

TIPO DI STRUTTURA:

“Servizio di Prevenzione e Cura dell’Obesità e della Tiroide”

BACKGROUND OBESITÀ

Nel Nord Sardegna non è al momento presente una struttura dedicata alla prevenzione ed alla cura dei pazienti affetti da sovrappeso e obesità. L’obesità nel 2019 è stata riconosciuta dal consiglio dei Ministri all’interno dei LEA come patologia capace di determinare lo stato di salute, associandosi ad elevata mortalità in quanto rappresenta un fattore di rischio per le principali malattie croniche quali le malattie cardiovascolari (infarto e ictus), ipertensione arteriosa, diabete mellito di tipo 2, alcune forme di tumori (dell’endometrio, del colon retto, renale, della colecisti, della prostata e della mammella). Affrontare in modo globale il fenomeno dell’obesità nella popolazione significa pertanto partire dalla prevenzione primaria, con iniziative volte all’informazione sulla dieta sana e l’esercizio fisico. Il sistema deve rendersi capace di individuare l’obesità fin dai suoi esordi, ovvero già in termini di sovrappeso e non ancora di franca obesità, per poter intervenire efficacemente e prontamente, evitando che l’obesità porti allo sviluppo di malattie croniche, col tempo invalidanti. Il peso dell’obesità come determinante dello stato di salute viene quindi gradatamente accentuato e aggravato se non si favoriscono iniziative precoci di contenimento del fenomeno stesso.

L’obesità si presta quale tematica di salute pubblica affrontabile con modelli di **medicina d’iniziativa**. Il modello della sanità d’iniziativa si è sviluppato in Regione Toscana e mira sia alla prevenzione che -al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio e riguarda tutti i livelli del sistema sanitario, con effetti positivi attesi per la salute dei cittadini e per la sostenibilità stessa del sistema. Il concetto di medicina d’iniziativa si colloca nel più ampio scenario del **Chronic Care Model**, che accentua lo sforzo nell’aiutare il paziente ad essere “esperto” della propria salute e della gestione della propria patologia. La sanità d’iniziativa mira ad un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli “va incontro” prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sull’educazione. Il Chronic Care Model, che si basa sull’interazione proficua tra il paziente (reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento) ed i medici, infermieri e operatori sociosanitari. La medicina di iniziativa”, un modello assistenziale considerato più idoneo a gestire le patologie croniche e i fattori di rischio, come l’obesità, che non si prestano ad essere curate dal modello classico della “medicina d’attesa”, disegnato sulle malattie acute, secondo il quale il medico attende che il paziente giunga da lui sottoponendogli un disturbo o una malattia che il più delle volte potrà essere risolta, anche ricorrendo a tecnologie sofisticate, in un lasso di tempo breve.

BACKGROUND OBESITÀ INFANTILE:

Gli ultimi dati disponibili (indagini Okkio alla Salute 2019 e HBSC 2018) stimano che l'eccesso ponderale è presente nel 25% dei bambini della scuola primaria (di cui 6% obesi o grandi obesi) e nel 16 % dei ragazzi di 11, 13, 15 anni (di cui 2 % obesi), con un trend in crescita che, nel caso degli adolescenti, evidenzia un incremento di 4 punti percentuali rispetto alla rilevazione precedente (HBSC 2014). La prevalenza di sovrappeso e obesità risulta superiore nelle femmine della scuola primaria (25,7% F vs 23,5% M), mentre nella fascia di età 11 -15 anni questo rapporto si inverte e tra i 15enni la prevalenza di obesi maschi è più che tripla rispetto a quella delle femmine (3,8% M vs 1,3% F). Il rischio di sovrappeso e obesità è associato alle abitudini alimentari non corrette e ad uno stile di vita sedentario. In particolare, i dati disponibili consentono di stimare che solo il 50% dei bambini sardi consuma una colazione adeguata al mattino, e il 9% non la consuma affatto, percentuale quest'ultima particolarmente alta negli adolescenti (26%) e che si incrementa con il crescere dell'età, tanto che nei 15enni raggiunge il 34%, con una prevalenza delle femmine (38% F vs 30% M) e, in entrambi i generi, risulta superiore al dato medio nazionale (36% vs 25%). Anche riguardo alle porzioni di frutta e/o verdura quotidianamente consumate – sappiamo che le linee guida sulla sana alimentazione (INRAN) raccomandano l'assunzione di cinque porzioni giornaliere – si registrano valori insoddisfacenti: in Sardegna, Piano regionale della prevenzione 2020-2025 28/455 meno della metà (47%) dei bambini della scuola primaria consuma 1 o più porzioni di frutta al giorno e solo 1 bambino su 3 (33%) consuma 1 o più porzioni di verdura quotidianamente. Questa abitudine non ottimale si consolida nei ragazzi di 11-15 anni: solo il 18% consuma frutta più di una volta al giorno e solo il 14% consuma verdura più di una volta al giorno, con una tendenza alla diminuzione del consumo col crescere dell'età.

LETTERATURA: STATO DELL'ARTE

Un interessante studio dal titolo Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 329 prospective studies in four continents, The Global BMI Mortality Collaboration "The Lancet", Agosto 2016 gli autori hanno raccolto i dati di 329 studi pubblicati dal 1970 al 2015, riguardanti 10 milioni di persone, con età compresa tra 20 e 90 anni, seguite per una media di circa 14 anni. Per valutare l'effetto dell'eccesso di adipe sulla mortalità, limitando l'interferenza di altri fattori negativi sulla salute, sono stati analizzati, tramite lo strumento statistico noto come metaanalisi, solo i dati di circa 4 milioni d'individui che, all'inizio dello studio, non fumavano e non presentavano malattie croniche. Da queste analisi è emerso che il rischio di morte per diverse cause (malattie cardiovascolari, respiratorie, tumori), aumenta gradualmente di circa il 30% per ogni 5 punti di BMI a partire dal valore di 25 Kg/m². Questo incremento di rischio è maggiore negli uomini (dove raggiunge il 50%) rispetto alle donne; maggiore in un range di età tra

35-49 anni, rispetto agli ultrasettantenni (50% vs 20% rispettivamente); simile in tutti i continenti analizzati.

Oltre un certo livello di BMI il rischio di morte, s'impenna così che nei soggetti con obesità grave, cioè con un BMI maggiore di 40 Kg/m² (per esempio: una persona alta 1,70 mt con un peso superiore a 120 kg) il rischio di morte è addirittura a triplicato. Sebbene, come tutti gli studi che analizzano a posteriori dati già pubblicati, anche questo ha dei limiti, la forza dei dati è tale da suggerire l'implementazione di nuove strategie per combattere ad ampio spettro il problema dell'eccesso di peso, riducendo il quale, nella sola Europa, si potrebbe evitare il 14% delle morti che occorrono prima dei 70 anni, dette premature. Descrizione delle comorbidità legate all'obesità divise per manifestazioni cliniche L'obesità comporta un maggiore rischio di sviluppare diverse complicanze fisiche quali: Malattie cardiovascolari, Diabete Mellito, Tumori, Calcoli biliari, Artrosi, Complicanze respiratorie, Ictus (infarto cerebrale), Problemi di fertilità e complicanze in gravidanza

IMPATTO SOCIO ECONOMICO DELL'OBESITA':

In Italia la popolazione italiana vive in media 2,7 anni in meno a causa del sovrappeso/obesità, che rappresenta circa il 9% della spesa sanitaria, superiore alla media degli altri paesi. Vi è inoltre una importante implicazione nel mercato del lavoro, dove il sovrappeso riduce la produzione di un ammontare pari a 571 mila lavoratori a tempo pieno all'anno. Complessivamente, questo significa che il sovrappeso riduce il PIL italiano del 2,8% e per coprire questi costi, ogni italiano paga 289 euro di tasse supplementari all'anno (2).



Inoltre, la pandemia di COVID-19 può aver peggiorato la situazione. I dati preliminari suggeriscono infatti che in questo periodo le persone hanno avuto una maggiore esposizione ai fattori di rischio dell'obesità, compreso un aumento dello stile di vita sedentario e del consumo di cibi malsani. Sovrappeso e obesità possono peggiorare la qualità della vita personale.

OBIETTIVO STRATEGICO del progetto è quello di definire un percorso integrato tra ospedale e territorio per la cura dell'obesità. L'istituzione di un servizio ASL con una struttura Hub & Spoke, dove l'Hub è situato presso l'AOU Sassari e lo Spoke nel Presidio Ospedaliero Unico ASL Sassari. E' opportuno pertanto creare la rete con il coinvolgimento del territorio dell'ASL Sassari, in particolare è importante il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e medici di medicina generale per l'individuazione precoce dei casi. Il processo di prevenzione primaria dovrà inoltre coinvolgere negli step successivi le altre strutture per la gestione delle complicanze ed eventualmente gli Enti del

Terzo Settore. Obiettivi secondari saranno la creazione dei percorsi clinico-assistenziali/PDTA, attribuzione dei ruoli di case manager, definizione delle responsabilità, stesura dei protocolli operativi ed Implementazione degli strumenti della tele-medicina.

MISSION:

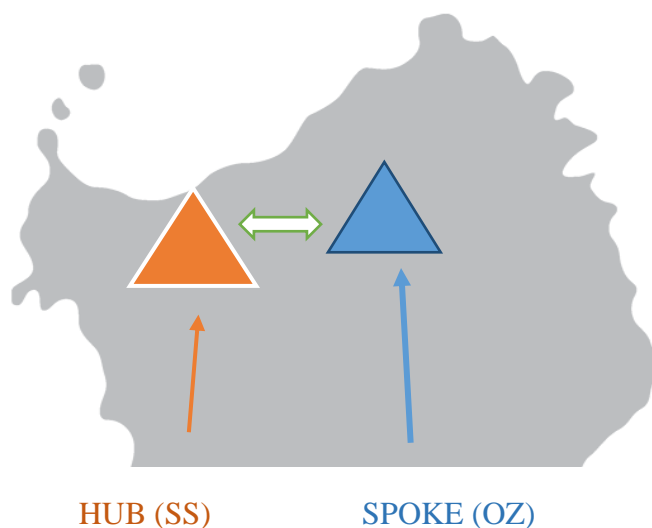
Definire un modello di assistenza territoriale innovativo, proattivo, facilmente accessibile e basato sulle più recenti evidenze scientifiche.

VISION:

La definizione di un nuovo modello di rete per la prevenzione primaria e la cura l'obesità, da sperimentare nel bacino d'utenza della provincia di Sassari. Il modello di rete potrà essere esportato ed utilizzato nel resto degli ospedali della Regione Sardegna. I destinatari e beneficiari del progetto saranno inizialmente i cittadini del territorio Sassarese e Gallurese che afferiscono al servizio HUB & Spoke Sassari-Ozieri.

STRUTTURA DEL PROGETTO

Il modello **Hub & Spoke** è un modello organizzativo mutuato dall'aviazione civile americana ed utilizzato con successo da diverse regioni italiane. Il modello parte dal presupposto che determinate **malattie croniche molto diffuse** necessitano di competenze specialistiche e costose e non possono essere assicurate in modo capillare su tutto il territorio. Pertanto tale modello organizzativo prevede la concentrazione della casistica in un limitato numero di sedi Hub (centrali) e sedi Spoke (periferiche), dove vengono inviate e gestite le persone che con una certa soglia di complessità. Attualmente i centri Hub e Spoke sono **già realtà in alcune regioni come l'Emilia Romagna**. La nascita di questi centri non va a discapito dei servizi Spoke perché "piccolo e periferico" non significa meno importante. Al contrario, l'obiettivo è attuare un miglioramento dei servizi territoriali e una riqualificazione dei piccoli ospedali per farli tornare a svolgere un ruolo rilevante nella rete assistenziale condivisa.



Il sistema Hub e Spoke descritto in questo progetto rappresenta una razionalizzazione del sistema di accesso alle cure, con una produttiva attività di prevenzione e con interventi precoci mirati a ridurre le complicità del paziente obeso che graverebbero altrimenti sulle altre strutture del territorio e dei centri ospedalieri. Infine viene attuata anche il percorso di vera e propria cura dell'Obesità nei due centri di riferimento. Per ogni centro Hub o Spoke è necessario identificare un adeguato bacino di utenza, percorsi assistenziali, strutturali e organizzativi, nonché regole riguardanti le metodiche di invio dalla struttura periferica alla centrale e viceversa. Tutto ciò al fine di assicurare uniformità di assistenza e qualità di cura, ma anche al fine di garantire sicurezza ed efficacia del trattamento, da rendere più vicino possibile alla residenza dell'assistito. IL modello HUB & SPOKE è un modello modulare, che in futuro potrà essere arricchito da ulteriori Spoke se necessari.

La struttura dovrebbe essere integrata (mediante semplice convenzione) nel circuito della formazione Universitaria con il fine di risolvere il problema gestionale dei numerosissimi medici iscritti alla Scuola di Specializzazione in Scienza dell'Alimentazione che, insieme a quelli delle altre scuole, iniziano ad essere troppo numerosi per poter essere indirizzati e gestiti dalle strutture esistenti. Inoltre agli specializzandi verrebbe garantito un supporto continuo anche dopo la specializzazione ed un polo di riferimento per eventuali proposte e collaborazioni lavorative future.

ANALISI SWOT:

<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>PUNTI DI DEBOLEZZA</i>
<ul style="list-style-type: none"> - La prevenzione primaria dell'obesità porta ad una riduzione delle principali patologie cliniche che richiederanno un ricovero futuro: Infarto Miocardico Acuto, Diabete mellito, Sindrome apnee ostruttive, Difficoltà alla deambulazione. - la gran parte degli operatori sanitari ha necessità di un centro per la gestione dei pazienti obesi e per la nutrizione - Implementazione degli strumenti della telemedicina 	<ul style="list-style-type: none"> - risorse umane limitate (soprattutto medici) - gli operatori sanitari hanno una cultura ospedalocentrica che andrebbe cambiata - il personale ha limitate competenze digitali e di telemedicina - scarsa sensibilizzazione dei cittadini e del personale sanitario alla problematica dell'obesità - infrastruttura informatica da costruire
<i>OPPORTUNITÀ</i>	<i>MINACCE</i>

<ul style="list-style-type: none"> - forte sostegno degli stakeholder esterni: il progetto è visto con entusiasmo dalle aziende del “settore salute”, dai cittadini e dagli amministratori locali - il PNRR rende disponibili ulteriori risorse per acquisire strumenti, dispositivi, applicativi e tutto quanto necessario per attuare questo nuovo modello - sono disponibili nuove tecnologie che integrano l’intelligenza artificiale (IA) negli applicativi sanitari, come ad esempio la realtà virtuale 	<ul style="list-style-type: none"> - instabilità nel governo delle AA.SS. con possibile revoca degli incarichi e/o trasferimento di alcune funzioni alla ASL - necessità di integrazione con le infrastrutture informatiche di livello regionale - contesto socio-economico svantaggiato, elevato tasso di analfabetismo funzionale
--	--

RISORSE UMANE

Il polo HUB necessita di: MEDICI*: 2, INFERMIERI: 2 (1 PSICOLOGO ed 1 AMMINISTRATIVO che)

Il polo SPOKE necessita di: MEDICI*: 2, INFERMIERI: 2 (turnano nei due poli durante la settimana)

*Medici specialisti in Endocrinologia o Scienza dell’Alimentazione

MODALITA' di ACCESSO alla struttura:

La struttura è dedicata alla prevenzione e cura dei cittadini dai 10 anni in su, con percorsi differenti per i minori e per gli adulti. Il pz accederà alla struttura attraverso impegnativa con “prima visita” compilata dal MMG o pediatra libera scelta e gli appuntamenti verranno fissati tramite il servizio CUP. Le “visite brevi” di controllo verranno fissate direttamente dalla struttura in agenda riservata. Sarà compito dell’equipe utilizzare la rete dei partner per inviare i pazienti per eventuali consulenze e/o colloqui clinici (Endocrinologia, Psichiatria, Chirurgia Bariatrica).

STRUMENTAZIONE PROFESSIONALE NECESSARIA per OGNI HUB o SPOKE:

1. ECOGRAFO
2. BIOIMPEDENZIOMETRIA
3. LETTINO PER OBESI
4. ARMBAND o CALORIMETRO

PRESTAZIONI PREVISTE:

1. PRIMA VISITA
2. VISITA DI CONTROLLO
3. EDUCAZIONE ALIMENTARE
4. CURVA DA CARICO DI GLUCOSIO
5. ECOGRAFIA ADDOME E/O TIROIDE
6. VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA

7. AGOASPIRATO TIROIDEO

8. VALUTAZIONE DEL DISPENDIO ENERGETICO

STRUTTURE PARTNER PER ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO

La struttura si avvarrà della collaborazione delle Strutture Sanitarie, già operanti sul territorio, per eventuali richieste di consulenze.

- UOC di Endocrinologia, Malattie della Nutrizione e del Ricambio – AOU Sassari.
- Servizio Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione (DAN) - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) Zona Nord- ASL Sassari
- Unità Operativa *di Chirurgia Bariatrica – Policlinico Sassarese –Sassari*
- Unità Operativa di Chirurgia Endocrinologica e Bariatrica – Mater Olbia Hospital - Olbia