





A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

**Percorso di Salute e Diagnostico -
Terapeutico - Assistenziale per i
pazienti affetti da
OBESITÀ GRAVE**



**PSDTA interaziendale
ASL CN1 e ASL CN2**

Versione Maggio 2024



		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

SOMMARIO

SOMMARIO	2
1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	4
2. REDAZIONE	5
3. DESTINATARI E LISTA DI DISTRIBUZIONE	6
4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO	8
5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	11
6. FINALITÀ	13
7. ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE/PATOLOGIA OGGETTO DEL PSDTA	14
7.1. Definizione	14
7.2. Epidemiologia	14
7.3. Classificazione	14
8. LETTERATURA SCIENTIFICA E NORMATIVA	16
9. CONTESTO ORGANIZZATIVO IN CUI SI SVILUPPA IL PSDTA	17
10. CRITERI DI INGRESSO/ELEGGIBILITÀ	17
10.1. Criteri di inclusione	17
10.2. Criteri di esclusione	17
11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA	18
11.1. Percorso di Prevenzione	18
11.2. Percorso Medico	20
11.2.1. Prenotazione	20
11.2.2. Prima Visita Dietologica	20
11.2.3. Terapia Dietetica	22
11.2.4. Follow-up Dietistico	23
11.2.5. Visita Dietologica di Controllo	23
11.2.5.1. VLCD e VLCKD	24
11.2.5.2. La Terapia Farmacologica	25
11.2.5.3. Struttura Riabilitativa	25
11.3. Percorso di Chirurgia Bariatrica	26
11.3.1. Valutazione Psicologica-Psichiatrica	26
11.3.1.1. Valutazione Psicologica (primo livello)	27
11.3.1.2. Visita Psichiatrica (secondo livello)	28
11.3.2. Prima Visita Chirurgica	28
11.3.2.1. Interventi di Chirurgia Bariatrica	29
11.3.3. Fase Pre-Ricovero	32

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

11.3.3.1.	Valutazioni Pre-Intervento.....	32
11.3.3.2.	Day Service	32
11.3.4.	Terapia Dietetica Pre-Intervento	33
11.3.4.1.	Valutazione Dietologica	33
11.3.4.2.	Valutazione Cardiologica	34
11.3.4.3.	Valutazione Anestesiologica-Rianimatoria	34
11.3.4.4.	Seconda Visita Chirurgica.....	36
11.3.5.	Ricovero e Fase Peri-Operatoria	36
11.3.5.1.	Enhanced Recovery in Bariatric Surgery	36
11.3.5.2.	Percorso Anestesiologico/Rianimatorio	37
11.3.6.	Fase Post-Operatoria.....	42
11.3.6.1.	Reparto di Degenza	42
11.3.6.2.	Aspetti farmacologici	42
11.3.6.3.	Terapia Dietetica Post-operatoria	43
11.3.7.	Follow-up.....	44
11.3.7.1.	Follow-up Chirurgico	44
11.3.7.2.	Follow-up Nutrizionale.....	44
11.3.7.3.	Aspetti Chirurgici-Plastici.....	45
11.3.7.4.	Aspetti Psicologici	46
12.	RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA	47
12.1.	Diagramma di Flusso del Percorso Medico (vedi DOC _{INTERAZIENDALE} 017).....	47
12.1.	Diagramma di flusso del Percorso Chirurgico (vedi DOC _{INTERAZIENDALE} 018).....	48
12.2.	Matrice delle Responsabilità.....	49
13.	DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA	50
14.	MONITORAGGIO, VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI	50
15.	PIANO DI MIGLIORAMENTO.....	50
16.	AGGIORNAMENTO.....	51
17.	ARCHIVIAZIONE.....	51
18.	RIFERIMENTI.....	52
19.	ALLEGATI	52

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--



1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

L'obesità è una malattia cronica complessa caratterizzata da un accumulo di adipe in relazione alla massa magra, correlata a molteplici comorbidità che compromettono la salute della persona con una riduzione dell'aspettativa di vita. Ad oggi, la patologia ha raggiunto dimensioni epidemiche e registra un costante e preoccupante trend di crescita tale da rappresentare una vera e propria emergenza di salute globale con un rilevante impatto economico che si ripercuote sulla spesa sanitaria. Contrastare l'allarmante escalation della patologia rappresenta una vera e propria sfida per i sistemi sanitari considerando anche la facilità di recidiva della malattia.

In questo contesto, da un lavoro di sinergia tra l'ASL CN1 e l'ASL CN2, nasce il presente percorso di salute e diagnostico-terapeutico-assistenziale con lo scopo di rispondere adeguatamente alla domanda di salute nell'ambito dell'obesità grave e/o complicata, al fine di garantire cure adeguate in termini dietetici, farmacologici e di chirurgia metabolico-bariatrica, efficienti ed efficaci sul lungo termine per il trattamento della malattia. La stesura del documento è avvenuta tramite la revisione e l'aggiornamento del PDTA attivo in ASL CN1 dal 2013, rivisto nel 2018 con l'inclusione del trattamento chirurgico bariatrico, con lo scopo di standardizzare il percorso di cura sulla base delle nuove linee guida e raccomandazioni presenti in letteratura. Il progetto prevede una ottimizzazione delle risorse, con la creazione di una rete assistenziale che coinvolga sia il territorio, con i medici di medicina generale, sia i centri specialistici di riferimento, con un contestuale lavoro di collaborazione tra tutte le parti coinvolte al fine di aumentare il supporto e diminuire le disuguaglianze di accesso alle cure sul territorio.

La presa in carico si fonda su un approccio multidisciplinare basato sulla cooperazione e condivisione tra professionisti sanitari con competenze diverse che pongano al centro il paziente, puntando al miglioramento dello stato di salute, sia fisico che psicologico, offrendo le adeguate prestazioni in grado di rispondere ai diversi bisogni. Le opzioni terapeutiche offerte dovranno essere personalizzate e contestualizzate, comprendendo sia l'approccio dietetico-nutrizionale, comportamentale (psicologico e motorio) e farmacologico, sia quello chirurgico nei casi selezionati.

Il calo ponderale determina una riduzione della mortalità e un miglioramento delle comorbidità associate. Partendo da questo primo obiettivo generale, la finalità ultima sarà sviluppare l'empowerment del singolo affinché interiorizzi uno stile di vita salutare contribuendo in modo attivo al processo di costruzione della propria salute.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

2. REDAZIONE

Il committente del PSDTA è ASLCN1 e ASLCN2. Il promotore è ASLCN1.



STATO DI REVISIONE		
Indice di revisione	Pagine modificate	Descrizione delle modifiche
00	//	<p>TRATTASI DI PRIMA STESURA DEL Percorso ambulatoriale per i gravi obesi Percorso di Salute e Diagnostico - Terapeutico - Assistenziale per i pazienti affetti da OBESITÀ GRAVE.</p> <p>Tale documento il precedente PDTA_{DIAB}005 valido in ASLCN1 REV01 da gennaio 2018 a marzo 2024.</p> <p>Si ridefinisce inoltre il codice alfanumerico per la condivisione interaziendale, passando da PDTA_{DIAB}005 REV02 a PSDTA_{INTEAZIENDALE}013 REV00</p> <p>In considerazione dell'incremento epidemiologico dei casi di obesità in Piemonte e dell'evoluzione nell'ambito dell'offerta di cura in termini dietetici, farmacologici e di chirurgia metabolica, si è ritenuto necessario ridefinire il percorso diagnostico-terapeutico per il trattamento della grave obesità con estensione provinciale interaziendale (ASL CN1 e ASL CN2).</p>

Data di entrata in vigore 3 GIUGNO 2024

Approvazione ed Emissione

Direzione Generale ASL CN 1 FIRMATO IN ORIGINALE

Direzione Generale ASL CN 2 FIRMATO IN ORIGINALE

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--



3. DESTINATARI E LISTA DI DISTRIBUZIONE

Ai Direttori/Responsabili e Coordinatori delle seguenti strutture per opportuna diffusione al personale interessato.

ASLCN1
SC DISTRETTO SUD-OVEST
SC DISTRETTO SUD-EST
SC DISTRETTO NORD-OVEST
SC DISTRETTO NORD-EST
SC MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE AREA NORD
SC CARDIOLOGIA MONDOVI'
SC DIABETOLOGIA TERRITORIALE
SC CHIRURGIA GENERALE MONDOVI'
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONDOVI'
SC PSICHIATRIA AREA SUD
Ss S.P.D.C. Mondovì
Ss CSM Mondovì Ceva e Centro Diurno Mondovì
SC PSICHIATRIA AREA NORD
Ss S.P.D.C. Savigliano
Ss Csm Saluzzo
Ss Csm Savigliano Fossano
Ssd Servizio di Psicologia e Psicopatologia dello sviluppo
SC DIREZIONE SANITARIA MONDOVI' per inoltro al Blocco Operatorio di Mondovì
SC DIREZIONE SANITARIA MONDOVI' per inoltro al precovero / day surgery di Mondovì
SSD Medicina Specialistica Ambulatoriale per inoltro al personale dei poliambulatori di Mondovì-Ceva



PER CONOSCENZA

SS Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità
SS Risk Management
SS Prevenzione Rischio Infettivo correlato assistenza
SS Direzione Amministrativa Territoriale per inoltro ai MMG e PLS
SC DIREZIONE SANITARIA MONDOVI'

 <p>A.S.L. CN1</p>	 <p>A.S.L. CN2 Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra</p>	<p>Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p>PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p>Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	---	--	--

SC DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
DIPARTIMENTO MEDICO SPECIALISTICO
DIPARTIMENTO MEDICO GENERALE RIABILITATIVO
DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA
DIPARTIMENTO CHIRURGICO
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SSD Terapia antalgica e Gestione accessi venosi centrali
S.S.D. PROMOZIONE DELLA SALUTE
SC RADIOLOGIA MONDOVI'
Ss Medicina Trasfusionale ASL CN1
Ss Laboratorio Analisi ASL CN1
SC LOGISTICA E DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDII OSPEDALIERI
DIPARTIMENTO DI INTEGRAZIONE TERRITORIALE per inoltro ai MMG e PLS
Istituti di Ricovero e Cura privati accreditati
Associazioni di pazienti (Diabetici, con Obesità)

ASLCN2
SC Psicologia
SC Anestesia e Rianimazione
SC Nutrizione Clinica
SC Distretto Bra per inoltro a MMG e PLS
SC Distretto Alba per inoltro a MMG e PLS
Direzione Medica Di Presidio
Dipartimento Area Medica
SC Recupero e Riabilitazione,
SC Chirurgia Generale
Dipartimento Area Emergenza
Dipartimento di Prevenzione
SC Direzione delle Professioni Sanitarie
Dipartimento di Salute Mentale
SS Qualità, Risk Management, URP



		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO



I componenti del Gruppo di Lavoro sono stati identificati e autorizzati dal Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza.

I componenti del Gruppo di Lavoro hanno partecipato alle riunioni per la revisione del documento (le firme sono agli atti della Funzione Qualità ASLCN1).

Cognome	Nome	Ruolo	Struttura	Sede	Firma
Agnelli	Ileana	Direttore Psicologo	SC Psicologia	ASLCN2	Firmato in originale
Alessi	Daniela	Dir. Biologo	SSD Epidemiologia, Promozione della Salute e Coordinamento delle Attività di Prevenzione	ASLCN2	Firmato in originale
Allisiardi	Fabrizio	Dir. Medico	SC Chirurgia Generale Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Ambrogio	Cristina	Dir. Medico	SC Rianimazione	ASLCN2	Firmato in originale
Aprile	Alessandra	Dir. Medico	SC Chirurgia Generale Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Arduino	Giuseppe	Responsabile	SSD Servizio di Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo	ASL CN1	Firmato in originale
Arlotto	Stefano	Dietista	SC Nutrizione Clinica	ASLCN2	Firmato in originale
Blangetti	Ilaria	Direttore	SC Anestesia e Rianimazione Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Bodini	Ilaria	Dir. Medico	SC Diabetologia Territoriale	ASL CN1	Firmato in originale
Boglio	Elide	Dietista	SC Diabetologia Territoriale	ASL CN1	Firmato in originale
Bongioanni	Maria Roberta	Direttore	Direttore Dipartimento Specialistico	ASL CN1	Firmato in originale
Bonifazio	Chiara	Coordinatore	Day Surgery - Prericovero Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Bruno	Federica	Dir. Medico	SC Anestesia e Rianimazione Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Calandro	Stefania	Infermiera	Day Surgery - Prericovero Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Caputo	Marcello	Dir. Medico	SSD PROMOZIONE SALUTE	ASL CN1	Firmato in originale
Castelli	Wanda	Psicologo	SSD Psicologia	ASL CN1	Firmato in originale
Chiozza	Gloria	Direttore	SC Distretto Mondovì Ceva	ASL CN1	Firmato in originale

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--



Contini	Sabrina	Direttore	SC Direzione delle Professioni Sanitarie	ASL CN2	Firmato in originale
Croce	Donatella	Psicologo	SC Psicologia	ASLCN2	Firmato in originale
Dalla Costa	Cloè	Direttore	SC Nutrizione Clinica	ASLCN2	Firmato in originale
Feola	Mauro	Direttore	SC Cardiologia Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Fiorelli	Fabio	Direttore	SC Direzione di Presidio Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Franco	Cristina	Coordinatore inf.	Processi Gestionali ed Organizzativi Ospedali Area Sud (Mondovì e Ceva)	ASL CN1	Firmato in originale
Gattolin	Andrea	Direttore	SC Chirurgia Generale Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Ghigo	Gabriele	Direttore	Coordinamento Distretti ASLCN1	ASL CN1	Firmato in originale
Gianotti	Laura	Direttore	SC Diabetologia Territoriale	ASL CN1	Firmato in originale
Gonella	Elena	Coordinatore inf.	Dipartimento Chirurgico	ASL CN1	Firmato in originale
Grimaldi	Mario	Coordinatore inf.	DIPSA	ASLCN2	
Impallomeni	Maria	Dir. Medico	SC Psichiatria AREA SUD	ASLCN2	Firmato in originale
Laudani	Elio	Direttore	SC Distretto Bra	ASLCN2	Firmato in originale
Lenta	Elena	Dietista Coordinatore	SC Nutrizione Clinica	ASLCN2	Firmato in originale
Maimone	Pietro	Direttore	Dipartimento di Prevenzione	ASLCN2	Firmato in originale
Malvasio	Paola	Direttore	SC Direzione di Presidio	ASLCN2	Firmato in originale
Olivero	Alessandro	Dir. Medico	SC Rianimazione	ASLCN2	Firmato in originale
Panico	Mirko	Direttore	SC Distretto Alba	ASLCN2	Firmato in originale
Peirano	Chiara	Coordinatore inf.	SC Chirurgia Generale Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Perruci	Nicoletta	Dietista	SC Diabetologia Territoriale	ASL CN1	Firmato in originale
Picciotto	Giulia	Dir. Medico	SSD Epidemiologia, Promozione della Salute e Coordinamento delle Attività di Prevenzione	ASLCN2	Firmato in originale

		Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale PSDTA_{INTERAZIENDALE}013 Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave	Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI
---	--	---	--

Pistone	Erika	Dir. Medico	SC Diabetologia Territoriale SC Medicina Saluzzo	ASL CN1	Firmato in originale
Pittaluga	Michele	Dir. Medico	SC Chirurgia	ASLCN2	Firmato in originale
Pomero	Fulvio	Direttore	Dipartimento Area Medica	ASLCN2	Firmato in originale
Prigione	Amalia	Medico	SC Nutrizione Clinica	ASLCN2	Firmato in originale
Quercio	Marco	Direttore	SC Medicina Fisica e Riabilitativa Area Nord	ASL CN1	Firmato in originale
Rabino	Cinzia	Infermiere	Funzione Qualita'	ASL CN1	Firmato in originale
Rainero	Sandra	Dir. Medico	SC Rianimazione	ASLCN2	Firmato in originale
Rando	Giancarlo	Direttore	SC Riabilitazione	ASLCN2	Firmato in originale
Rapalino	Paola	Dietista	SC Diabetologia Territoriale	ASL CN1	Firmato in originale
Ravera	Enrico	Direttore	Dipartimento Area Emergenza	ASLCN2	Firmato in originale
Revelli	Marinella	Infermiere	SS CSM Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Risoli	Alessio	Dir. Medico	SC Anestesia e Rianimazione Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Risso	Francesco	Direttore	Dipartimento di Salute Mentale	ASL CN1	Firmato in originale
Rosolin	Nataschia	Dietista	SC Diabetologia Territoriale	ASL CN1	Firmato in originale
Salvo	Francesco	Dir. Medico	SC Anestesia e Rianimazione Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Travaglio	Elisabetta	Dir. Medico	SC Chirurgia Generale Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Vallero	Damiano Maria	Dir. Medico	SC Nutrizione Clinica	ASLCN2	Firmato in originale

Coordinatori:

Cognome	Nome	Ruolo	Unità operativa	Sede	Firmato in originale
Dalla Costa	Cloè	Direttore	SC Nutrizione Clinica	ASLCN2	Firmato in originale
Gattolin	Andrea	Direttore	SC Chirurgia Generale Mondovì	ASL CN1	Firmato in originale
Gianotti	Laura	Direttore	SC Endocrinologia e Diabetologia Territoriale	ASL CN1	Firmato in originale

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

PDTA/PSDTA

Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto (PNGLA 2012-2014). Il Percorso di salute e diagnostico terapeutico assistenziali (PSDTA) rafforza il concetto sull'attenzione agli aspetti della prevenzione e della presa in carico proattiva della persona assistita.

PSDTA ideale

Il "percorso ideale" è relativo alle migliori pratiche professionali e gestionali sulla base di EBM/EBN e delle linee guida, a supporto e per disegnare un modello che serva da indirizzo a cui tendere progressivamente.



PSDTA effettivo

Il "percorso effettivo" rappresenta quanto effettivamente succede ad un paziente tipo nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione in studio.



PSDTA di riferimento

Il "percorso di riferimento" rappresenta, in relazione al percorso ideale, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di quella determinata situazione organizzativa e di risorse.

Abbreviazione	Significato
ABW	Adjusted Body Weight - Peso Corporeo Aggiustato (<i>peso corporeo ideale + 40% del peso corporeo in eccesso</i>)
AHI	Apnea Hypopnea Index - Indice di Apnea ed Ipopnea
BED	Binge Eating Disorder - Disturbo da Alimentazione Incontrollata
BIA	Bioimpedenziometria
BIS	Bispectral Index - Indice Bispettrale
BMI	Body Mass Index - Indice di Massa Corporea
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CPK	Creatinfosfochinasi
CSM	Centro di Salute Mentale
CUP	Centro Unico Prenotazioni
DAD	Direzione Amministrativa dei Distretti

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA^{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

DEM	Ricetta Elettronica Dematerializzata
DNA	Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione
DCA	Disturbi del Comportamento Alimentare
Dietista	Professionista sanitario competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell’alimentazione e della nutrizione
Dietologo	Medico Chirurgo Specializzato in Scienza dell’Alimentazione
DSM5 – TR	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Text Revision
Dumping Syndrome	Anche detta sindrome da svuotamento rapido, è una condizione in cui il cibo ingerito arriva troppo velocemente all’intestino causando manifestazioni sintomatologiche differenti quali nausea, vomito, diarrea, dolori addominali, iperidrosi, tachicardia.
ECG	Elettro Cardio Gramma
EOSS	Edmonton Obesity Staging System
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
ERABS	Enhanced Recovery After Bariatric Surgery
ESS	Epworth Sleepiness Scale
FAND	Associazione Nazionale Diabetici
FC	Frequenza Cardiaca
FE	Frazione di eiezione
FiO2	Fraction of Inspired Oxygen – Frazione Ispirata di Ossigeno
Fitwalking	Camminare per la forma fisica; attività di cammino che esce dalla normale locomozione quotidiana e diventa attività sportiva
FLI	Fatty Liver Index
FR	Frequenza Respiratoria
GBP	Gastric By-Pass
GO	Grave Obesità
IBW	Ideal Body Weight – Peso Corporeo Ideale
INTAKE	Dose/quantità di cibo assunto
LBW	Lean Body Weight – Massa Magra
MFR	Medicina Fisica Riabilitativa
MMG	Medico di Medicina Generale
MOC	Mineralometria Ossea Computerizzata
NAFLD	Nonalcoholic Fatty Liver Disease - Steatosi Epatica Non Alcoolica
NES	Night Eating Syndrome - Sindrome da Alimentazione Notturna
NMT	NeuroMuscular Taping - Monitoraggio Neuro-Muscolare



		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

OSAS	Obstructive Sleep Apnea Syndrome - Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno
PAM	Pressione Arteriosa Media
PCOS	Polycystic Ovary Syndrome – Sindrome dell’ovaio policistico
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PSDTA	Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PEEP	Positive End-Expiratory Pressure - Pressione Positiva di Fine Espirazione
PONV	Postoperative Nausea and Vomiting – Nausea e Vomito Post-operatorio
PRI	Piano Riabilitativo Individuale
PYY	Peptide YY
SG	Sleeve Gastrectomy
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
TBW	Total Body Weight - Peso Corporeo Totale
TC	Temperatura Corporea
TEV	Tromboembolismo Venoso
TSA	Tronchi Sovra Aortici
VLCD	Very Low Calorie Diet
VLCKD	Very Low Calorie Ketogenic Diet
VLED	Very Low Energy Diet
WHR	Waist–Hip Ratio = circonferenza vita/circonferenza fianchi

6. FINALITÀ

Il presente PSDTA viene sviluppato per raggiungere gli obiettivi di salute e gestionali e, nello specifico, per:

- Descrivere il processo e le specifiche attività nella organizzazione di riferimento;
- Informare e formare il personale, gli utenti e le persone assistite;
- Ridurre la variabilità nei comportamenti;
- Incrementare l’appropriatezza clinica ed organizzativa;
- Valutare e migliorare la gestione complessiva e la qualità del processo del paziente;
- Documentare le attività effettuate e i risultati raggiunti.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

7. ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE/PATOLOGIA OGGETTO DEL PSDTA

7.1. Definizione

L'obesità è una malattia cronica eterogenea e multifattoriale risultante dalla complessa interazione tra ambiente, stile di vita e alterazioni metaboliche geneticamente determinate e solo parzialmente controllabili dalla volontà. In taluni casi è imputabile a stili di vita impropri e pertanto può essere considerata una condizione prevenibile adottando stili di vita salutari. Tuttavia, esistono fattori genetici che influenzano la tendenza all'incremento ponderale e fenomeni di adattamento biologico che ostacolano la perdita di peso e il suo mantenimento.

7.2. Epidemiologia

La prevalenza dell'obesità è aumentata drammaticamente nell'ultimo decennio. Dal rapporto 2022 dell'OMS Europa emerge che quasi il 60% degli adulti e quasi il 30% dei soggetti in età pediatrica è in condizioni di sovrappeso o obesità. In Italia, entrambe le condizioni aumentano all'aumentare dell'età.

L'obesità è un importante fattore di rischio per l'insorgenza di numerose malattie che includono patologie cardiovascolari (tra cui dislipidemia, ipertensione, insufficienza cardiaca, malattia coronarica), metaboliche (diabete mellito), respiratorie (asma e OSAS), osteoarticolari, riproduttive (PCOS e infertilità), epatiche e renali, oncologiche e psicologiche che determinano una significativa riduzione dell'aspettativa di vita e un peggioramento della qualità di vita.

Attualmente l'obesità rappresenta un rilevante problema di salute pubblica e sociale che incide direttamente e indirettamente sulla spesa sanitaria. Nonostante queste premesse, si assiste ancora oggi ad una significativa inerzia e limitazione terapeutica, che si traduce in un accesso limitato al trattamento dietetico-farmacologico e bariatrico. La chirurgia metabolico-bariatrica rappresenta una valida opzione terapeutica in casi selezionati e resistenti alle terapie dietetiche, farmacologiche e comportamentali e si è dimostrata efficace nel determinare una perdita di peso rilevante con una riduzione della mortalità e una migliore gestione delle comorbidità associate.



7.3. Classificazione

La classificazione dell'eccesso ponderale viene effettuata sulla base del peso corporeo e dell'altezza, utilizzando l'indice di massa corporea (BMI secondo la definizione anglosassone), considerato il metodo più semplice ed efficace per definire la presenza di grasso corporeo in eccesso.

Il BMI si calcola secondo la formula:

$$BMI = \text{peso (in kg)} / \text{quadrato dell'altezza (in metri)}$$

Nelle popolazioni caucasiche, è noto che l'obesità si definisce quando il BMI è pari o superiore a 30.0 kg/m² (World Health Organization, 2000). Questa soglia è stata utilizzata perché gli studi

		<p style="text-align: center;">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p style="text-align: center;">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p style="text-align: center;">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	--	--

sulla popolazione hanno dimostrato che il rischio di malattia e di mortalità aumenta proporzionalmente al di sopra di questo valore.



La classificazione, distinta in diversi gradi in relazione al BMI, prevede:

- primo grado se $30 \text{ kg/m}^2 < \text{BMI} < 35 \text{ kg/m}^2$;
- secondo grado se $35.1 \text{ kg/m}^2 < \text{BMI} < 40 \text{ kg/m}^2$;
- terzo grado o grave obesità (GO) se $\text{BMI} > 40 \text{ kg/m}^2$.

Tuttavia, applicato al singolo individuo, il BMI non è né particolarmente sensibile né specifico per la valutazione della sua salute attuale. Pertanto, poiché la morbilità associata all'obesità correla con molteplici fattori, per stadiare la patologia e proporre al paziente la terapia più appropriata è stata proposta una classificazione denominata Edmonton Obesity Staging System (EOSS).

L'EOSS classifica l'impatto dell'obesità sulla persona in cinque stadi di gravità (Sharma & Kushner, 2009) in base alla presenza di vari gradi mentali, medici o funzionali di menomazioni della salute.

- **Stadio 0.** Nessun fattore di rischio associato all'obesità (es. pressione arteriosa, profilo lipidico, glicemia a digiuno, ecc., nella norma), nessun sintomo, nessuna manifestazione psicopatologica, nessuna limitazione funzionale e/o alterazione dello stato di benessere.
- **Stadio 1.** Presenza di fattori di rischio cardiovascolari correlati all'obesità (es. ipertensione arteriosa borderline, alterata glicemia a digiuno, enzimi epatici alterati), lievi sintomi (es. dispnea per sforzi di moderata intensità, occasionali dolori dell'apparato muscoloscheletrico, astenia, ecc.), lievi alterazioni psicopatologiche, lievi limitazioni funzionali e/o lieve alterazione dello stato di benessere.
- **Stadio 2.** Presenza di patologie conclamate legate all'obesità (es. ipertensione arteriosa, diabete tipo 2, sindrome delle apnee notturne, osteoartriti, malattia da reflusso gastroesofageo, sindrome dell'ovaio policistico, sindromi ansioso-depressive, ecc.) moderate limitazioni nello svolgimento delle normali attività giornaliere, e/o dello stato di benessere.
- **Stadio 3.** Danno d'organo conclamato (es. infarto del miocardio, scompenso cardiaco, complicanze del diabete, osteoartriti disabilitanti, turbe psicopatologiche gravi, limitazioni funzionali e/o alterazioni dello stato di benessere significative).
- **Stadio 4.** Gravi disabilità (potenzialmente terminali) conseguenti alle patologie correlate all'obesità, turbe psicopatologiche gravi e disabilitanti, gravi limitazioni funzionali e/o dello stato di benessere.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--



Stadio	0	1	2	3	4
Comorbidità	No	Subcliniche (es. alterata glicemia a digiuno)	Cliniche (es. diabete o ipertensione)	Complicate (es. IMA o retinopatia diabetica)	Severe (stadio terminale)
Sintomi psichici	No	Lievi (senza impatto su QoL)	Moderati (es. depressione lieve)	Gravi (depressione maggiore)	Severi (invalidanti)
Sintomi funzionali	No	Lievi (senza limitazioni fisiche)	Moderati (es. limitazioni nelle attività quotidiane)	Gravi (impossibilità a lavorare)	Severi (invalidanti)

Figure 7-1 Tratta dalle "Linee guida AME - Associazione Medici Endocrinologi per la terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbidità metaboliche" - ISS 2023. Cap 1. Pag. 4

8. LETTERATURA SCIENTIFICA E NORMATIVA

Per la costruzione del PSDTA si fa riferimento alla seguente letteratura scientifica:

1. Linee guida SICOB http://www.sicob.org/00_materiali/linee_guida_2016.pdf
2. Chang SH et al. Early major complications after bariatric surgery in the USA 2003-2014: a systematic review and meta-analysis. *ObesRev* 2017; epub ahead of print
3. Cazzo E et al. Bariatric Surgery in the elderly: a narrative review. *RevAssocMed Bras* 2017; 63: 787-792
4. Weimann A. et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery, April 19, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.03.031>
5. Statement SICOB-SIAARTI su ERAS in Chirurgia Bariatrica (ERABS), Versione 1, 23/12/2020
6. Linee guida della SICOB società italiana di chirurgia dell'obesità e delle malattie metaboliche: La terapia chirurgica dell'obesità e delle complicanze associate, 4 settembre 2023
7. Linee guida AME - Associazione Medici Endocrinologi pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida: terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbidità metaboliche. Roma, 24 gennaio 2023
8. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery, 2022
9. Percorso di salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del diabete mellito in età pediatrica ed evolutiva, PDTA per le dislipidemie e PDTA per l'obesità – Regione Piemonte
10. Ketogenic nutritional therapy (KeNuT)—a multi-step dietary model with meal replacements for the management of obesity and its related metabolic disorders: a consensus statement from the working group of the Club of the Italian Society of Endocrinology (SIE)—diet therapies in endocrinology and metabolism. Barrea L et al. *Journal of Endocrinological Investigation* (2024) 47:487–500

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

9. CONTESTO ORGANIZZATIVO IN CUI SI SVILUPPA IL PSDTA

Il presente documento nasce dal PSDTA dedicato alla diagnosi e alla cura dell'obesità grave attivo presso l'ASLCN1 dal 2013 e revisionato e implementato nel 2018 con l'avvio della terapia chirurgica metabolica.

Si sviluppa pertanto nel contesto dell'attività svolta presso l'ASLCN1 dalla collaborazione multidisciplinare per le competenze metaboliche, internistiche e anestesilogiche coordinata dalla SC Diabetologia territoriale in sinergia con la SC di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Mondovì, che rappresenta un centro di chirurgia bariatrica con esperienza pluriennale e attualmente uno dei maggiori centri erogatori piemontesi, e con la SC Nutrizione Clinica e disturbi del comportamento alimentare ASL CN2.

10. CRITERI DI INGRESSO/ELEGGIBILITÀ



Il presente percorso si applica ai pazienti affetti da Grave Obesità (GO).

10.1. Criteri di inclusione

Il presente percorso si applica a tutti i pazienti di età ≥ 16 anni, affetti da grave obesità ($BMI \geq 40$ kg/m²) o con obesità di II grado ($BMI 35 - 39.9$ kg/m²) e complicanze associate (diabete mellito, sindrome delle apnee notturne, artropatia da carico, cardiopatia ischemica). In casi selezionati, su invio specialistico, si potrà considerare l'applicazione a pazienti con $BMI > 30$ e complicanze associate non controllate.

10.2. Criteri di esclusione

Pazienti con $BMI < 35$ kg/m² o con obesità di II grado senza complicanze associate; pazienti con età < 16 anni.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

L'obesità rappresenta una patologia complessa che necessita di un approccio multi ed interdisciplinare e, possibilmente, adattato alle esigenze del singolo paziente. In base alla fenotipizzazione del paziente viene individuato un possibile percorso che vede impegnato in prima battuta il Medico di Medicina Generale (MMG). Il livello di intervento successivo è caratterizzato dall'intervento specialistico ambulatoriale che prevede il lavoro di un team che, in base alle esigenze cliniche, può essere costituito da: dietologo, dietista, endocrinologo, psichiatra, psicologo, tecnico di neurofisiopatologia, fisiatra, fisioterapista, anestesista, infermiere e chirurgo. A questi potranno affiancarsi, ove necessario, altri specialisti per specifiche comorbidità (cardiologo, gastroenterologo, pneumologo, ginecologo, etc..).

Il percorso dovrà prevedere le seguenti fasi:

- Definizione di un quadro clinico completo (internistico, metabolico, nutrizionale, psicologico) del paziente;
- Identificazione di un percorso di prevenzione e cura appropriato: inizialmente un percorso medico-nutrizionale (dietoterapia, esercizio fisico, farmacoterapia, supporto psicologico) e successivamente, per i pazienti per cui se ne evidenzia la necessità, un percorso chirurgico;
- Mantenimento di un follow-up medico-nutrizionale e medico-nutrizionale-chirurgico globale e duraturo.



11.1. Percorso di Prevenzione

Le caratteristiche di cronicità e comorbidità dell'obesità, i costi elevati in termini di disabilità e il grave impatto complessivo sulla qualità della vita rendono necessario prevedere per le persone obese sia un intervento di tipo preventivo, sia terapeutico e riabilitativo. Il PSDTA dedicato a questi soggetti mira, pertanto, anche alla stabile adozione di uno stile di vita consapevole, sostenibile e salutare.

Nel PSDTA relativo all'obesità il percorso preventivo prevede interventi che si articolano su diversi livelli integrati, che coinvolgono differenti figure professionali:

- Medici di medicina generale (e/o unità di cure primarie) cui spettano il primo livello di assistenza, la valutazione dell'appropriatezza dell'accesso ai diversi setting di cura e la valutazione del rischio di cronicità. I MMG in ottemperanza al Piano Nazionale di Prevenzione, potranno offrire agli assistiti raccomandazioni su stili di vita salutari, in particolare su sana alimentazione e promozione dell'attività fisica;
- Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC) e altri operatori sanitari che potranno fornire informazioni su stili di vita sani nei contesti territoriali e l'orientamento e il supporto al cambiamento dello stile di vita.

Nel riquadro sottostante sono riportate nello specifico le attività preventive che possono essere attuate dalle diverse figure professionali.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Operatori sanitari.

Alimentazione:

- Promozione di un'alimentazione basata sui principi del "piatto sano" con invito al consumo quotidiano di cereali o sostituti integrali, di legumi come fonte proteica principale, di 5 porzioni di verdura e frutta e di grassi salubri (olio extravergine di oliva, grassi omega-3), suggerendo pasti frazionati e il mantenimento di un buon livello di idratazione;
- Indicazione al rispetto delle raccomandazioni della piramide alimentare, con la limitazione del consumo di carni, soprattutto delle carni rosse e di quelle lavorate e conservate, del sale, degli alimenti e bevande ricchi di zuccheri e grassi e degli alcolici.

Attività fisica:

- Evitare attività extra-lavorative sedentarie oltre le 2 ore al dì;
- Incoraggiare l'attività motoria in tutte le sue forme per almeno 30 minuti al giorno.

Ulteriori raccomandazioni:

- Raccomandare il rispetto delle ore di sonno, a ogni età;
- Suggestire il controllo periodico del proprio peso.

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) e altre strutture sanitarie territoriali



- Collaborazione alle sorveglianze di popolazione (programmi nazionali e locali: OKkio alla salute, HSBC, GYTS, Passi, Passi d'argento...);
- Validazione dei menù della ristorazione collettiva (scuole, CRA, luoghi di lavoro);
- Realizzazione eventi di sensibilizzazione alla salute e alla prevenzione di sovrappeso e obesità;
- Implementazione di percorsi di educazione per corretti stili di vita nella popolazione, nei luoghi di lavoro, nelle comunità, nell'ambiente sociosanitario e nelle scuole: alimentazione, attività fisica, controllo del peso;
- Informazione ed educazione nutrizionale per gravidanza.

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE PRIMARIA PER GRUPPI A RISCHIO E SECONDARIA (PER SOGGETTI GIÀ SOVRAPPESO O OBESI) DEI SIAN E DI ALTRI OPERATORI SANITARI

- Percorso di counselling sulla sana alimentazione e sull'attività fisica realizzato anche in contesti opportunistici da operatori sanitari formati, secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-25;
- Promozione dell'attività motoria per rieducare al movimento anche soggetti abitualmente sedentari, favorendo l'accettazione di un aumento del movimento sia spontaneo, sia strutturato (es. gruppi di cammino) che porti al raggiungimento e mantenimento di un sufficiente livello di esercizio fisico, da attuare eventualmente anche mediante un percorso di riabilitazione motoria e di esercizio fisico strutturato per i soggetti che presentino difficoltà nella deambulazione;

L'attenzione alla salute e all'empowerment del paziente deve essere tenuta a riferimento e presidiata in ogni PSDTA. A tal fine è particolarmente importante rendere disponibili ai pazienti/utenti delle strutture sanitarie tutte le informazioni e le opportunità del territorio utili a sostenere comportamenti salutari quali:

- **Informazioni e riferimenti sulle opportunità locali** di sostegno all'assunzione di comportamenti salutari, per consentire accessi ad attività vicino alle proprie sedi di vita o di

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

lavoro, con accesso facilitato per fasce particolari di utenza, (Ambulatori della salute, Mappe della Salute, elenchi di iniziative locali redatti dai comuni e/o ASL o associazioni, ...);

- **Proposte organizzative/progettuali nei contesti sanitari** (MMG, reparti ospedalieri e ambulatori) per una valutazione diffusa e strutturata, negli utenti/pazienti, dei rischi comportamentali (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool) e “prescrizione terapeutica” ,in lettera di dimissione, di azioni a sostegno degli stili di vita salutari, facilitando l’ adesione dei pazienti alle iniziative territoriali (accesso ad Ambulatori della salute, utilizzo mappe salute/opportunità, adesione a gruppi di cammino, laboratori di cucina, counselling individuale/di gruppo, gruppi di auto-aiuto,ecc).

11.2. Percorso Medico

11.2.1. Prenotazione



L’accesso all’ambulatorio avviene mediante prenotazione di visita dietologica tramite CUP o, solo per l’ASL CN1, invio via mail a centro.obesita@aslcn1.it , presentando l’impegnativa di “Prima Visita Dietologica” del medico curante o dello specialista. Nel quesito diagnostico dovranno essere riportati il BMI del paziente e le relative comorbidità. È opportuno che prima dell’invio al PSDTA il medico di riferimento provveda alla prescrizione dei seguenti esami ematochimici (se non disponibili degli ultimi sei mesi):

- Emocromo, glicemia a digiuno, HbA1c, funzionalità epatica (AST, ALT, gGT), funzionalità renale (creatinina, uricemia), quadro lipidico (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi), funzionalità tiroidea (TSH reflex), proteina C reattiva, elettroliti sierici (sodio, potassio, fosforo, calcio, magnesio), metabolismo del ferro (sideremia, transferrina, ferritina), acido folico, vitamina B12, 25-OH vitamina D.

11.2.2. Prima Visita Dietologica



La prima visita potrà essere effettuata dall’endocrinologo/dietologo (ASL CN1) o dal dietologo (ASL CN2), congiuntamente al dietista. Il medico provvederà ad effettuare:

- Anamnesi familiare, patologica remota e prossima, ponderale (peso alla nascita, peso abituale, numero di perdite di peso > 5kg, peso minimo e massimo raggiunto, identificazione di eventuali fattori scatenanti p.e. attività lavorativa o gravidanza, uso di farmaci per il calo ponderale), fisiologica (tra cui abitudine al fumo e consumo di alcool);
- Esame obiettivo: rilevazione di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione dell’ossigeno a riposo, valutazione di edemi periferici, valutazione delle complicanze dell’obesità note o sospette e rilevazione di segni clinici riferibili a cause secondarie (obesità di natura endocrina o genetica associata a sindromi);
- Ricezione degli esami ematochimici prescritti con correzione di eventuali carenze di micronutrienti e prescrizioni di (ulteriori) accertamenti se necessario o se non eseguiti;
- Valutazione delle comorbidità note e non note, con prescrizione degli approfondimenti del caso in base al rischio metabolico e cardiovascolare (es. ECG, ecocardiogramma,

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

ecodoppler TSA, spirometria, polisonnografia in base agli esiti dei questionari forniti: in base all'esito di tali accertamenti eventuale approfondimento diagnostico attraverso visita cardiologica, pneumologia, neurologica);

- Valutazione del danno epatico tramite calcolo del punteggio di screening Fatty Liver Index (FLI): un FLI > 60 indica una steatosi epatica non alcolica o Nonalcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) per cui può essere valutata eventuale indicazione ad una ecografia epatica e visita epatologica (se indici di funzionalità epatica alterati) di approfondimento;
- Valutazione di screening relativa ai disturbi del sonno tramite compilazione del questionario STOP-BANG (punteggio patologico > 2 ma indicazione alla polisonnografia se punteggio ≥ 4);
- Valutazione dello stato psicologico: atteggiamento del paziente rispetto al peso, aspettative verso il calo ponderale e motivazione del paziente al cambiamento, valutazione della possibile presenza di un Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) e in generale di problematiche psicologiche/relazionali potenzialmente in grado di interferire con l'aderenza alla terapia;
- Identificazione dello stadio dell'obesità secondo la classificazione EOSS e relativa indicazione terapeutica mirata a favorire un calo ponderale sufficiente per modificare il profilo di rischio cardiovascolare e prevenire o rallentare l'insorgenza o la progressione delle complicanze. Per identificare l'opzione terapeutica preferenziale è possibile avvalersi della carta dell'algoritmo di cura, riportata nella figura sottostante, dove ad ognuna delle intersezioni un codice-colore identifica le opzioni terapeutiche che vanno intese come additive, in particolare gli interventi sullo stile di vita devono essere sempre attuati;
- Definizione e condivisione degli obiettivi e/o una rieducazione alimentare (secondo gli standard SIO/ADI 2016 calo ponderale del 5-15% del peso corporeo a 6-12 mesi/ perdita di peso di 500-1000 g a settimana), mentre in casi selezionati può essere indicata in prima linea la semplice correzione qualitativa delle abitudini alimentari o, in alternativa, in casi selezionati, la terapia farmacologica;
- Condivisione delle modalità e la frequenza del follow-up;
- Richiesta, se ritenuto opportuno in base al quadro clinico, di test di soppressione con un 1 mg di desametasone somministrato al paziente alle ore 23 e prelievo per cortisolo alle ore 8 del giorno successivo;
- Eventuali altri accertamenti in ambito endocrinologico solo in caso di sospetto clinico;
- Inserimento in un programma di attività fisica adattato che prevederà:
 - in presenza di deficit motori severi (impossibilità alla deambulazione o necessità di ausili per la deambulazione): visita fisiatrica ambulatoriale in classe B ai fini di una valutazione funzionale ed eventuale stesura di un progetto riabilitativo individuale finalizzato alla gestione delle disabilità evidenziate;
 - in presenza di deficit motori minori: visita fisiatrica ambulatoriale ed eventuale stesura PRI per gestione disabilità minore;
 - in assenza di deficit motori: inserimento in programma di attività fisica di gruppo (ad esempio fitwalking);

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2</p> <p>Data di emissione: MAGGIO 2024</p> <p>Revisione n. 00</p> <p>FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	---

- Indicazione ad effettuazione di calorimetria indiretta.

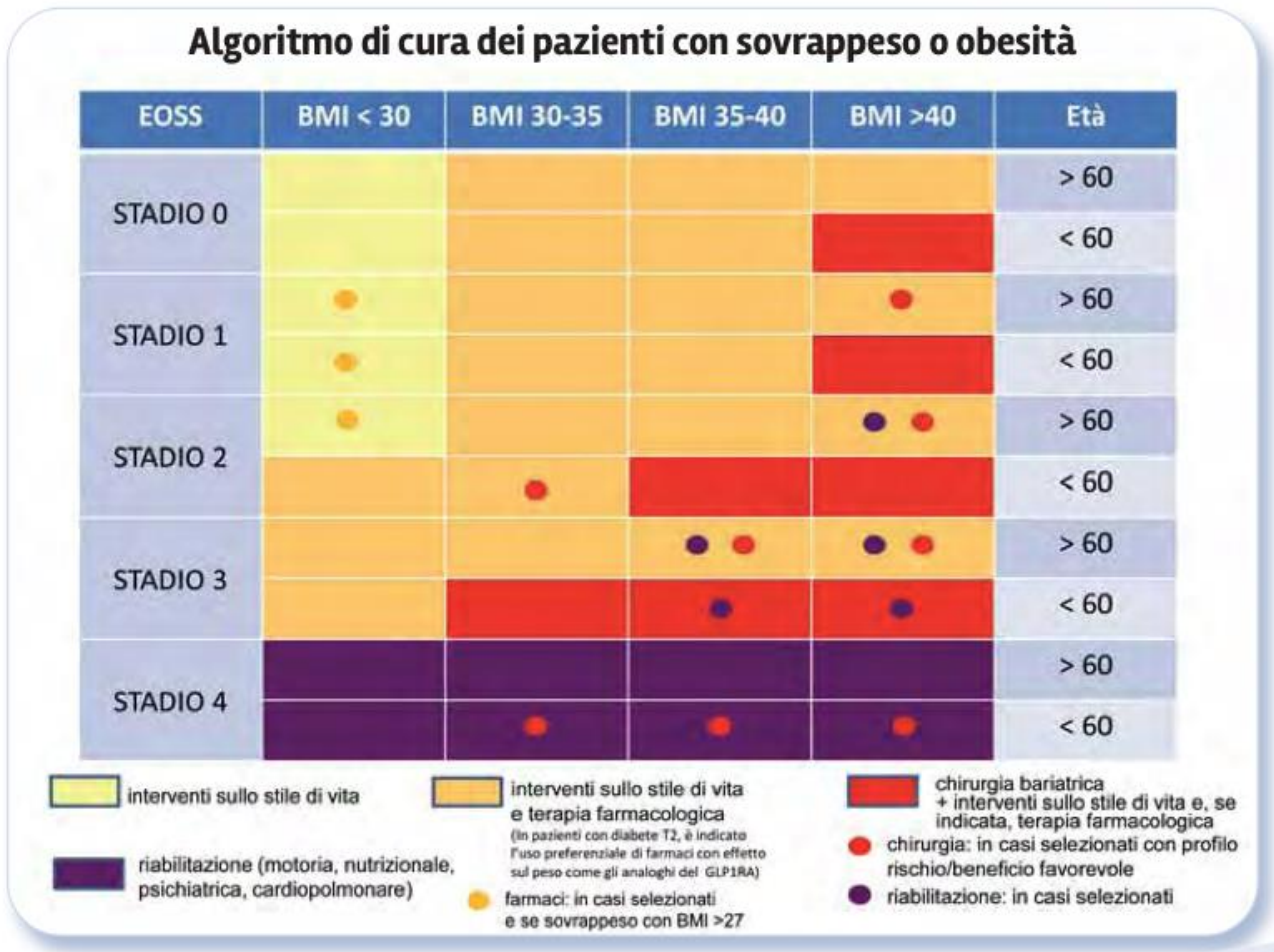




Figure 11-2 Carta dell'algoritmo di cura - Tratta da "Standard Italiani per la Cura dell'Obesità – SIO-ADI 2016/2017. Cap. Algoritmo di cura dei pazienti con sovrappeso o obesità consensus SIO – ADI Fig.1 Pag. 281

11.2.3. Terapia Dietetica

Il dietista provvederà ad effettuare:

- Anamnesi alimentare qualitativa e quantitativa attuale e pregressa, informazioni sull'attività fisica attuale (tipologia, frequenza settimanale e durata) e pregressa, consumo di alcol;
- Misurazioni antropometriche: peso, altezza, BMI, circonferenza vita, circonferenza collo;
- Somministrazione di screening per la sarcopenia (SARC-F) in caso di paziente con più di 65 anni (con eventuale approfondimento con Hand grip e BIA in caso di positività allo screening);
- Elaborazione della terapia dietetica, sulla base della prescrizione medica con contestuale educazione a corretti stili di vita.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

11.2.4. Follow-up Dietistico

Le modalità e la frequenza del follow-up sono differenziate in base alle esigenze del paziente e a seconda del tipo di percorso proposto.

La valutazione dietistica sarà eseguita con modalità individuale e/o inserimento in gruppi (10-15 pazienti) di educazione alimentare.

I pazienti saranno sottoposti a monitoraggio, eventualmente anche attraverso sistemi di telemedicina, al fine di mantenere elevata l'attenzione del paziente sul problema e sugli obiettivi prefissati, cercando di migliorare la compliance e l'empowerment del paziente.



Durante le visite di controllo verranno rivalutate le misurazioni antropometriche, le abitudini alimentari (diario o recall 24h), l'aderenza all'attività fisica e l'eventuale necessità di rivalutazione dietologica.

Se l'obiettivo ponderale è stato raggiunto (calo ponderale $\geq 10\%$ del peso iniziale in 12 mesi) il paziente potrà essere dimesso dal percorso e proseguire il follow-up presso il proprio Medico di Medicina Generale. In caso contrario, il paziente sarà inviato a rivalutazione medica al fine di considerare un percorso terapeutico alternativo.

11.2.5. Visita Dietologica di Controllo

La visita dietologica di controllo è svolta al fine di valutare gli obiettivi nutrizionali raggiunti e gli esiti delle valutazioni effettuate con follow-up di eventuali complicanze d'organo e/o comorbidità ed eventuale indicazione al termine della visita a:

- a) Rieffettuare il percorso dietoterapico con rinvio a follow-up dietistico con l'eventuale prescrizione di diete VLCD (Very Low Calorie Diet) o VLCKD (Very Low Calorie Ketogenic Diet) (par.11.2.5.1);
- b) Prescrizione di terapia farmacologica antiobesità (par.11.2.5.2);
- c) Riabilitazione metabolica-nutrizionale-psicologica-motoria in regime residenziale (par.11.2.5.3);
- d) Chirurgia bariatrica, previa valutazione psicologica ed eventuale discussione collegiale di casi complessi (par.11.3.2.1);
- e) Altre valutazioni specialistiche secondo le esigenze del singolo caso.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

11.2.5.1. VLCD e VLCKD

Le diete a bassissimo contenuto calorico (VLCD) e le diete chetogeniche (VLCKD) possono essere una strategia terapeutica efficace in pazienti selezionati ma possono essere utilizzate solo per brevi periodi e sotto stretto controllo medico. Sono utilizzate allo scopo di ottenere una maggiore perdita di peso, specie nella fase iniziale del trattamento, ma nel lungo termine questo beneficio è perso.



Si somministrano normalmente per via orale, avvalendosi frequentemente di prodotti sostitutivi in forma liquida, solida o in polvere, composti da nutrienti ad alto valore biologico (per ottenere la maggiore compliance e sicurezza dietoterapica); necessitano di supplementazioni vitaminiche e di un introito idrico di almeno 2 litri al giorno.

- La VLCD o VLED (Very Low Energy Diet) è caratterizzata da un contenuto calorico complessivo di < 800 kcal/die e un apporto glicidico > 50 g/die, con un apporto proteico di 0.8 - 1.2 g/kg peso di riferimento*;
- La VLCKD è caratterizzata da un basso contenuto calorico (600 - 800 kcal/die) con basso contenuto di carboidrati < 50 g/die e un apporto proteico di 1.2 - 1.5 g/kg peso di riferimento*. La restrizione estrema di carboidrati induce chetosi indipendentemente dalle calorie introdotte.

* Peso di riferimento nel paziente BMI<25 = peso ideale + [(peso reale-peso ideale) x 0.25]; peso ideale (sec. Lorenz): [per gli uomini] altezza in cm – 100 – (altezza in cm – 150)/4; [per le donne] altezza in cm – 100 – (altezza in cm – 150)/2.

Sono controindicazioni alle diete VLCD/VLCKD:

- Insufficienza renale (creatininemia > 1,5 mg/dl);
- Ipopotassiemia, terapia diuretica con risparmiatori di potassio (idrocortiazide, furosemide);
- Insufficienza epatica grave (epatite cronica attiva, cirrosi epatica);
- Diabete mellito di tipo I, diabete autoimmune latente negli adulti, insufficiente secrezione di peptide C nel diabete mellito di tipo 2, uso di SGLT2i;
- Gravidanza e allattamento;
- Insufficienza cardiaca, angina instabile, Blocco AV, fibrillazione atriale ed aritmie maggiori;
- Infarto o ictus nei 12 mesi precedenti;
- Disturbi psichiatrici severi;
- DNA;
- Abuso di alcool o sostanze;
- Malattie metaboliche rare (tra cui porfirie e malattie mitocondriali).

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

11.2.5.2. La Terapia Farmacologica

L'uso dei farmaci va preso in considerazione quando il paziente con obesità è resistente all'intervento sullo stile di vita (dieta e attività fisica, terapia cognitivo-comportamentale), quindi se non ha ottenuto un calo ponderale di almeno il 5% del peso iniziale dopo sei mesi di dieta e attività fisica correttamente prescritti e adottati. Deroghe sono accettate in base alla stadiazione iniziale della patologia, in presenza di comorbidità e in relazione allo stato psicologico del paziente. I farmaci sono indicati in aggiunta a una dieta ipocalorica e a un aumento dell'attività fisica per la gestione del peso corporeo in pazienti adulti con un BMI iniziale di:

- ≥ 30 kg/m², oppure
- da ≥ 27 kg/m² a < 30 kg/m², in presenza di almeno una co-morbidity correlata al peso (ad esempio ipertensione, dislipidemia, apnea ostruttiva nel sonno, malattia cardiovascolare, pre-diabete o diabete mellito di tipo 2).

Farmaci disponibili:

La somministrazione dei farmaci, a titolo indicativo Orlistat, Naltrexone/Bupropione, Liraglutide, Semaglutide, deve essere definita dal medico curante e personalizzata per ogni persona assistita in base alle specifiche condizioni cliniche.

È parte fondamentale del progetto di cura sviluppare un'alleanza terapeutica con il paziente, al fine di garantire la massima compliance. Ciò si ottiene attraverso il rendere il paziente consapevole degli effetti, anche avversi, del trattamento che sta per intraprendere.

Dovrà essere previsto inoltre un momento formativo per la preparazione e l'autosomministrazione delle penne.

Dopo circa 12 settimane di trattamento, se il paziente non ha perso almeno il 5% del proprio peso rispetto al peso iniziale, il trattamento dovrebbe essere considerato inefficace, e quindi riconsiderato. In caso invece di beneficio clinico, la terapia deve essere considerata a lungo termine (può essere preso in considerazione l'uso "a cicli").



11.2.5.3. Struttura Riabilitativa

I criteri per l'appropriatezza dei ricoveri in struttura riabilitativa sono (vd. Figure 11-2 in Par. 11.2.2):

- Stadio EOSS 2 con BMI > 40 kg/m² e età > 60 anni;
- Stadio EOSS 3 con BMI > 35 kg/m²;
- Stadio EOSS 4.

Dovrà essere definito un progetto riabilitativo da parte dall'equipe curante della durata approssimativa di 45 giorni.

In casi selezionati, di particolare complessità, ad esempio in caso di fallimento degli approcci medici non residenziali o di quelli chirurgici bariatrici, in preparazione alla chirurgia bariatrica nei

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

casi con BMI talmente elevati da rappresentare un serio rischio anestesiológico, in caso di mancata accettazione da parte del paziente della soluzione chirurgica o dopo particolari interventi di chirurgia bariatrica eventualmente richiedenti un periodo di riabilitazione metabolica-nutrizionale, si potrà valutare di ricorrere ad un programma di riabilitazione residenziale pur in assenza dei criteri sopracitati.

11.3. Percorso di Chirurgia Bariatrica

Il paziente obeso diventa candidabile al trattamento chirurgico quando ripetuti tentativi dietetico-comportamentali e/o farmacologici non siano sufficienti ad ottenere un risultato soddisfacente e duraturo.

Il medico dietologo e/o endocrinologo può attivare il percorso medico-chirurgico, finalizzato all'intervento di chirurgia bariatrica sia alla Prima Visita Dietologica (par.11.2.2) che durante qualsiasi momento del follow-up medico nutrizionale inviando il paziente a "Prima Visita Chirurgica" (par.11.3.2) previa Valutazione Psicologica ed eventualmente Psichiatrica (par.11.3.1) per la definizione dell'idoneità al percorso chirurgico-bariatrico.

In casi complessi potrà essere definito un confronto o discussione multidisciplinare per la condivisione del miglior percorso terapeutico.

La SC di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Mondovì rappresenta il Centro di chirurgia bariatrica di riferimento per i pazienti dell'ASL CN 1 e dell'ASL CN2 candidabili all'intervento chirurgico.

11.3.1. Valutazione Psicologica-Psichiatrica

L'idoneità psicologica/psichiatrica rappresenta la condizione fondamentale per proseguire l'iter verso il trattamento chirurgico.



Valutazione Psicodiagnostica

La valutazione dello stato mentale ha come obiettivi:

- Il riconoscimento di tratti di personalità, comportamenti e disturbi psicopatologici minori associati all'obesità che devono essere oggetto di attenta valutazione per la gestione del periodo post-operatorio;
- Il riconoscimento di disturbi psichiatrici maggiori (secondo DSM5 – TR) che possono rappresentare delle controindicazioni all'intervento di chirurgia bariatrica.

In particolare:

- Il Disturbo d'Ansia e/o di Depressione è considerato un indice predittivo negativo per il risultato della chirurgia bariatrica, ma non una controindicazione se associato ad un programma psichiatrico di sostegno;
- Il Disturbo Bipolare, la Schizofrenia e la Psicosi non in compenso e la Dipendenza da Alcol sono controindicazioni assolute alla chirurgia bariatrica;

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

- I pazienti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) (F50.81 ICD10) o affetti da Sindrome da Alimentazione Notturna (NES) hanno indicazione alla chirurgia bariatrica solo dopo valutazione interdisciplinare e trattamento psicoterapeutico;
- La Bulimia Nervosa (F50.2 ICD10) non in compenso è da considerarsi una controindicazione assoluta alla chirurgia bariatrica.

11.3.1.1. Valutazione Psicologica (primo livello)

Il dietologo potrà attivare una Valutazione Psicologica di primo livello, con le seguenti modalità:

- ASL CN1: tramite mail a *psicologia@aslcn1.it*
- ASL CN2: tramite mail a *psic.nutrizione@aslcn2.it*

L'email dovrà riportare i dati del paziente e la prescrizione delle seguenti prestazioni:

- n°3 Colloquio Psicologico Clinico (94.09),
- n°5 Test Proiettivi e della Personalità (94.08.3)

La prima visita di valutazione verrà fissata entro 20 giorni dal ricevimento della segnalazione con contatto da parte del professionista. Durante la valutazione psicodiagnostica verranno effettuati fino ad un massimo di tre colloqui clinici e un'indagine psicometrica.

Nell'ambito dei colloqui clinici saranno sondate le seguenti aree: anamnesi familiare, anamnesi personale, anamnesi psicopatologica, storia del peso corporeo e dei trattamenti dietetici, comportamento alimentare, motivazione, aspettative, capacità di aderire alle prescrizioni, immagine corporea e qualità della vita.

Nell'indagine psicometrica saranno utilizzati, a seconda della specificità della situazione presentata dal soggetto, alcuni dei seguenti test:



- Test di valutazione della personalità e della psicopatologia generale (DPA, MMPI-2, SCL-90R, SCID-I, SCID-II, RORSCHACH);
- Test di valutazione del comportamento alimentare (BES, EDI-3, EDI-3 SC);
- Test di valutazione della qualità della vita (SF36);
- Test di valutazione dell'area cognitiva (WAIS -IV, PM 38).

In caso di rilevazione di possibile diagnosi psichiatrica, il paziente verrà inviato a Valutazione Psichiatrica di secondo livello (par.11.3.1.2).

A conclusione della Valutazione Psicologica verrà effettuata la stesura del referto psicologico che indicherà l'idoneità o meno all'intervento e sarà consegnata entro 40 giorni dalla prima visita al paziente e al dietologo inviante.

Nel caso in cui emergano degli elementi significativi di patologia psichiatrica minore, l'idoneità all'intervento potrebbe essere subordinata agli esiti positivi di un trattamento psichiatrico/psicoterapeutico con un numero di sedute da definirsi individualmente.

In caso di non idoneità, il paziente verrà dimesso dal percorso chirurgico con la possibilità di avvalersi del supporto Psicologico/Psichiatrico e di una eventuale Visita Dietologica di Controllo

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

al fine di considerare un percorso terapeutico alternativo. I pazienti non residenti sul territorio di competenza saranno inviati, per la presa in carico Psicologica/Psichiatrica, ai servizi presenti sul territorio di residenza.

Nel post operatorio a tutti i soggetti residenti nell'ASL CN1 e nell'ASL CN2 verrà offerta la possibilità di una presa in carico, soprattutto per la gestione degli aspetti psichici correlati alla modificazione dell'immagine corporea indotta dall'intervento bariatrico. Nel caso di residenza in altre AA.SS.LL., i pazienti potranno essere inviati ai servizi del territorio di residenza.

In assenza di idonea esenzione il paziente sarà tenuto a pagare il ticket.

11.3.1.2. Visita Psichiatrica (secondo livello)

Se, in seguito alla Valutazione Psicologica, emergesse la necessità di Valutazione Psichiatrica, la stessa potrà essere attivata attraverso l'impegnativa "Prima Visita Psichiatrica 89.7" con le seguenti modalità:

- ASL CN1: tramite mail a csm.mondovi@aslcn1.it all'infermiera del CSM di Mondovì incaricata che provvederà ad inoltrare la richiesta allo psichiatra del territorio di riferimento
- ASL CN2: tramite mail a psic.nutrizione@aslcn2.it

Il paziente sarà successivamente contattato per il primo appuntamento.

Seguirà Valutazione Psichiatrica finalizzata a individuare eventuali disturbi psichiatrici maggiori secondo DSM5 – TR che possano rendere non raccomandato l'intervento chirurgico. La valutazione verrà trasmessa al paziente e al medico inviante.



I pazienti residenti in ASL CN1 saranno valutati nella sede (Cuneo, Mondovì, Savigliano) di competenza territoriale. I pazienti residenti in ASL CN2 saranno valutati presso le sedi di ASL CN2. I pazienti non residenti nell'ASL CN1 o nell'ASL CN2 saranno valutati nella sede più vicina al luogo di residenza.

In assenza di idonea esenzione il paziente sarà tenuto a pagare il ticket.

11.3.2. Prima Visita Chirurgica

Il chirurgo, durante la prima visita, esegue una valutazione del paziente e degli accertamenti eseguiti, illustra le possibili opzioni chirurgiche e fornisce o meno l'indicazione a proseguire l'iter per l'intervento bariatrico valutando la presenza delle indicazioni e controindicazioni all'intervento.

Qualora il chirurgo, al termine della visita, ritenesse il paziente un potenziale candidato alla chirurgia provvederà al suo inserimento in lista d'attesa per l'intervento bariatrico.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

Indicazioni secondo Linee Guida:

- Obesità di III grado (BMI \geq 40 kg/m²);
- Obesità di II grado (BMI compreso tra 35 e 39.9 kg/m²), in presenza di comorbidità associate (diabete mellito, cardiopatia ischemica, OSAS, artropatia da carico);
- Obesità di I grado (BMI compreso tra 30 e 34.9 kg/m²) in presenza di una o più comorbidità (diabete mellito, ipertensione arteriosa, dislipidemia, OSAS) non controllate dalla terapia medica;
- Obesità di durata superiore a cinque anni;
- Dimostrato fallimento di precedenti tentativi di perdere peso e/o di mantenere la perdita di peso con tecniche non chirurgiche (può essere non strettamente necessaria in pazienti con BMI estremamente elevato > 50 kg/m²);
- Piena disponibilità ad un prolungato follow-up post operatorio.

Controindicazioni:



- Patologie endocrinologiche responsabili di obesità secondaria;
- Controindicazioni psichiatriche certificate all'intervento;
- Alcolismo o altra dipendenza attiva da sostanze (incluso tabagismo);
- Diagnosi di patologia con ridotta aspettativa di vita;
- Inabilità da parte del paziente a prendersi cura di sé stesso e assenza di adeguato supporto familiare o sociale;
- Incapacità a partecipare ad un prolungato follow-up.

11.3.2.1. Interventi di Chirurgia Bariatrica

Gli interventi di chirurgia metabolico-bariatrica sono classificati in relazione al meccanismo di azione che può essere di tipo restrittivo, restrittivo e funzionale, malassorbitivo. La Sleeve Gastrectomy e il By-Pass Gastrico sono, ad oggi, le procedure maggiormente eseguite e hanno una azione sia restrittiva sia funzionale.

1) Sleeve Gastrectomy

La Sleeve Gastrectomy (SG, gastroresezione a manica) è l'intervento attualmente più diffuso al mondo e consiste nella asportazione di circa 4/5 dello stomaco tramite suturatrici meccaniche che sezionano il viscere realizzando un tubulo gastrico di circa 60 cc di volume, calibrato su una sonda (il cui diametro non è standardizzato) introdotta per via orale. Dopo tale procedura e durante l'alimentazione il cibo entra nel tubulo gastrico e lo riempie determinando una limitazione meccanica alla ulteriore introduzione di cibo, associando un senso di sazietà.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

È in grado di indurre una perdita media dell'eccesso ponderale iniziale del 50-60 % di riduzione sul sovrappeso iniziale. Il meccanismo funzionale attribuito a tale procedura deriva dalla dimostrazione in alcuni studi del fatto che la porzione di stomaco asportata, il fondo gastrico soprattutto, è responsabile della produzione di grelina, un ormone responsabile del senso della fame. La riduzione dei livelli di questo ormone determina un calo dell'appetito.

Il rischio principale consiste nella creazione di fistole lungo la sutura gastrica che possono determinare cure prolungate. Le principali complicanze post-operatorie specifiche sono rappresentate da dilatazione dello stomaco residuo, complicanze meccaniche (in particolare stenosi) e reflusso gastro-esofageo. Nei casi di insuccesso o complicanze è possibile sia l'esecuzione di un intervento di revisione mediante Re-SG (ad esempio in caso di dilatazione gastrica), sia la conversione a By-Pass Gastrico.

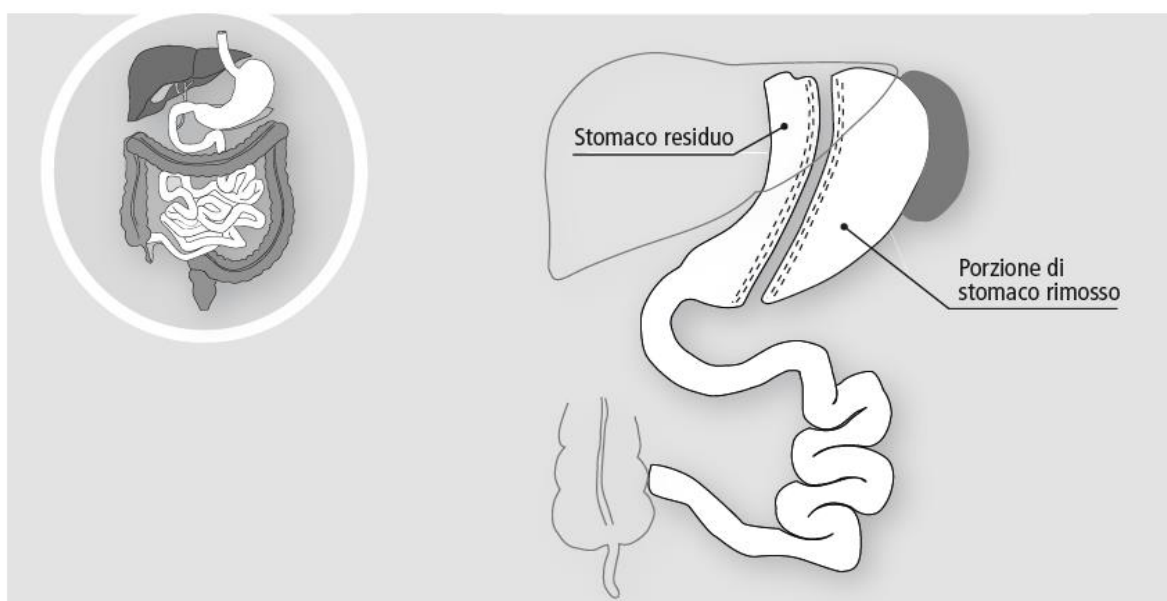




Figure 11-3 Tratto da: "Linee guida di chirurgia dell'obesità - SICOB". Edizione 2016. Cap 5. Pag. 49 fig. 2

2) By-pass Gastrico

Il By-pass Gastrico (GBP) è il secondo intervento in ordine di frequenza. Lo stomaco non viene asportato ma diviso con una suturatrice meccanica in modo da creare nella parte superiore una "neo-tasca", alla quale viene anastomizzata un'ansa digiunale ("ansa alimentare"). Quest'ultima è raggiunta dalla secrezione bilio-pancreatica (drenata dalla "ansa bilio-pancreatica") per mezzo di un'ulteriore anastomosi confezionata più a valle. La lunghezza delle due anse non è standardizzata.

Può indurre un calo ponderale medio del 55-65 % sul sovrappeso iniziale. L'azione restrittiva è garantita dalla creazione della neo-tasca gastrica che è in grado di contenere solo una limitata quantità di cibo, mentre il meccanismo funzionale risiede

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

nell'arruolamento di alcuni ormoni gastro-intestinali (grelina e PYY) che contribuiscono alla riduzione dell'appetito e all'aumento della sazietà. Può partecipare al calo ponderale anche la presenza di una dumping syndrome a seguito dell'assunzione di bevande e/o alimenti dolci.

A tale intervento è attribuita anche una componente malassorbitiva per alcuni micronutrienti (calcio, ferro, vitamina B12), in funzione della lunghezza dell'ansa alimentare e biliare, le cui ricadute però sono meno importanti, soprattutto se confrontate a distanza di tempo, rispetto ad altri interventi malassorbitivi "puri". Rispetto all'intervento di SG è gravato dalla necessità di supplementazione vitaminica-minerale a distanza adeguata alle necessità del paziente onde evitare carenze. Conduce a ottimi risultati in termine di guarigione sul diabete mellito di tipo 2 ed è pertanto indicato nei pazienti che presentano patologia diabetica severa o nei casi di fallimenti di precedente chirurgia bariatrica.

Le principali complicanze post-operatorie comprendono la creazione di fistole anastomotiche, stenosi anastomotica, ulcera anastomotica, ernie interne, dilatazione della pouch gastrica e/o dell'anastomosi gastro-digiunale. Le possibili complicanze nutrizionali sono rappresentate da anemia multifattoriale (più frequentemente microcitica sideropenica) e da osteoporosi/osteomalacia.

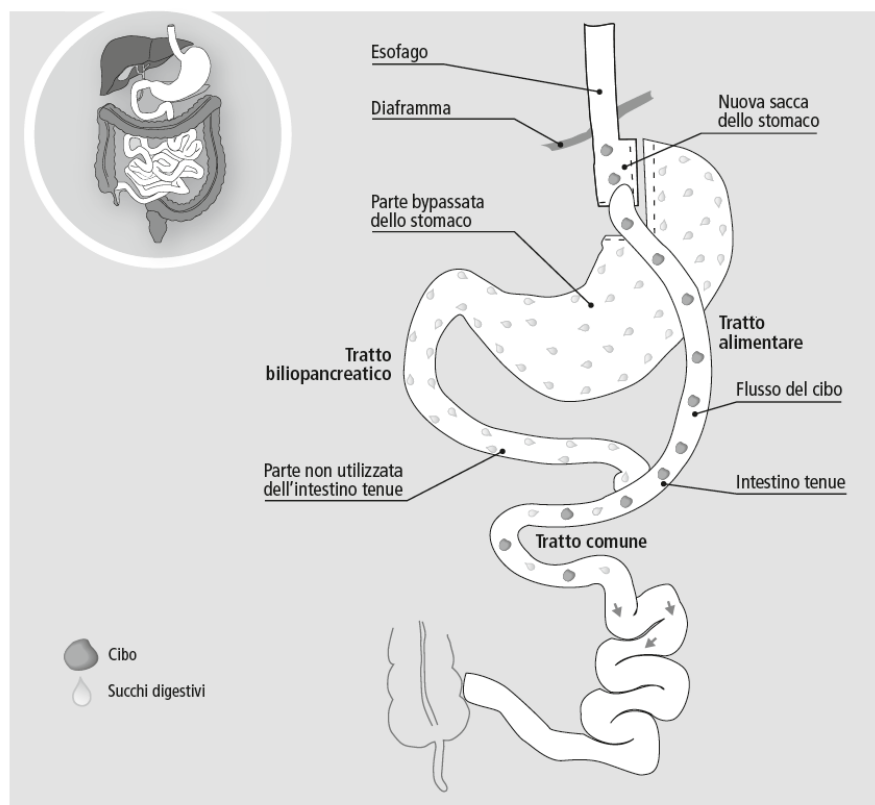




Figure 11-4 Tratto da: "Linee guida di chirurgia dell'obesità - SICOB". Edizione 2016. Cap 5. Pag. 50 fig. 3

 <p>A.S.L. CN1</p>	 <p>A.S.L. CN2 Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra</p>	<p>Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p>PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p>Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	---	--	--

11.3.3. Fase Pre-Ricovero

11.3.3.1. Valutazioni Pre-Intervento

Il percorso diagnostico clinico-strumentale pre-intervento prescritto dal chirurgo verrà svolto in regime di pre-ricovero presso ASLCN1 Ospedale di Mondovì. Il paziente, dopo essere stato inserito nella lista d'attesa per l'intervento bariatrico, verrà contattato telefonicamente dall'infermiere incaricato che comunicherà la data del pre-ricovero e darà le informazioni relative agli orari e alle visite specialistiche che verranno effettuate in regime di Day Service.

11.3.3.2. Day Service

Fase I

Lo scopo del primo colloquio è quello di presentazione del servizio e del personale coinvolto nella presa in carico del paziente nel percorso pre-operatorio.



L'infermiere:

- Raccoglie i dati inerenti agli esami ematochimici e alle visite specialistiche già effettuati;
- Individua eventuali comorbidità presenti;
- Comunica al paziente l'indirizzo e-mail del servizio per l'invio della documentazione;
- Richiede, in collaborazione con il chirurgo bariatrico, le consulenze mancanti tramite ricetta elettronica dematerializzata (DEM):
 - o Terapia Dietetica Pre-Intervento (par.11.3.4);
 - o Eventuale Valutazione Dietologica (par.11.3.4.1) in caso di necessità di rivalutazione medica pre-operatoria o nei pazienti non provenienti dal percorso medico-dietistico che non hanno effettuato la Prima Visita Dietologica (par.11.2.2);
 - o Eventuale Valutazione Psicologica se non ancora effettuata (par.11.3.1).

Fase II

Ottenuta l'idoneità psicologica/psichiatrica, l'infermiere provvede alla prenotazione di:

- Rx-transito
- Eco addome superiore
- Rx torace
- EGDS
- Monitoraggio Cardio-Respiratorio del Sonno (par.0)
- Test desametasone 1 mg se non disponibile

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA^{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

Fase III

Quando il paziente ha effettuato quanto indicato nella Fase I e nella Fase II, l'infermiere procede alla prenotazione di:

- Esami Ematochimici
- Visita Cardiologica ed ECG basale a 12 derivazioni (par.0)
- Visita Anestesiologica (par.11.3.4.3)
- Seconda Visita Chirurgica (par.11.3.4.4)

Fase IV

Counseling infermieristico con consegna del libretto informativo.

Informativa su aspetti endocrino-ginecologici pre e post-chirurgici: le donne in età fertile candidate a chirurgia bariatrica devono essere informate che sarebbe indicato evitare la gravidanza dal periodo pre-operatorio fino ai 12-18 mesi successivi all'intervento.

11.3.4. Terapia Dietetica Pre-Intervento



Almeno un mese prima dell'intervento chirurgico il dietista esegue:

- Rivalutazione antropometrica;
- Rivalutazione delle abitudini alimentari (diario o recall 24h);
- Valutazione della necessità di rivalutazione medica pre-operatoria (par.11.3.4.1);
- Informazione e educazione per alimentazione post-chirurgia bariatrica;
- Eventuale avvio di una dieta VLCD o VLCKD, se non precedentemente eseguite, al fine di ottenere un calo ponderale per ridurre l'incidenza di complicanze peri-procedurali (par.11.2.5.1).

11.3.4.1. Valutazione Dietologica

Nei pazienti non provenienti dal percorso medico-dietistico si rimanda al capitolo "Prima Visita Dietologica" (par.11.2.2). In questa occasione, oltre all'inquadramento clinico-metabolico, verrà valutato il precedente percorso nutrizionale e comportamentale.

Sarà cura del medico definire, al termine della visita, l'eventuale adozione di una nuova strategia nutrizionale della durata massima di tre mesi in previsione di un calo ponderale pre-intervento.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

11.3.4.2. Valutazione Cardiologica

In considerazione dell'elevato rischio cardio-metabolico del paziente candidato a chirurgia bariatrica è essenziale una valutazione cardiologica e l'esecuzione di un ECG basale a 12 derivazioni prima della procedura chirurgica.

Un test di Induzione di Ischemia, laddove indicato, potrà essere effettuato attraverso la scintigrafia Miocardica da Stress Farmacologico ed a Riposo, considerata la difficoltà ad eseguire il Test Ergometrico Massimale oppure la scarsa affidabilità della finestra Ecocardiografica (che verrà comunque verificata su ogni paziente). Nel caso si ritenga necessaria un imaging anatomico, verrà richiesta una Coro-TAC con mezzo di contrasto, al fine di fornire un'adeguata descrizione dell'albero coronarico. L'indagine coronarografica andrà riservata solo ai casi clinicamente dubbi o quando il sospetto diagnostico di una coronaropatia sia molto elevato.

11.3.4.3. Valutazione Anestesiologica-Rianimatoria

Il fine della valutazione anestesiologica è l'ottimizzazione pre-operatoria di tutti i fattori di rischio modificabili per ridurre il rischio anestesiologico, in particolare sul versante cardiovascolare, respiratorio e metabolico.

Durante la visita, verrà effettuata dall'anestesista e dall'infermiera la valutazione del patrimonio venoso, dei fattori predittivi di intubazione oro-tracheale difficoltosa e dello Score di APFEL per stratificare il rischio di nausea e vomito post-operatorio. Tali informazioni verranno riportate in cartella anestesiologica.



Variabili specifiche predittive di difficile gestione delle vie aeree:

- Circonferenza del collo (uomini > 43 cm, donne > 41 cm);
- Tipo di obesità (WHR uomini > 0.9, donne > 0.8);
- BMI > 50 kg/m²;
- STOP-BANG > 5.

È possibile individuare pazienti ad alto rischio attraverso lo score OS-MRS (Obesity Surgery Mortality Score), validato per interventi di by pass gastrico, che tiene conto di cinque fattori:

- Ipertensione
- Età > 45 anni
- Sesso maschile
- BMI ≥ 50 kg/m²
- Fattori di rischio per embolia polmonare (tromboembolia pregressa, portatore di filtro cavale, ipoventilazione, ipertensione polmonare)

Ad ogni item viene assegnato un punto: sono considerati pazienti ad alto rischio quelli con score > 3.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

I pazienti classificati in stadio EOSS >2 sono altresì a rischio aumentato di complicanze peri-operatorie.

In assenza di uno score specifico e validato di rischio anestesiologicalo per il paziente candidato a chirurgia bariatrica, l'indicazione ad un ricovero post operatorio programmato in Terapia Intensiva rimane una decisione collegiale multidisciplinare volta a ridurre il rischio di complicanze nell'immediato post operatorio.

Al termine della valutazione anestesiologicala, al paziente viene data indicazione alla sospensione dei seguenti farmaci:

- 24 ore pre-intervento: ACE-inibitori, sartani, SGLT2-i e metformina.
- La mattina dell'intervento: insulina rapida ed ipoglicemizzanti orali.
- Anticoagulanti/antiaggreganti secondo la procedura aziendale ASLCN1 PSDSP010
Gestione delle terapie anticoagulanti e/o antiaggreganti in prossimità di intervento chirurgico o procedura medica invasiva elettiva.

L'assunzione del beta-bloccante è raccomandata anche la mattina stessa dell'intervento.

Il paziente deve essere invitato ad interrompere il consumo di tabacco almeno 4 settimane prima dell'intervento ed a radere la barba per ottimizzare la tenuta della maschera facciale.

Monitoraggio Cardio-Respiratorio del Sonno

Il monitoraggio cardio-respiratorio del sonno è eseguito presso l'Ambulatorio di Neurofisiologia di Mondovì e presso l'Ospedale di Verduno. I monitoraggi eseguiti presso il PO di Verduno verranno inviati per refertazione all'Ambulatorio dedicato ASLCN1 di Mondovì.



Prima dell'esecuzione dell'esame strumentale verrà somministrato al paziente il questionario Epworth Sleepiness Scale (ESS) per la misurazione della sonnolenza diurna.

L'esecuzione del monitoraggio cardio-respiratorio del sonno permette la misurazione dell'indice di apnea ed ipopnea per ora (AHI).

5 < AHI < 15	Disturbo di tipo lieve
15 < AHI < 30	Disturbo di tipo moderato
AHI > 30	Disturbo di tipo severo

Le indicazioni alla ventilazione non invasiva mediante CPAP domiciliare sono le seguenti:

- Disturbo di grado moderato ma con presenza di comorbidità cardiovascolare severa e/o segni neurologici associati (ad esempio sonnolenza diurna con ESS ≥ 10);
- AHI ≥ 30.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

La CPAP va iniziata almeno 10 giorni prima dell'intervento (il paziente deve essere in grado di utilizzarla almeno per 5 ore consecutive di sonno).

Dopo un training di almeno 10 giorni il paziente può essere messo in lista operatoria. Occorre ricordare al paziente di portare il dispositivo personale per l'esecuzione della CPAP all'atto del ricovero.

11.3.4.4. Seconda Visita Chirurgica

Il chirurgo:

- Prende visione degli esiti degli accertamenti e delle consulenze multispecialistiche;
- Conferma l'indicazione all'intervento chirurgico, definisce la tipologia di intervento bariatrico e illustra il consenso informato.

In caso di non indicazione al trattamento chirurgico sarà valutata l'indicazione ad ulteriori consulenze specialistiche con successiva rivalutazione oppure dimissione del paziente dal percorso chirurgico e valutazione di un'ulteriore Visita Dietologica di Controllo al fine di considerare un percorso terapeutico alternativo o, in caso di mancata idoneità psicologica/psichiatrica, possibilità di presa in carico dal servizio.

11.3.5. Ricovero e Fase Peri-Operatoria



Il paziente verrà ricoverato presso il reparto Long Surgery, nella stanza dedicata, il giorno precedente o il giorno stesso dell'intervento chirurgico a seconda della sua complessità clinica e preparato come da routine.

Al paziente candidato ad intervento di chirurgia bariatrica in elezione non è necessario somministrare alcuna premedicazione. Tuttavia, nella valutazione pre-intervento, è auspicabile verificare la corretta sospensione della terapia farmacologica come indicato in cartella anestesiologicala ed il rispetto delle tempistiche di digiuno pre-intervento (par.11.3.5.1).

Nei pazienti diabetici occorre misurare la glicemia ed allegare il valore in cartella anestesiologicala. Occorre inoltre allertare l'anestesista, qualora venissero riscontrati valori pressori superiori a 180/110 mmHg o se presente temperatura corporea (TC) > 37.5°C.

11.3.5.1. Enhanced Recovery in Bariatric Surgery

Il protocollo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) rappresenta un approccio multidisciplinare progettato per ottimizzare i risultati post-operatori e accelerare il recupero del paziente attraverso l'ottimizzazione del percorso peri-operatorio. La letteratura ha dimostrato la valenza dell'utilizzo del protocollo ERAS anche nella chirurgia bariatrica (ERABS), con l'obiettivo di migliorare l'esito, ridurre il rischio di complicanze, migliorare la gestione del dolore, abbreviare la durata della degenza ospedaliera, promuovere un ritorno precoce alle normali attività e raggiungere migliori risultati a lungo termine.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

Questo approccio prevede la standardizzazione delle pratiche cliniche, l'ottimizzazione della nutrizione pre e post operatoria, la gestione adeguata del dolore, la minimizzazione dell'uso di tubi e cateteri, nonché l'educazione del paziente e il coinvolgimento attivo nella gestione del proprio recupero.

L'ERABS comprende una serie di fasi che possono essere distinte in misure pre-operatorie (che prevedono l'ottimale preparazione del paziente indicando un calo ponderale pre-operatorio, eventuali correzioni e supplementazioni alimentari, un aumento dell'attività fisica, in particolare aerobica); intra-operatorie (che prevedono l'applicazione di tecniche chirurgiche e anestesologiche mirate a ridurre lo stress fisico) e post-operatorie (che prevedono la gestione attiva del dolore, la ripresa precoce dell'alimentazione e della mobilizzazione e il follow-up a lungo termine per monitorare il progresso del paziente).

Percorso nutrizionale ERABS:

- Non necessaria preparazione intestinale, né diete differenti da quella in corso;
- Ridotto digiuno pre-operatorio: è raccomandata l'assunzione di liquidi chiari e cibi solidi rispettivamente fino a 2 ore e 6 ore prima dell'induzione dell'anestesia.
- Precoce rialimentazione post-operatoria: appena raggiunto un adeguato livello di coscienza, e comunque entro 24 h dall'intervento stesso, in assenza di controindicazioni o intolleranza, i pazienti possono sorseggiare liquidi chiari.



Un digiuno pre e post-operatorio assoluto e/o prolungato va evitato a causa del notevole impatto fisico e psicologico sui pazienti.

11.3.5.2. Percorso Anestesiologico/Rianimatorio

In sala operatoria il paziente va posizionato su letto operatorio idoneo, certificato per gravi obesi, ponendo particolare attenzione ai punti di pressione. Il posizionamento di idoneo supporto dorsale (se possibile con presidio specifico) con estensione del capo e leggero anti-trendelenburg ("*ramped position*"), facilita la manovra di intubazione.

A titolo approssimativo può essere utile verificare l'allineamento di condotto uditivo e giugulo. La presenza di presidi per intubazione tracheale difficile deve essere sempre presente e disponibile all'uso immediato.

In accordo con il protocollo ERABS, il monitoraggio di base da applicare al paziente è composto da: ECG, saturimetro, misurazione pressoria non invasiva (da verificare corretta lunghezza del bracciale), NMT (monitoraggio neuro-muscolare per valutare il grado di curarizzazione), BIS (indice bispettrale, per valutare la profondità della narcosi). Se disponibile è consigliato l'utilizzo di un monitoraggio emodinamico non invasivo per la valutazione di parametri emodinamici dinamici (Stroke Volume Variation, Cardiac Index ecc.) e della pressione arteriosa in continuo.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

Fondamentale una corretta pre-ossigenazione con FiO₂ 100% per almeno 5 minuti poiché il paziente obeso presenta minore capacità funzionale residua a causa della compressione estrinseca determinata dal grasso corporeo con conseguente rapida desaturazione alla perdita del respiro spontaneo. Da considerare se tollerata l'applicazione di PEEP mediante maschera facciale per migliorare il reclutamento alveolare. Le tecniche di pre-ossigenazione possono essere: THRIVE, nCPAP, NPPV.

L'induzione dell'anestesia generale deve tenere presente la diversa farmacocinetica ed il volume di distribuzione che presenta il paziente grande obeso, evitando eccessiva somministrazione di farmaci che accumulandosi potrebbero andare ad inficiare il post-operatorio. In accordo con ERABS vanno evitate benzodiazepine e va limitato l'utilizzo di oppiacei, favorendo quelli a breve durata d'azione (es. remifentanyl). Se non contrindicazioni somministrare a tutti i pazienti desametasone 8 mg per ridurre il rischio di nausea e vomito post-operatorie (PONV).

Il grande obeso presenta più frequentemente problematiche di ventilazione. Da considerare in caso di difficoltà la ventilazione a quattro mani, l'inserimento di cannula di Guedel o l'utilizzo di maschera laringea. In caso venga scelto il rocuronio come curaro per l'intubazione (utilizzo raccomandato), verificare la presenza nel blocco operatorio di antagonista specifico a dosaggio adeguato (sugammadex 16 mg/kg).

Parametri ventilatori:



- Tidal Volume 6-8 ml/kg di IBW
- PEEP tra 5 -10 cmH₂O
- Peak pressure <30 cmH₂O se possibile, ma in pazienti con obesità severa sono accettabili valori superiori (anche tra 36-40 cmH₂O).

Qualora si verifichi una desaturazione significativa durante l'intervento, l'anestesista dovrà valutare l'opportunità di eseguire manovre di reclutamento alveolare.

La pressione addominale sulla vena cava inferiore determinata dal grasso corporeo e la posizione declive possono provocare un impatto emodinamico maggiore rispetto al normopeso, soprattutto nel paziente con ipovolemia relativa. Pertanto va verificata la presenza di vasopressori disponibili per un pronto utilizzo.

Nell'intra-operatorio in accordo con ERABS occorre mantenere un'adeguata volemia ed in particolare evitare l'eccessiva somministrazione di fluidi. Una PAM target > 65 mmHg nel paziente senza comorbidità cardiovascolari è considerata gold-standard e riduce il rischio di complicanze renali e cardiovascolari rispetto a valori inferiori. Il gas anestetico deve essere mantenuto ad una MAC più bassa possibile compatibilmente con il mantenimento dei valori di monitoraggio bi-spettrale tra i 40 ed i 60. Se viene utilizzato oppioide intra-operatorio è consigliabile remifentanyl per la rapida cinetica. Durante la fase di sutura occorre aumentare PAM > 75 mmHg per favorire una corretta emostasi e ridurre il rischio di sanguinamento post-operatorio.

A seconda dello Score di APFEL prendere in considerazione secondo farmaco anti-emetico (es. metoclopramide 10mg, ondasetron 4mg o alizapride 50mg).

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA^{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

A fine intervento è fondamentale attuare una corretta decurarizzazione, dosando accuratamente il farmaco reversal a seconda del grado di curarizzazione secondo NMT. Per estubare il paziente occorre un TOF ratio > 90%; per la dimissione > 100%. Il monitoraggio certifica una corretta decurarizzazione e permette di evitare complicanze potenzialmente fatali come la curarizzazione post-operatoria.

Calcolo della dose dei farmaci in base al peso corporeo magro (LBW circa 90 kg negli uomini, circa 70 kg nelle donne):

- Dexdetomidina,
- Fentanyl,
- Morfina,
- Paracetamolo,
- Propofol bolo,
- Remifentanyl,
- Rocuronio,
- Sufentanyl

Calcolo della dose dei farmaci in base al peso corporeo aggiustato (ABW = peso corporeo ideale + 40% del peso corporeo in eccesso):

- Antibiotici
- Eparina a basso peso molecolare
- Propofol infusione

Calcolo della dose dei farmaci in base al peso corporeo totale (TBW):

- Sugammadex
- Succinilcolina
- Tiopentale



Analgesia intra e post-operatoria

Il corretto controllo del dolore migliora la soddisfazione del paziente e riduce le complicanze post-operatorie. La terapia antalgica deve includere una somministrazione farmacologica ad orario fisso di base ed una terapia rescue che il paziente può richiedere in caso di dolore residuo.

In assenza di controindicazioni specifiche (allergie, insufficienze d'organo ecc.) è consigliato:

- Paracetamolo: 1g circa 60 minuti prima del risveglio, poi ogni 8 ore;
- Ketorolac: 30mg circa 30 minuti prima del risveglio, poi ogni 8 ore (da proseguire al massimo per 24ore post-intervento)

Appena possibile dal punto di vista chirurgico, ed a seconda della tolleranza del paziente, occorre favorire la somministrazione di analgesici per via orale. Viene inoltre consigliata l'infiltrazione con

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

anestetici locali nei siti di ingresso dei trocar e nebulizzazione peritoneale. Da valutare in sede intra-operatoria l'utilizzo di ketamina, lidocaina e clonidina endovenosa.

Gli oppiacei vanno lasciati per terapia rescue; in particolare si consiglia utilizzo di buprenorfina 0,2 mg sub-linguale da somministrare massimo ogni 8 ore.

Come terapia rescue per la nausea è indicato ondasetron 4mg massimo ogni 12 ore se non utilizzata in sala operatoria.



Risveglio/Estubazione/Dimissione dal Blocco Operatorio - Recovery Room

- La decisione relativa alla necessità di ricovero nel post-operatorio in Terapia Intensiva o in reparto dipende non soltanto dalla valutazione collegiale pre-operatoria ma anche da una rivalutazione al risveglio.

- Il paziente può essere dimesso in reparto nel caso in cui sussistano le seguenti condizioni:
 - Stabilità cardiocircolatoria
 - Assenza di significative complicanze intra-operatorie
 - Non evidenti eventi respiratori avversi durante l'osservazione presso il blocco operatorio,
 - Non alterazioni alla Scala ODAS
 - ALDRETE Score > 8 (senza voci con punteggio 0),
 - TOF Ratio > 100 %.

- Deve essere invece considerato un risveglio protetto in Terapia Intensiva nei seguenti casi:
 - Eccessiva durata dell'intervento,
 - Cospicui sanguinamenti intra-operatori,
 - Instabilità emodinamica,
 - Risveglio Ritardato,
 - Ipercapnia Grave,
 - Ventilazione inadeguata,
 - Complicanze maggiori intra-operatorie,
 - Sospetto o certezza di una lesione delle vie aeree.

- Misure Post-Operatorie
 - Ossigenoterapia personalizzata
 - Terapia antalgica personalizzata multimodale con monitoraggio del dolore (Scala VAS a riposo ed in movimento),

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

- Valutazione dello stato di sedazione (Scala ODAS),
- Precoce mobilitazione,
- Profilassi antitrombotica¹,
- È consigliata l'adozione di un programma di esercizio fisico personalizzato,
- È consigliata l'esecuzione di drenaggio linfatico manuale o meccanico degli arti inferiori nel periodo post-operatorio.

¹ Le caratteristiche intrinseche del paziente affetto da obesità, soprattutto centrale, lo rendono ad alto rischio di tromboembolismo venoso (TEV).

Il rischio è accentuato in presenza dei seguenti fattori:

- BMI > 50 kg/m²,
- Pregresso TEV,
- Presenza di trombofilia,
- Ipertensione polmonare,
- Insufficienza venosa cronica,
- Chirurgia open,
- Durata dell'intervento > 3 ore.



Soprattutto in questi casi va valutata la prosecuzione della profilassi con eparina a basso peso molecolare fino a sei settimane post intervento (il tempo medio di sviluppo di TEV è attorno ai 21-28 giorni post-operatori).

Ad oggi, mancano indicazioni precise validate per il dosaggio di eparina a basso peso molecolare nella profilassi del paziente obeso e candidato alla chirurgia bariatrica. Generalmente si segue il seguente schema:

BMI ≤ 50 kg/m²: enoxaparina 4000 UI (40 mg) ogni 12 ore

BMI > 50 kg/m²: enoxaparina 6000 UI (60 mg) ogni 12 ore

Soprattutto nei pazienti con peso superiore a 150 kg, bisognerebbe considerare il dosaggio dei livelli sierici di anti-Xa come guida a una corretta profilassi antitrombotica.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

11.3.6. Fase Post-Operatoria

11.3.6.1. Reparto di Degenza

Al termine dell'intervento il paziente verrà accompagnato presso il reparto di degenza ordinaria qualora non vi fosse indicazione al periodo di osservazione in Terapia Intensiva. La degenza ospedaliera varia a seconda del tipo di intervento chirurgico.

Il paziente viene incentivato a mobilizzarsi nell'immediato post-intervento. In assenza di sintomi e segni clinici di allarme (febbre, tachicardia, dolore addominale, vomito), inizia un'alimentazione con dieta liquida in prima giornata post-operatoria (entro 24 ore dalla chirurgia) e viene dimesso in II giornata post-operatoria qualora sussistano i seguenti criteri di dimissibilità:

Parametri vitali nella norma:

- FC <90 bpm,
- TC <37.6°C,
- FR <20 atti/minuto

Adeguatezza del dolore mediante farmaci analgesici orali non oppioidi;

Adeguatezza introito idrico (1000-1500 ml di liquidi chiari nelle 24 ore per os) e alimentazione ben tollerata;

Mobilizzazione autonoma;



Non evidenza di segni di complicanze post-operatorie.

11.3.6.2. Aspetti farmacologici

Al paziente dovranno essere prescritti:

- Un supplemento oligo-vitaminico specifico per tipologia di intervento bariatrico, da assumere per almeno 6-12 mesi dopo interventi restrittivi e ad vitam dopo interventi malassorbitivi;
- Un integratore proteico, necessario nei primi mesi post-operatori, per garantire la preservazione della massa magra durante il calo ponderale;
- Acido ursodesossicolico indicato nel post-operatorio per ridurre il rischio di calcolosi della colecisti ed interventi di colecistectomia.

I potenziali effetti e le conseguenze che qualsiasi procedura bariatrica può avere sull'assorbimento e sull'azione dei farmaci devono essere attentamente considerati prima dell'intervento chirurgico, in particolare per i farmaci per i quali le variazioni dei livelli ematici

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

possono avere effetti critici sulle condizioni del paziente o causare eventi avversi significativi. Dopo l'intervento chirurgico, i livelli plasmatici dei farmaci devono essere controllati più frequentemente per quei farmaci che richiedono un controllo periodico dei livelli plasmatici.

Inoltre,



- I farmaci antinfiammatori non steroidei dovrebbero essere evitati dopo procedure bariatriche. Se il loro utilizzo è inevitabile può essere preso in considerazione l'uso di inibitori della pompa protonica;
- Durante il calo ponderale attivo deve essere rivalutata periodicamente la posologia dei farmaci ipoglicemizzanti, ipolipemizzanti e antipertensivi. Al momento della dimissione sarà opportuno educare il paziente ad effettuare un frequente autocontrollo glicemico ed una riduzione posologica sino alla sospensione, previo parere medico, della terapia ipoglicemizzante specie in caso di valori glicemici ridotti inferiori a 80 mg/dl, al fine di ridurre il rischio di ipoglicemie iatrogene. In caso di persistenza o recidiva di dislipidemie e/o ipertensione arteriosa e/o diabete mellito, il paziente deve essere trattato insieme allo specialista di riferimento;
- Nei pazienti in terapia sostitutiva o integrativa con levotiroxina i livelli di TSH devono essere monitorati, poiché la posologia può diminuire (per effetto del calo ponderale) o aumentare (per effetto del malassorbimento);
- I contraccettivi orali dovrebbero essere sostituiti con contraccettivi non orali dopo GBP e diversione bilio-pancreatica.

11.3.6.3. Terapia Dietetica Post-operatoria

Prima della dimissione il paziente riceverà le indicazioni dietetiche da proseguire al domicilio per il primo mese post-operatorio e tutte le informazioni comportamentali igieniche e medico-farmacologiche necessarie.

Per tutti gli interventi le indicazioni comprendono:

- Dieta semiliquida dalla II giornata post-operatoria per circa 30 giorni;
- Corretta gestione alimentare del primo mese:
 - Distribuzione dei pasti (3 pasti principali ed almeno 2-3 spuntini/die),
 - Massimo volume iniziale del pasto di 150-200 ml,
 - Adeguata idratazione: almeno 1.5 L/die a piccoli sorsi, evitare il consumo di bevande zuccherate e gassate, idratazione lontana dall'alimentazione (fino a 30 minuti prima e 30 minuti dopo il pasto),
 - Assunzione lenta del cibo (almeno 20-30 minuti per pasto), masticazione accurata per evitare nausea, vomito, dolore retrosternale e dumping syndrome,

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

- Scelta dei cibi più idonei a realizzare e mantenere il calo ponderale,
- Adeguamento della quota proteica (1-1,5 g/kg *Peso di riferimento) e contenimento della quantità di carboidrati semplici per evitare la sindrome da dumping.

* Peso di riferimento = paziente sovrappeso: peso ideale + [(peso reale-peso ideale) x 0.25];
peso ideale (sec. Lorenz): [per gli uomini] altezza in cm – 100 – (altezza in cm – 150)/4; [per le donne] altezza in cm – 100 – (altezza in cm – 150)/2.

Il digiuno completo, comune ad alcune pratiche religiose, dovrebbe essere evitato per 12 - 18 mesi dopo l'intervento bariatrico.

11.3.7. Follow-up

La gestione del paziente bariatrico nel post-intervento comporta un follow-up a distanza multidisciplinare che prevede la collaborazione di chirurgo, endocrinologo/dietologo (ASL CN1) o dietologo (ASL CN2), dietista ed eventualmente dello psicologo e dello psichiatra con l'obiettivo di valutare il risultato raggiunto dal paziente e prevenire, monitorare e trattare le possibili complicanze cliniche e nutrizionali che possono manifestarsi nel breve e nel lungo termine. Il paziente stesso, a sua volta, deve essere consapevole della necessità di una stretta collaborazione (compliance) con il centro. Per garantire un continuo ed efficace confronto tra le parti, si organizzeranno incontri periodici di equipe.

11.3.7.1. Follow-up Chirurgico

Visita chirurgica di controllo a una settimana, 1 e 6 mesi dall'intervento.

11.3.7.2. Follow-up Nutrizionale



Un primo controllo dietistico è previsto a una settimana/dieci giorni dall'intervento per valutare la compliance allo schema semiliquido-frullato, alle indicazioni comportamentali e all'assunzione dell'eventuale integrazione nutrizionale proposta. In tale sede verranno forniti l'impegnativa per i controlli ematochimici previsti e l'appuntamento di controllo dietologico-dietistico a un mese dall'intervento.

Le rivalutazioni nutrizionali dietologiche e dietistiche sono previste a 1-3-6-12 mesi post-intervento e successivamente con controlli annuali secondo l'andamento clinico.

A un mese dall'intervento chirurgico sarà importante fornire un counseling dettagliato sulle modalità di reinserimento graduale dei cibi solidi con progressione nelle consistenze semiliquide-semisolide-solidi.

Inoltre, ogni visita dovrà valutare:

- L'andamento ponderale e le nuove abitudini alimentari;

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

- L'andamento clinico delle eventuali comorbidità;
- L'insorgenza di nuove intolleranze o di eventuali sintomi gastrointestinali;
- L'appropriatezza dell'intake di micro e macronutrienti (con particolare attenzione agli stati carenziali) e dell'apporto idrico;
- Il comportamento alimentare, l'aderenza alla dieta e la frequenza e intensità dell'attività fisica.

Lo scopo è di fornire indicazioni/correzioni funzionali ad un corretto calo ponderale privo di carenze di macro e micronutrienti, un rinforzo dei risultati e confronto sulle possibili difficoltà.

Per escludere la presenza di stati carenziali e malnutrizione, verranno richiesti ematochimici specifici; ulteriori esami potranno essere indicati in relazione al contesto clinico (es. monitoraggio dell'assetto glico-metabolico nel paziente dislipidemico o diabetico).

In esiti di SG:

- a 1 mese emocromo, elettroliti, glicemia, ferritina;
- a 6 mesi emocromo, assetto marziale, acido folico, vitamina B12, calcio e vitamina D, proteine totali, albumina, acido urico;
- a 1 anno (e con cadenza annuale finché ritenuto opportuno) emocromo, ferritina, acido folico, vitamina B12, calcio e vitamina D, PTH, funzionalità epato-renale.



In esiti di GBP:

- a 1 mese emocromo, elettroliti, glicemia, ferritina;
- a 6 mesi emocromo, assetto marziale, acido folico, vitamina B12, calcio e vitamina D, proteine totali, albumina, acido urico, elettroliti;
- a 1 anno (e con cadenza annuale finché ritenuto opportuno) emocromo, ferritina, acido folico, vitamina B12, calcio e vitamina D, funzionalità epato-renale, rame, zinco, selenio, vitamina B1, vitamina A, vitamina E, tempo di protrombina, ossalaturia.

A seconda dell'età e dei fattori di rischio, si propone di effettuare una mineralometria ossea computerizzata (MOC) a 12 mesi dall'intervento in particolare dopo interventi malassorbitivi e in donne dopo la menopausa.

11.3.7.3. Aspetti Chirurgici-Plastici



La chirurgia plastica deve essere realizzata dopo la stabilizzazione del peso corporeo, che di solito viene raggiunta a distanza di 12 - 18 mesi dalla chirurgia.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

11.3.7.4. Aspetti Psicologici

Sulla base dei bisogni evidenziati dal paziente in fase diagnostica o eventualmente insorti nelle fasi successive, lo psicologo valuterà l'opportunità di proporre un percorso di consulenza psicologica a supporto del percorso di dimagrimento intrapreso, oppure un percorso di psicoterapia individuale (Consulenza psicologica clinica a cicli di sedute, Psicoterapia individuale a cicli di sedute, Psicoterapia familiare a cicli di sedute) o di gruppo tipo *group care*.

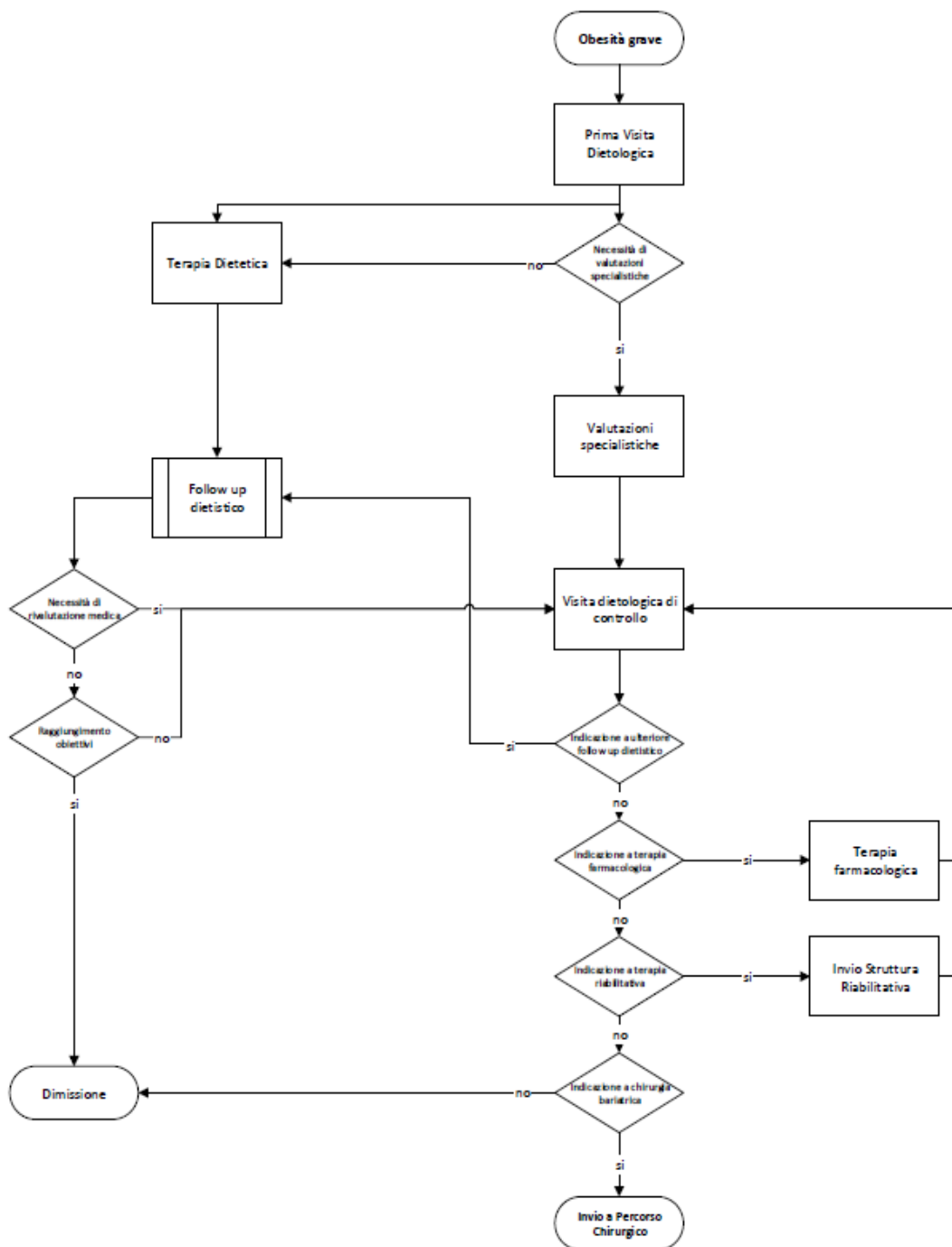
Al termine del trattamento psicologico effettuato il paziente viene richiamato per una seduta di follow-up a distanza di 3 e di 6 mesi. Il paziente potrà comunque richiedere nel tempo ulteriori follow-up o consulenze psicologiche.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

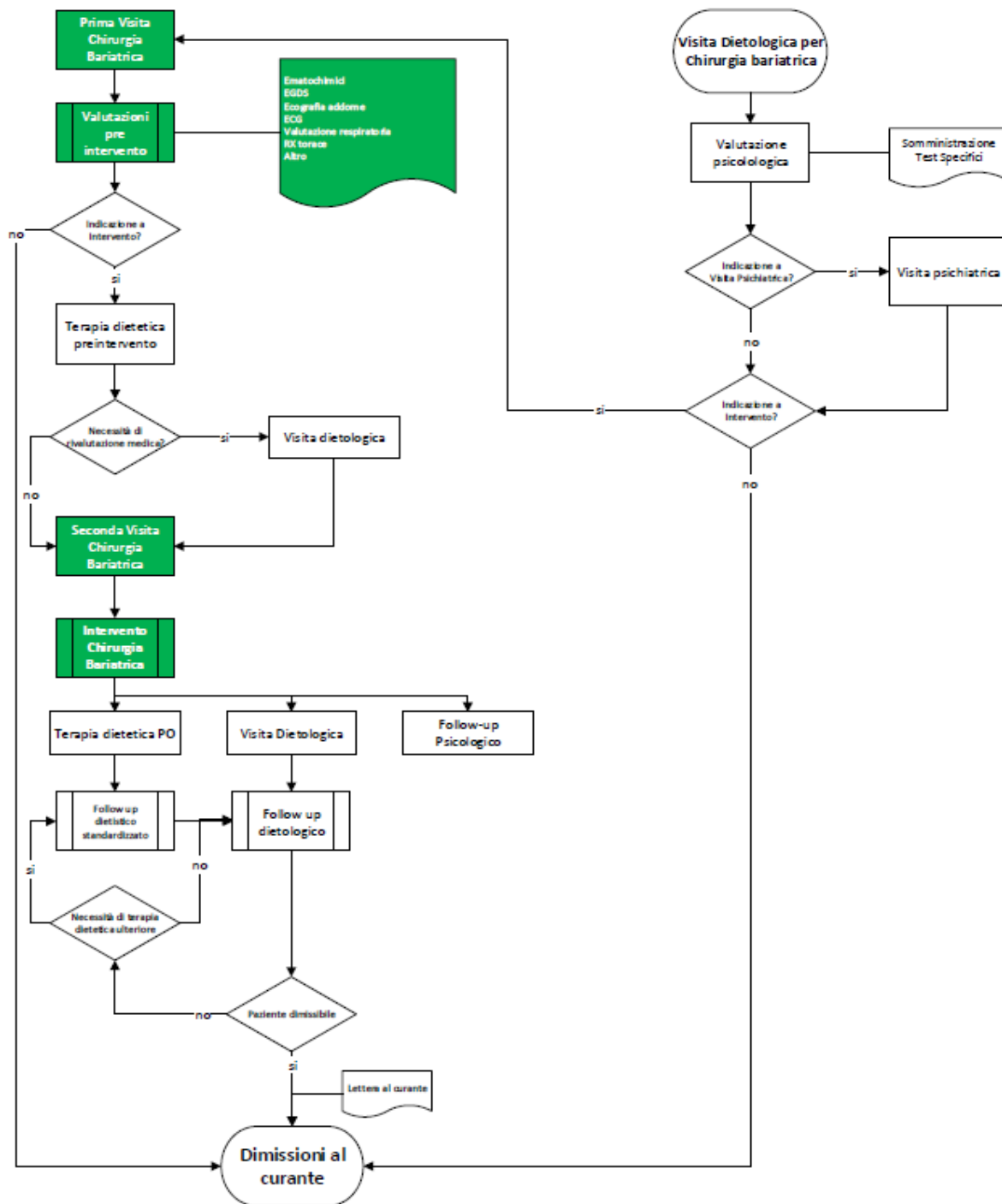
12. RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA

Il diagramma di flusso illustra in senso generico il percorso diagnostico terapeutico e assistenziale del paziente.

12.1. Diagramma di Flusso del Percorso Medico (vedi DOC_{INTERAZIENDALE}017)





12.1. Diagramma di flusso del Percorso Chirurgico (vedi DOCINTERAZIENDALE018)



Prestazioni eseguite esclusivamente presso ASL CN1



Prestazioni eseguite ASL CN1 e ASL CN2

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

12.2. Matrice delle Responsabilità

ATTIVITA	Chirurgo	Medico Area Nutr	Dietista	Psichiatra	Psicologo	IP Chir	Cardio	Anest	MMG
Invio									R
Prima visita dietologica e visita di controllo		R	C						
Terapia Dietetica e follow up dietistico		C	R						
Fase Pre Chirurgia									
Valutazione psicologica					R	C			
Valutazione psichiatrica				R	C	C			
Valutazione cardiologica		C				C	R		
Valutazione anestesiologicala		C				C		R	
Valutazione dietologica		R	C	C	C	C			
Indicazione valutazione chirurgica	R	C		C	R				C
Indicazione all'intervento	R	C	C	C	C	C	C	C	C
Fase Peri Intervento									
Erabs	R					C		C	
Percorso rianimatorio						C		R	
Fase post operatorial/dimissioni	R	C	C			C			C
Terapia dietetica PO	C	C	R			C			
Follow up									
Follow up chirurgico	R								C
Follow up dietistico		C	R						C
Follow up dietologico		R	C						C

R) Responsabile C) Collaboratore

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--

13. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA

Un punto fondamentale è rappresentato diffusione ed implementazione dei contenuti del PSDTA, che deve essere ricollegato anche ad un adeguato livello di comunicazione.

L'implementazione verrà effettuata tramite:

- Formazione accreditata ECM
- Incontri multidisciplinari di feedback
- Audit

14. MONITORAGGIO, VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

L'applicazione nella pratica del Percorso e l'impatto sull'organizzazione dei servizi sono sottoposti a una verifica a partire dalla valutazione degli indicatori di monitoraggio utilizzati.

In questo modo si misurano gli effetti sul campo anche in termini di accettabilità e praticabilità da parte di operatori e pazienti, oltre che di compatibilità con gli assetti organizzativi e gestionali dei servizi al fine delle azioni di standardizzazione o di correzione.

La verifica dell'applicazione dei PSDTA viene effettuata attraverso le attività di audit.



Critério	Indicatore	Standard
Struttura	Creazione di un'equipe multidisciplinare interaziendale.	Almeno 3 incontri documentati multispecialistici nel 2024
Processo	N° interventi di chirurgia bariatrica erogati nel periodo di tempo considerato dal Centro ASL CN1 (primo semestre 2025)	Almeno 70
Processo	N° interventi di chirurgia bariatrica erogati nel periodo di tempo da centri di altre Regioni per pz residenti nell'ASL CN 1 e nell'ASL CN2	Riduzione del 15%
Esito	Percentuale di paziente con calo ponderale documentato a 6 mesi da intervento chirurgico superiore al 10%	>60%

15. PIANO DI MIGLIORAMENTO

In relazione alle criticità evidenziate nella fase di verifica, viene quindi pianificato l'intervento di adeguamento e miglioramento, riportando e dando evidenza:

- degli obiettivi (l'adeguamento nei confronti degli standard);
- delle azioni correttive e preventive da effettuare, con tempi ed attori;

In tale ambito il piano di miglioramento viene schematizzato attraverso il diagramma di Gantt, come di seguito esplicitato a titolo esemplificativo.

		<p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p align="center">PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p align="center">Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	--	---	--



	Obiettivi	Azioni	Tempi	Attori (responsabili, referenti soggetti coinvolti)
1	Migliorare la cura del paziente con GO	Revisione del PSDTA, integrazione efficiente ed efficace multidisciplinare, formazione e diffusione	2 anni	Direttori SC e Dipartimenti di riferimento Medici specialisti e MMG Infermieri Dietisti Psicologi Associazione pazienti ASLCN1 e ASLCN2
2	Favorire l'accesso al percorso di cura	Integrazione delle risorse, con caratteristiche interaziendali	2 anni	
3	Riduzione dei tempi di attesa e ottimizzazione delle risorse			

16. AGGIORNAMENTO

Per l'aggiornamento del PSDTA far pervenire eventuali proposte di modifica al coordinatore del gruppo di lavoro. Il presente PSDTA viene applicato in via sperimentale per 6 mesi, dalla data della sua emissione, terminata la quale verrà revisionato se necessario.

17. ARCHIVIAZIONE

L'originale firmato in versione cartacea e la versione elettronica del documento sono conservati presso gli archivi della Funzione Qualità o delle Strutture autorizzate. Non è consentito riprodurre senza autorizzazione questo documento: i suoi contenuti sono proprietà di ASLCN1 di Cuneo e ASLCN2 di ALBA e BRA.

 <p>A.S.L. CN1</p>	 <p>A.S.L. CN2 Azienda Sanitaria Locale di Alba e Bra</p>	<p>Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p>PSDTA_{INTERAZIENDALE}013</p> <p>Percorso di Salute Diagnostico Terapeutico per i pazienti affetti da obesità grave</p>	<p>Struttura: SC Diabetologia Territoriale ASLCN1 e SC Nutrizione Clinica ASLCN2 Data di emissione: MAGGIO 2024 Revisione n. 00 FASE SPERIMENTALE PER 6 MESI</p>
---	---	--	--

18. RIFERIMENTI

- D.D. 29 luglio 2020, n. 786 D.G.R. n.27-4072 del 17.10.2016. Indicazioni per lo sviluppo del percorso di salute diagnosticoterapeutico-assistenziale (PDTA) diabete mellito in età pediatrica ed evolutiva, del PDTA dislipidemia e del PDTA obesità. Proroga di termini per l'invio dei dati relativi alla Gestione Integrata del diabete.
- D.D. 17 maggio 2023, n. 1064. Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 163 /CSR del 27 luglio 2022 concernente "Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità"
- Determina dirigenziale 1955/A1400B/2023 del 21.12.2023 avene per oggetto. "Approvazione delle linee di indirizzo per lo sviluppo dei PSDTA ".

19. ALLEGATI

- DOC_{INTERAZIENDALE}017 Percorso Medico
- DOC_{INTERAZIENDALE}018 Percorso Chirurgico