processo:

- N° prime visite per SO-OB/anno
- N° controlli per SO/OB/anno
- N° drop out/anno del percorso in ambulatorio
- Tempi di attesa per prima visita

Di esito:

- % di pazienti con miglioramento, stabilità o peggioramento degli stili di vita pre- e postintervento (sec. indicatori di Okkio alla salute)
- % di pazienti che evidenziano un cambiamento di classe del BMI (normopeso/sovrappeso/obesità/obesità grave) secondo i cutoffs IOTF
- N° bambini con miglioramento, peggioramento o stabilità del delta % del BMI calcolato come scostamento percentuale tra BMI misurato e BMI corrispondente al cut-off IOTF 25 età e sesso specifico. (Per "miglioramento" si intende una riduzione percentuale di almeno il 4% del BMI rispetto al cut-off IOTF 25)
- N° bimbi con miglioramento, peggioramento o stabilità del rapporto circonferenza vita/statura in cm

- Miglioramento, stabilità o peggioramento pre-postintervento nel punteggio EOSS-P di una o più delle 4 aree di comorbidità interessate (metabolica, meccanica, mentale, milieu sociale)

Di inclusione:

- % bambini provenienti da famiglie non italiane presi in carico /% bambini provenienti da famiglie non italiane residenti nel territorio
- Stato istruzione madre

LIVELLO 3- PEDIATRIA OSPEDALIERA

Si occupa dei casi di obesità con complicanze di grado avanzato e delle obesità secondarie in ambito ospedaliero con il compito di completare l'inquadramento diagnostico del paziente in linea con il modello EOSS-P attraverso un approccio multidisciplinare integrato e coordinato dal Pediatra endocrinologo/nutrizionista.

Operatori

Gli operatori sono: pediatra endocrinologo/nutrizionista, specialisti d'organo delle diverse branche per la presa in carico delle comorbidità associate; infermiere; dietista e psicologo.

Inviati

Il livello 3 riceve i pazienti inviati sia dai professionisti del primo che del secondo livello in base ai criteri predefiniti o da medici specialisti territoriali e ospedalieri che hanno in carico pazienti in età evolutiva.

Criteri di presa in carico

- Sovrappeso o obesità essenziale associata a una o più complicanze in fase avanzata nell'età 5-17 anni
- Obesità monogenica e sindromica
- Obesità secondaria ad altra patologia (ipotiroidismo, ipercorticismismo, da rimozione di tumori ipotalamici o da lesioni ipotalamiche) di 0-17 anni
- Sovrappeso o obesità associata a gravi problemi di tipo psicosociale o del comportamento alimentare tipo Binge Eating Disorder (BED) in collaborazione con il PPDTA DNA dell'età evolutiva
- Pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica

Attività

- valutazione antropometrica
- misurazione della pressione arteriosa
- indagini di laboratorio (genetiche quando necessarie) e strumentali e consulenze di vari specialisti
- trattamento delle disabilità e delle comorbidità associate attraverso: interventi multidisciplinari di modifica comportamentale degli stili di vita family-based; farmacoterapia dell'obesità; trattamento psicoterapeutico ed eventualmente farmacologico di rilevanti disturbi psicopatologici e dei disturbi dell'alimentazione associati ad obesità; eventuale indicazione a chirurgia metabolica o bariatrica.
- invio al centro di riferimento per chirurgia bariatrica per valutazione di pazienti candidabili.

Criteri di uscita

I criteri di uscita comprendono:

- conclusione della presa in carico e restituzione informazioni di fine percorso a PLS/MMG e/o altri inviati con indicazioni per il follow-up;
- invio al livello 2 per il proseguimento del trattamento comportamentale di miglioramento degli stili di vita (se non già effettuato nella presa in carico ambulatoriale ospedaliera);

INDICATORI

Di processo:

- N° prime visite anno
- N° controlli anno
- Tempi di attesa per prima visita

Di esito:

- % di pazienti che evidenziano un cambiamento di classe del BMI (normopeso/sovrappeso/obesità/obesità grave) secondo i cutoffs IOTF
- N° bambini con miglioramento, peggioramento o stabilità del delta % del BMI calcolato come scostamento percentuale tra BMI misurato e BMI corrispondente al cut-off IOTF 25 età e sesso specifico (per “miglioramento” si intende una riduzione percentuale di almeno il 4% del BMI rispetto al cut-off IOTF 25)
- N° bimbi con miglioramento, peggioramento o stabilità del rapporto circonferenza vita/statura in cm
- Miglioramento, stabilità o peggioramento pre-post-intervento nel punteggio EOSS-P di una o più delle 4 aree di comorbidità interessate (metabolica, meccanica, mentale, milieu sociale)

MALNUTRIZIONE

La malnutrizione per difetto rappresenta una variabile indipendente in grado di influire su prognosi, qualità di vita, tempi di riabilitazione, ospedalizzazione. Pur essendo molto diffusa, mancano dati ufficiali nazionali ed internazionali, in quanto non solo non viene registrata o codificata quando presente, ma soprattutto non vengono indagati la sua presenza o il rischio di svilupparla. Alcune patologie, inoltre, ne favoriscono la comparsa (neurologiche, oncologiche, BPCO, gastro-intestinali), come pure le fisiologiche modifiche organiche che accompagnano l'invecchiamento (presbifagia e riduzione della massa muscolare globale in primis, ma anche depressione, edentulia e deficit cognitivi).

Il progressivo invecchiamento della popolazione e i cambiamenti socio-demografici (aumento della sopravvivenza, crescita dei nuclei unifamiliari) possono condizionare un minor controllo dello stato nutrizionale da parte dei soggetti più vulnerabili. Ciò può favorire la comparsa di malnutrizione come si riscontra maggiormente nei soggetti anziani ospedalizzati o istituzionalizzati in strutture per anziani (CRA). Questa constatazione richiede lo sviluppo di percorsi territoriali di presa in carico che evitino l'accesso improprio all'ospedale o, dove possibile, limitino i tempi di ospedalizzazione (per es. ERAS) affiancando al trattamento delle cause la valutazione dello stato nutrizionale e i necessari correttivi, come indicato dalla normativa nazionale.

Già a suo tempo, con la Circolare regionale n.4/2004, in Regione Emilia-Romagna erano state sviluppate linee di indirizzo clinico-organizzative sulla Nutrizione artificiale che riconoscevano nella malnutrizione un fattore di rischio di aumento della morbilità e mortalità e di riduzione della qualità di vita e si favoriva la rimodulazione delle attività assistenziali attraverso percorsi di gestione integrata in ambito territoriale e ospedaliero.

A seguito della DGR 2200/2019 di definizione della Rete trasversale di Nutrizione Preventiva e Clinica regionale e della normativa nazionale e regionale di riorganizzazione dei servizi territoriali, è necessario procedere a definire con maggior dettaglio il percorso della malnutrizione.

CRITERI ORGANIZZATIVI PER LA MALNUTRIZIONE

Sono previsti 3 livelli di intervento specifici per la gestione della malnutrizione:

LIVELLO 1 – PREVENZIONE DELLA MALNUTRIZIONE

LIVELLO 2 – PRESA IN CARICO TERRITORIALE (AMBULATORIALE E DOMICILIARE) E OSPEDALIERA (AMBULATORIALE E DEGENZA)

LIVELLO 3 – PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DELLA MALNUTRIZIONE GRAVE E/O IN PAZIENTI FRAGILI/COMPLESSI. CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER L'INSUFFICIENZA INTESTINALE BENIGNA (IIB)

Gli strumenti di valutazione dello stato nutrizionale e del rischio di malnutrizione devono essere noti a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso in tutti i setting - domiciliare, nelle strutture socioassistenziali per anziani (CRA) - ospedaliero in modo da costruire un linguaggio comune e un approccio condiviso.

La valutazione del rischio per la malnutrizione per difetto rappresenta lo step indispensabile all'avvio dell'intero processo. Gli strumenti da utilizzare per lo screening nutrizionale sono:

- Mini Nutritional Assessment (MNA) adatto per persone sopra i 65 anni e, in generale, anche a livello ambulatoriale di base;

- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), adatto a rilievi in comunità e in ospedale;
- Nutritional Risk Screening (NRS-2002), per uso ospedaliero;
- STRONGkids, per l'area pediatrica.

Le schede di rilevazione degli screening nutrizionali o i punteggi dello screening nutrizionale identificato devono essere presenti e compilate nelle cartelle cliniche (cartacee o informatiche) inizialmente dei reparti ospedalieri che sono a maggior rischio per la malnutrizione (già presente o a rischio di svilupparla come oncologia, geriatria, ortopedia geriatrica, medicina interna, nefrologia, cardiologia, gastroenterologia, chirurgia del tratto digestivo) e in tutti i setting dell'assistenza domiciliare, delle strutture intermedie e residenziali territoriali.

Tutti gli operatori coinvolti nei differenti setting devono essere informati e formati su tali strumenti, in modo da applicarli regolarmente, condividerne l'uso e intraprendere precocemente le azioni necessarie.

LIVELLO 1 – PREVENZIONE DELLA MALNUTRIZIONE

Interessa l'ambito territoriale (domicilio, Case della Salute, strutture residenziali per anziani, CRA) e ospedaliero.

Operatori

- MMG (sorveglianza assistiti ambulatoriali, domiciliari, nelle strutture residenziali)
- Infermieri territoriali (screening per la malnutrizione)
- Personale interno alle strutture residenziali: infermieri, operatori sociosanitari e medici (sorveglianza ospiti e screening per la malnutrizione)
- Personale ospedaliero: infermieri e medici (screening per la malnutrizione)
- Personale SIAN (valutazione menù e formazione)

Attività

Le attività di valutazione della malnutrizione comprendono:

- MMG e infermieri territoriali: sorveglianza dell'andamento ponderale degli assistiti. Nei casi di rischio o sospetto di malnutrizione legati a patologie o situazioni che interferiscono con lo stato nutrizionale deve essere effettuato screening della malnutrizione con gli strumenti di cui sopra;
- Nelle strutture per anziani: triage d'ingresso comprensivo di screening nutrizionale con gli strumenti sopra riportati e ripetizione periodica se il risultato evidenzia rischio o presenza di malnutrizione, altrimenti 2 volte/anno;
- In assistenza domiciliare: screening nutrizionale con gli strumenti sopra riportati con ripetizione secondo cadenze programmate in relazione all'esito;
- Negli ospedali: triage d'ingresso con screening nutrizionale (medici/infermieri di reparto) con gli strumenti sopra descritti, da ripetersi periodicamente secondo cadenze programmate in base ai risultati ottenuti.

Le attività preventive della malnutrizione comprendono:

- In generale: intervento diretto non strutturato/specialistico di counseling nutrizionale specifico per la malnutrizione, mediante fortificazione dei pasti e/o spuntini nei soggetti al domicilio e nelle CRA;
- In ospedale e nelle strutture per anziani: sorveglianza e assistenza al pasto ove indicata, controllo dei resti del vassoio;
- In caso di screening di malnutrizione positivo o interventi correttivi inefficaci: attivazione di consulenze alla UO Dietetica e Nutrizione Clinica o al Team di Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD);

- In caso di difficoltà deglutitorie: consulenza UO Dietetica e Nutrizione Clinica o del Team NAD. La eventuale prescrizione di addensanti dei liquidi è attuata dagli operatori della UO Dietetica e Nutrizione Clinica o del Team NAD;
- Gli operatori del SIAN intervengono nella prevenzione della malnutrizione attraverso la valutazione dei menù delle CRA e percorsi formativi.

INDICATORI

Di processo:

- Presenza di schede di screening nutrizionale (cartacee o informatizzate) nelle cartelle cliniche e territoriali nei reparti soprariportati
- N° o % di CRA con valutazione annuale del Menù
- N° percorsi formativi per operatori CRA attivati annualmente

LIVELLO 2 – PRESA IN CARICO DELLA MALNUTRIZIONE: TERRITORIALE (AMBULATORIALE E DOMICILIARE) E OSPEDALIERA (AMBULATORIALE E DEGENZA)

È in carico a:

- Team di Nutrizione Artificiale Domiciliare NAD
- Ambulatori di dietetica e nutrizione clinica della UO di Dietetica e Nutrizione Clinica, che devono garantire la gradualità e la continuità degli interventi tra ospedale e territorio.

Operatori

- Team NAD (incluso il farmacista aziendale)
- Dietisti, infermieri e medici specialisti in scienza dell'alimentazione o con competenze specifiche in malnutrizione, nutrizione clinica e artificiale della U.O Dietetica e Nutrizione Clinica

Criteri di presa in carico

- pazienti ospedalieri o territoriali con test di screening positivo per la malnutrizione;
- pazienti affetti da patologie mediche e chirurgiche ad alto rischio nutrizionale

Attività

Le attività sono:

- diagnostica nutrizionale completa (rilevazione dei parametri antropometrici diretti o indiretti, valutazione dello stato nutrizionale e dell'andamento del peso nel tempo, controllo di esami ematochimici ed esecuzione di esami strumentali nutrizionali specifici BIA e/o calorimetria indiretta, rilevazione apporti alimentari con diario o recall);
- impostazione del programma dietoterapeutico adeguato al caso (counseling nutrizionale per fortificazione dei pasti, modifica delle consistenze e/o prescrizione di addensanti dei liquidi, prescrizione di integratori orali ONS/SNO, prescrizione di NA enterale o parenterale durante il ricovero o al domicilio, intervento farmacologico);
- programmazione del follow up in reparto e/o in ambulatorio e/o al domicilio (anche in telemedicina).

INDICATORI

Di processo:

- N° consulenze mediche per malnutrizione nei reparti
- N° prescrizioni di Nutrizione Enterale Domiciliare (NED) annuali
- N° prescrizioni di Nutrizione Parenterale Totale Domiciliare (NPT) annuali
- N° di teleconsulti annuali

Di esito:

- N° di pazienti svezzati dalla NED o NPT annuale

LIVELLO 3- PRESA IN CARICO OSPEDALIERA DELLA MALNUTRIZIONE GRAVE E/O IN PAZIENTI FRAGILI/COMPLESSI.

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER L'INSUFFICIENZA INTESTINALE BENIGNA (IICB)

Il livello 3 di presa in carico avviene da parte della UO Dietetica e Nutrizione Clinica e prevede le consulenze nei reparti di ricovero dei pazienti con grave malnutrizione o a rischio di malnutrizione secondaria a patologia acuta/complessa e la loro presa in carico ambulatoriale post-dimissione.

Al livello 3 afferisce il CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER L'INSUFFICIENZA INTESTINALE CRONICA BENIGNA (IICB) dell'adulto presso IRCCS Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna, istituito per la valutazione, diagnosi, trattamento e follow-up di soggetti con patologie che riducono o eliminano la capacità assorbitiva intestinale dei nutrienti. Gli operatori del centro sono medici specialisti (in Scienza dell'Alimentazione e Gastroenterologia), dietisti con competenze in ambito di malnutrizione e insufficienza intestinale, infermieri.

Inviati al livello 3 e al Centro IICB

- MMG e PLS
- operatori del Team NAD
- medici specialisti ospedalieri e territoriali
- medici di struttura.

Criteri di presa in carico ospedaliera dalle UO di Dietetica e Nutrizione Clinica

- pazienti con malnutrizione grave o a rischio di malnutrizione secondaria a patologia acuta complessa che richiedano interventi correttivi complessi appropriati (es: pazienti oncologici testa-collo, post-operati tratto digestivo, pancreasectomizzati, prehabilitation in previsione di trapianto d'organo, insufficienze intestinali iatrogene anche transitorie per esempio da chemio o radioterapia, DNA, neonati o piccoli pazienti pediatrici, etc).

Attività della UO di Dietetica e Nutrizione Clinica

Le attività sono finalizzate alla valutazione completa della condizione clinico-nutrizionale e dello stato di salute del paziente e sono rappresentate da:

- consulenze nei reparti e/o visite specialistiche ambulatoriali multidisciplinari da parte del Team Nutrizionale Ospedaliero (Medico Nutrizionista + Dietista e secondo necessità Oncologo, Radioterapista, Gastroenterologo, Reumatologo, Otorino, Pediatra, Neonatologo, Anestesista, Farmacista);

- indagini strumentali specifiche per la valutazione dello stato nutrizionale, della composizione corporea, della eventuale presenza di sarcopenia/cachessia, del dispendio energetico, dei bilanci nutrizionali, della funzionalità intestinale e pancreatica residua e della funzionalità deglutitoria;
- trattamento nutrizionale opportuno (dal counseling nutrizionale alla fortificazione dei pasti, alla modifica delle consistenze e/o prescrizione di addensanti dei liquidi, alla prescrizione di integratori orali ONS/SNO, alla prescrizione di NA enterale o parenterale durante il ricovero o al domicilio, all'intervento farmacologico) "adattato" alla patologia di base ed integrato con le eventuali terapie concomitanti;
- presa in carico ambulatoriale post-dimissione.

INDICATORI attività delle Unità di Dietetica e Nutrizione Clinica

- numero di consulenze nei reparti per Nutrizione Enterale
- numero consulenze nei reparti per Nutrizione Parenterale
- numero di Ricoveri in reparto (per le UO con letti)

Criteri di presa in carico del centro IICB

- probabile diagnosi di IICB
- probabile diagnosi di deficit di funzione intestinale (da cause varie)
- pazienti con sindrome dell'intestino corto (Short Bowel Syndrome SBS) potenzialmente candidati alla terapia con fattori trofici intestinali (teraglutide o altre molecole)
- pazienti pediatrici con IICB in età di transizione al centro dell'adulto.

Attività del centro IICB

Le attività sono finalizzate alla valutazione completa della condizione clinico-nutrizionale e dello stato di salute: visite specialistiche ambulatoriali del medico con indagini strumentali specifiche per la valutazione dello stato nutrizionale, del deficit di assorbimento dei nutrienti, della funzione intestinale residua, dei bilanci nutrizionali su esami ematici; consulenze dei dietisti per la valutazione degli apporti alimentari, attività di laboratorio per la valutazione dell'assorbimento intestinale, della protidodispersione intestinale e degli elettroliti fecali. A ciò segue la prescrizione dietoterapica del caso, con NPT domiciliare (e attivazione del service specializzato), indicazioni per gli apporti orali idrici e nutritivi ed eventuale inserimento di ONS/SNO.

Al termine della valutazione complessiva viene, inoltre, posta la diagnosi specifica del paziente:

- IICB (codice DA 06.95 della ICD-11, OMD 2023 – riduzione persistente della funzione intestinale sotto il minimo necessario per l'assorbimento di macronutrienti, acqua ed elettroliti, tale da richiedere la supplementazione e.v. per mantenere lo stato di salute e di crescita)
- deficit di funzione intestinale (riduzione della funzione compensabile con terapia nutrizionale/farmacologica, senza ricorso a supplementazione e.v., per mantenere lo stato di salute e crescita)
- definizione dei meccanismi fisiopatologici della insufficienza o deficit intestinale (sindrome dell'intestino corto SBS, alterata motilità intestinale, alterazioni mucosa intestinale, fistola enterocutanea, occlusione intestinale meccanica)
- presenza dei criteri per inserire terapia trofica mucosa (assenza di controindicazioni, condizioni di precauzione d'uso, tempo dall'intervento chirurgico, probabilità di efficacia della terapia, disponibilità del paziente al monitoraggio).

Il follow-up è in funzione del quadro clinico e della possibilità o meno di una riabilitazione intestinale con svezzamento dalla NPD e della stabilità nutrizionale.

INDICATORI del centro IICB

Di processo:

- N° nuove prime visite annuali
- N° di teleconsulti annuali
- N° ricoveri in DH annuali
- N° ricoveri in reparto annuali
- N° NPD attivate annuali

DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE (DNA)

I DNA stanno assumendo un rilievo sempre più importante sia dal punto di vista clinico, sia per il peso che queste patologie comportano per le famiglie e l'organizzazione del sistema sanitario. I DNA – tra i quali Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), anoressia, bulimia, DNA con altra specificazione o non altrimenti specificati e oggi con maggiore incidenza il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder - BED) - sono severi disturbi mentali a patogenesi multifattoriale, in cui si intersecano problematiche di tipo biologico, intrapsichico, familiare e socio-culturale. Non solo i dati di incidenza e di prevalenza sono aumentati, ma si estendono anche le fasce di età coinvolte e si modifica altresì il rapporto tra i sessi, con un aumento di soggetti malati nella popolazione maschile.

Dal 2000 la Regione Emilia-Romagna ha supportato un percorso di costruzione dell'adeguata cultura clinica e organizzativa all'interno dei propri servizi sanitari per il miglioramento dell'assistenza alle persone con DNA, attraverso la graduale organizzazione di équipe esperte nei territori provinciali, composte da professionisti delle Aziende sanitarie territoriali, ospedaliere e di strutture private con esperienza in questo campo. Ogni Azienda ha il mandato di individuare formalmente Team aziendali dedicati all'assistenza ai DNA, costituiti da personale formato e dedicato, con chiara definizione di ruoli e responsabilità nelle diverse fasi del percorso e nei differenti livelli assistenziali.

Le linee guida internazionali raccomandano un approccio terapeutico multidimensionale e interdisciplinare integrato in équipe, considerato ormai indispensabile per il trattamento dei DNA. Esso costituisce un tentativo di risposta alla complessità e alla multifattorialità dei disturbi del comportamento alimentare. L'équipe per la cura dei DNA deve pertanto essere un team multidisciplinare comprensivo di diverse professionalità –figure professionali con competenza specialistica nel campo del rischio biologico proprio dei disturbi del comportamento alimentare, medici nutrizionisti e dietisti, psicoterapeuti addestrati all'uso degli interventi con maggiori evidenze di efficacia nei DNA; psicoterapeuti della famiglia, in particolare per i pazienti adolescenti; psichiatri e neuropsichiatri infantili; operatori sociali ed educatori. Il sistema di cure necessita che l'équipe responsabile assicuri la continuità o almeno la coerenza delle cure fra i diversi livelli (ambulatoriale, ambulatoriale intensivo, day hospital/day service ambulatoriale, trattamento residenziale, ricovero ospedaliero), intrattenendo rapporti efficaci con le strutture ospedaliere e/o residenziali, qualora queste non siano gestite dall'équipe stessa.

CRITERI ORGANIZZATIVI NUTRIZIONALI NEI DNA

Il presente documento è finalizzato a fornire indicazioni operative sul percorso nutrizionale per utenti con DNA nei differenti setting di assistenza. Le modalità di accesso al percorso DNA in Regione ER, definite in PPDTA aziendali, sono descritte nella DGR 1298/09 "Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare" e nella Circolare n. 6/2017 "Linee di indirizzo per la prevenzione e la promozione della salute nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare".

Per l'intercettazione degli esordi e per la programmazione di interventi di cura precoci è determinante un'integrazione e una continuità agite tra il livello di cura e quello preventivo, in particolare con tutti quei professionisti che sono più direttamente a contatto con bambini e giovani e le loro famiglie (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri territoriali e assistenti sanitari, insegnanti, educatori ecc).

Nel livello preventivo gli operatori coinvolti sono MMG/PLS, medici/operatori sanitari specialisti, insegnanti, operatori dei SIAN, NPI, dietisti. Le modalità di ingaggio possono prevedere l'autopresentazione oppure l'invio

effettuato da famiglie, operatori della scuola, specialisti privati, altri servizi sanitari, psicologi degli sportelli scolastici, setting giovani e consultori giovanili. I criteri per l'invio sono rappresentati dalla presenza di un disagio percepito o rilevato e dalla fascia d'età afferente alla pre/adolescenza (10 -19 anni), studenti della scuola secondaria di 1° e 2° grado e universitari. I setting del lavoro sono rappresentati da scuola, servizi presenti nelle Case della Comunità quali: consultorio, spazio giovani, pediatria di Comunità/Territoriale, e altri ambulatori medici. Altro ruolo cardine è agito dal Dipartimento di Sanità Pubblica, in particolare dai SIAN, attraverso divulgazione di linee guida, opuscoli, diapositive, video specifici per indagini su popolazione generale e su gruppi di popolazione a rischio, formazione del personale delle scuole e altri setting a rischio, incontri informativi a tema per la popolazione.

I percorsi di cura per DNA devono includere la diagnosi di un eventuale stato di alterazione della nutrizione e l'impostazione di un trattamento nutrizionale adeguato. Gli operatori coinvolti sono: medici, dietisti, infermieri delle strutture di Nutrizione Clinica e Dietetica con competenze specifiche insieme a psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, educatori. Tali operatori di norma si integrano all'interno di un'équipe interdipartimentale (DSM, DCP, altri) dell'età evolutiva e una adulti.

L'invio può essere effettuato da parte di: MMG E PLS, specialisti ospedalieri e territoriali, Dip. Sanità Pubblica, Dip. Salute Mentale, associazioni, operatori della scuola oppure di consultori familiari, pediatrie di Comunità/Territoriali, servizi per gli adolescenti, psicologi delle Case di Comunità, Infermieri territoriali. Il criterio di invio è rappresentato da un sospetto o noto DNA. Le prestazioni effettuate sono la visita dietologica iniziale e di controllo, l'indagine alimentare, l'elaborazione di un programma nutrizionale e per i pazienti pediatrici la rilevazione e la valutazione della velocità di crescita.

Le attività svolte sono riconducibili a:

- valutazione dello stato nutrizionale: è un'attività complessa specialistica che tiene conto di rilevazione parametri antropometrici, valutazione indici nutrizionali ematici, valutazione funzionale, valutazione apporti alimentari (rilevazione intake su diario alimentare o indagine alimentare), eventuali valutazioni strumentali;
- terapia psico nutrizionale: ha di base la definizione degli obiettivi nutrizionali perseguibili e delle modalità di monitoraggio periodico e di gestione delle possibili complicanze; può prevedere la prescrizione di terapia dietetica personalizzata con interventi motivazionali, una psicoeducazione (individuale e familiare), una riabilitazione psico nutrizionale, il pasto assistito, la prescrizione di fortificazione dei pasti, la prescrizione SNO, NE e/o NED, NP e/o NPD anche in maniera integrata.

L'intervento nutrizionale può essere realizzato in tutti i setting di cura per DNA: ambulatoriale, DSA, DH, centro diurno, centri per riabilitazione intensiva/estensiva residenziale (attuale cod 056 o ex art.26), ricovero (ordinario o in urgenza).

Ogni team deve poter avere spazi ambulatoriali dedicati alle attività specialistiche (compresi pasti assistiti) e prevedere un accesso al regime degenza ordinaria o ad altri regimi assistenziali (day service ambulatoriale) con percorsi codificati.

Nell'anno precedente il compimento della maggiore età, l'équipe dell'età evolutiva deve provvedere a indicare i candidati al passaggio in cura e attiva l'équipe adulti, costituendo un team di transizione con tempi e modalità adeguate alla compliance della persona e del suo nucleo familiare.

Ogni PPDTA aziendale deve prevedere indicatori di processo e di esito misurabili anche sul percorso nutrizionale di questi pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Delibera della Giunta Regione dell'Emilia-Romagna 2200/2019: "Linee di indirizzo per la definizione e ruolo della rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica della regione Emilia-Romagna" [n.399 del 03.12.2019 \(Parte Seconda\) - Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna — \(BURERT\)](#)
- Circolare n. 6/2017 E-R – Linee di indirizzo per la prevenzione e la promozione della salute nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare https://www.siridap.org/wp-content/uploads/2017/10/circolare-n-6_-DCA.Emilia-Romagna.pdf
- Dossier 240/2014 R E-R – Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare. Contributi 2009-2012 <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss240>
- Circolare della Regione Emilia- Romagna numero 4 del 06.04.2004, avente in oggetto: "La Nutrizione Artificiale: linee di indirizzo regionale clinico-organizzative" [Vista la delibera del Consiglio regionale n \(sinpe.org\)](#)
- "Linee di indirizzo regionali per la ristorazione dell'anziano in struttura residenziale", Contributi n° 96/2017 <https://www.alimenti-salute.it/sites/default/files/96-alimentazione-anziano.pdf>
- Documento della Regione Emilia-Romagna "La prevenzione dell'obesità infantile: meno nove mesi più tre anni", anno 2017 [Microsoft Word - Prevenzione obesità infantile.doc \(regione.emilia-romagna.it\)](#)
- Documento Regione Emilia-Romagna. "Modello regionale di presa in carico del bambino obeso", anno 2013 [Emilia Romagna: modello regionale di presa in carico del bambino in eccesso ponderale \(iss.it\)](#)
- Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 <https://www.sinpe.org/linee-guida-sinpe.html>
- Raccomandazioni pratiche AIOM-SINPE per il supporto nutrizionale nel paziente oncologico https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2022/09/2022_Racc_supporto-nutrizionale.pdf
- "Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità 2022" documento del Ministero della Salute approvato in Conferenza Stato-Regioni il 27 luglio 2022 [Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità \(salute.gov.it\)](#)
- Tabelle LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia) elaborate dalla Società Italiana di Nutrizione Umanab (SINU), anno 2014 sinu.it/tabelle-larn-2014/
- "Linee Guida Nazionali per una sana alimentazione" [sviluppate nel 2018 dal](#) Consiglio per ricerca in agricoltura e l'analisi dell'economia agraria (CREA) [Linee guida per una sana alimentazione 2018 - Linee guida per una sana alimentazione 2018 - Alimenti e Nutrizione - CREA](#)
- "Standard italiani cura Obesità Società Italiana Obesità (SIO) e Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI)", anno 2017 [Layout 3 \(sio-obesita.org\)](#)
- "Linee Guida SICOB "Società Italiana di Chirurgia dell' OBesità e delle malattie metaboliche, anno 2023 [SICOB - Società Italiana di Chirurgia dell'OBesità e delle malattie metaboliche](#)
- "Terapia di sovrappeso e obesità resistenti al trattamento comportamentale nell'adulto con comorbidità metaboliche" documento a cura dell'Associazione Medici Endocrinologi (AME), anno 2023 [e4965688-05b2-8816-224e-af4fdbefe8c5 \(iss.it\)](#)
- "Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione" documento a cura del Ministero della Salute, anno 2019 [Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione \(salute.gov.it\)](#)
- "Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie" documento a cura del Ministero della Salute, anno 2021 [Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie \(salute.gov.it\)](#)
- "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016-2019" accordo della Conferenza Stato-Regioni del 24 novembre 2016 [Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016-2019 \(salute.gov.it\)](#)
- Dossier 89/2004 – Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare
- "Consensus su diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente" sviluppato da Società Italiana Pediatria (SIP) e Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP), anno 2017 [Doc-Consensus-Obesita-2017-min.pdf \(unavitasumisura.it\)](#)

- “Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita” documento a cura del Ministero della Salute, aggiornamento 2023 [Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita](#)
- 2023 – Practice guidelines for treatment of patients with eating disorders, fourth edition, a cura di APA (American Psychiatric Association) <https://psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.books.9780890424865>
- 2017 and last updated 2020 – Eating disorders: recognition and treatment, a cura di NICE (National Institute for Health and Care Excellence) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
- 2022 updated 2023 – Medical Emergencies in Eating Disorders (MEED): Guidance on Recognition and Management, a cura di Royal College of Psychiatrists [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr233-medical-emergencies-in-eating-disorders-\(meed\)-guidance.pdf?sfvrsn=2d327483_63](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr233-medical-emergencies-in-eating-disorders-(meed)-guidance.pdf?sfvrsn=2d327483_63)
- GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community Clin Nutr 2018 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30181091/>
- “Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines “ sviluppate da Obesity Canada and the Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons [Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines - Obesity Canada](#)
- Stadiazione Edmonton Obesity Staging System (EOSS) [EOSS - Edmonton Obesity Staging System \(ottawahospital.on.ca\)](#)
- “Optimal Resources for Metabolic and Bariatric Surgery- 2019 Standard-Revised” a cura di American Society for Metabolic and Bariatric Surgery e American College of Surgeon, anno 2019 https://www.facs.org/media/fguhte1t/2022_cm_mbsaqip_standards_final_linked-toc.pdf
- “British Obesity and Metabolic Surgery Society Guidelines on perioperative and postoperative biochemical monitoring and micronutrient replacement for patients undergoing bariatric surgery—2020 update” a cura di BOMSS British Obesity and Metabolic Surgery Society, anno 2020 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/obr.13087> + LG Nice 2023
- “Practical Recommendations of the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity for the Post-Bariatric Surgery Medical Management” anno 2017, a cura di EASO, in Obesity Facts <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5836195/pdf/ofa-0010-0597.pdf>
- “BOMSS Professional Standards and Commissioning Guidance 2012 (Updated May 2019)” a cura di BOMSS British Obesity and Metabolic Surgery Society, anno 2019 <http://bomss.org/wp-content/uploads/2021/08/Revised-BOMSS-Professional-Standards-and-Commissioning-Guidance-May-201....pdf>
- “British Obesity Metabolic Surgery Society endorsed guidelines for psychological support pre- and post-bariatric surgery”. J Ogden in Clinical Obesity 2019;9(6) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cob.12339>
- “Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents” anno 2017 [Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents - PubMed \(nih.gov\)](#)
- The International Obesity Task Force (IOTF) body mass index (BMI) cut-off, anno 2012 [Obesity Classification | World Obesity Federation](#)
- Curve di crescita a cura della World Health Organization (WHO), anno 2006 (0-5 anni) e anno 2007 (5-19 anni) [Standards \(who.int\)](#)
- “WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age 2019/ WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour” <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1>
- Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guidelines for Evaluation and Treatment of Children and Adolescents with Obesity. Pediatrics. 2023;151(2):e2022060640
- Standard di Cura Sio-ADI capitolo 17, pg 279: "Algoritmo di Cura dei pazienti con sovrappeso o obesità Consensus SIO-ADI", P.Sbraccia, F.Santini, L.Busetto, B.Cresci