

☐ 11 Settembre 2013



Mercoledì 11 settembre il dr Amedeo Giorgetti, è stato ricevuto, dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, , insieme alla Dottoressa Angela Ferracci, Presidente del Comitato Italiano per i diritti delle persone affette da Obesità e Disturbi Alimentari (CIDO), per affrontare il tema della situazione dei pazienti obesi in Italia.

Si è parlato in particolare del pregiudizio socio-sanitario e degli ostacoli inerenti l'accesso alle cure per i pazienti grandi obesi.

L'obesità è un'epidemia che colpisce tutto il mondo, in Italia il numero degli obesi è stimato, probabilmente per difetto, in circa sei milioni di individui.

A differenza di quanto accade negli altri Paesi, ed in particolare negli USA, in Italia sembra esistere un preconcetto che non ha pari in altre patologie (es. diabete) e che deriva dal considerare l'obesità una patologia benigna o addirittura una non patologia (dimostrata a livello mondiale la gravità della malattia e del suo ruolo fondamentale nella genesi di altre gravi patologie).

Quando si parla di obesità l'attenzione viene spesso rivolta alle conseguenze fisiche associate all'eccesso di peso. Tuttavia un aspetto importante, e poco considerato, è rappresentato dagli ostacoli personali e sociali che le persone con obesità incontrano nella vita di tutti i giorni a causa dello stigma. Quest'ultimo può influenzare non solo il benessere complessivo dell'individuo, ma anche la qualità della sua vita e il processo di cura.

La visione negativa dell'obesità ha origine dalla credenza che il peso sia interamente sotto controllo personale e che, con la forza di volontà e l'impegno, si possa raggiungere il peso desiderato. L'obesità, pregiudizialmente, non è vista come disturbo cronico, ma come responsabilità dell'individuo, il quale può venire considerato causa principale della sua condizione.

Stereotipi che vedono le persone obese come pigre, lente, non collaborative, con scarsa igiene personale, poco motivate, sono frequenti e difficilmente modificabili nella nostra società e possono portare a veri e propri episodi di discriminazione in aree importanti della vita dell'individuo come il lavoro, l'istruzione, le relazioni interpersonali e il tempo libero.

Anche l'ambiente sanitario non è immune da stigma e la ricerca scientifica mostra come atteggiamenti negativi verso l'obesità e le persone obese siano presenti nel personale medico e paramedico e, persino, nei professionisti specializzati nel trattamento di questo disturbo.

Tali atteggiamenti possono compromettere negativamente l'accesso alle cure con il rischio di peggiorare la condizione di obesità e le comorbidità associate, nonché compromettere una relazione di aiuto costruttiva e collaborativa tra medico e paziente.

A questi ostacoli sociali e culturali, si aggiunge la assoluta carenza di strutture destinate alla accoglienza e alla riabilitazione di persone affette da obesità

Alla luce di queste realtà, assolutamente negative per i pazienti ma anche per gli operatori sanitari, i rappresentanti dei medici e dei pazienti affetti da obesità, hanno chiesto al Ministro che sia auspicabile che la Sanità Pubblica affronti il problema-obesità prima dell'insorgenza di complicanze gravi e croniche, quando ancora esistono possibilità di recupero consistenti attraverso interventi di riabilitazione intensiva e di educazione terapeutica diretti a cambiare in modo stabile lo stile di vita. Solo così sarà possibile evitare di dover poi trattare a vita soggetti, obesi da anni, che sono diventati cardiopatici, diabetici, ipertesi etc. senza più aspettative di guarigione.

Se si tiene conto del fatto che l'obesità è una malattia cronica responsabile di disabilità rilevanti in un contesto di grave comorbilità e fragilità è evidente che l'approccio al soggetto obeso deve avvenire secondo le procedure ed i tempi della medicina riabilitativa. Il progetto terapeutico-riabilitativo del soggetto obeso dovrebbe articolarsi su strutture di primo livello (ambulatorio specialistico) di secondo livello (day hospital, DH riabilitativo o day service) e di terzo livello:riabilitazione intensiva residenziale, organizzati in una rete assistenziale dovrebbe essere articolata sia longitudinalmente che trasversalmente

Attualmente in Italia solo la Regione Veneto (D.G.R. N° 99, 09-07-2012) si è adoperata in questo senso, nelle altre regioni non esiste un piano obesità, come ad esempio per il diabete, e l'organizzazione dei servizi di cura non è garantito nemmeno alle persone con super obesità (esempio pazienti di 300 kg). Ciò crea una forte discriminazione sul diritto fondamentale alla salute tra cittadini differenti regioni.

I pazienti con obesità hanno il diritto costituzionale, come tutti gli altri malati, di ottenere in ogni regione italiana:

- programmi e strutture residenziali/semiresidenziali per la cura dell'obesità e dei disturbi alimentari, validati scientificamente e accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale;
- presenza di una sezione specializzata per il ricovero di

pazienti affetti da obesità e altre patologie del peso in ogni ospedale pediatrico;

- strutture mobili (autoambulanze), operatori specializzati e attrezzature per il trasporto d'urgenza di pazienti affetti da obesità e super obesità; strumenti di diagnostica per immagini come Tac e Risonanza Magnetica adeguati a pazienti affetti da obesità e super obesità;
- miglioramento del comfort nelle strutture sanitarie e ospedaliere grazie alla diffusione di arredi come tavoli operatori, letti, barelle adeguati ai pazienti affetti da obesità e super obesità.

Su questi temi il Ministro ha dimostrato assoluto interesse ed estrema sensibilità, ed ha immediatamente organizzato un gruppo di lavoro, al quale parteciperanno gli organi istituzionali, i rappresentanti dei medici specialisti, ed i rappresentanti dei pazienti affetti da obesità.