**

*Comunicato stampa*

**NUOVO PDTA VENETO. UN MODELLO EFFICIENTE DI RETE PER LA CURA DELL’OBESITA’**

*In Veneto il primo esempio in Italia di approccio multidisciplinare e diffuso sul territorio nella cura della malattia. A Padova un convegno presenta il nuovo PDTA della Regione sul tema*

*Padova, 24 giugno 2016* - Istituire, a livello regionale, un modello innovativo per la gestione del paziente obeso al fine di garantire una migliore gestione del fenomeno riducendo l’impatto della spesa sul Sistema Sanitario. È lo scopo del **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Veneto**, presentato oggi al **convegno “Dalla rete dell’obesità veneta una risposta al problema sociale e un modello efficiente”** in corso presso l’Università di Padova.

Uno strumento in grado di favorire un lavoro sinergico tra i Centri parte della rete per il trattamento dell’obesità attivata in Veneto in accordo col vigente Piano Sanitario Regionale. Una realtà che garantisce la gestione della malattia, dalla prevenzione alla cura farmacologica, alla chirurgia bariatrica fino alla riabilitazione nutrizionale post-chirurgica.

In particolare, **la rete è costituita da un Centro di coordinamento a Padova, due Centri *Hub*** (ospedali di Padova e di Verona), che contengono tutte le specializzazioni, **e una serie di centri *Spoke*** (ospedali di Portogruaro, Cittadella, Dolo, Montebelluna e Belluno) **distribuiti sul territorio regionale**. «Questa differenziazione non è sinonimo di centri di serie A e B, ma di aree funzionali diverse - afferma il professor **Roberto Vettor**, Coordinatore della Rete Veneta Obesità -. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale favorisce l’integrazione multidisciplinare e responsabilizza le diverse figure professionali assicurando la riduzione degli errori, la razionalizzazione della spesa, la continuità assistenziale e il miglioramento della qualità. Si tratta di un’appropriatezza organizzativa che riunisce tutti quei professionisti, chirurghi, nutrizionisti, internisti e riabilitatori che, altrimenti, si muoverebbero ognuno per contro proprio. Questo modello è già in vigore in alcuni centri della Regione Veneto e l’obiettivo, ora, è farlo diventare operativo in tutte le strutture ospedaliere della rete. Stiamo parlando di **un esempio esportabile non solo a livello nazionale, ma anche all’estero**. Reti come queste, infatti, sono presenti solo in alcuni Paesi scandinavi».

**L’obesità è uno dei più importanti fattori di rischio per le malattie cardiache e respiratorie, il diabete e l’ipertensione**. Inoltre, l’obeso ha un’aspettativa di vita ridotta di circa il 25 per cento rispetto a un “normopeso”. Attualmente, **in Italia, quasi 16,5 milioni di persone sono in sovrappeso e più di 6 milioni obese**. Il Veneto è fra le Regioni più a rischio: il 10,6 per cento della popolazione adulta soffre di obesità; ciò si traduce in 430mila cittadini con un eccesso ponderale importante. **Sempre in Italia il costo annuo stimato per la gestione dell’obesità è di 9 miliardi di euro** tra spese sanitarie, calo di produttività, assenteismo e mortalità precoce. Una cifra che potrebbe arrivare a più di 22 miliardi calcolando i costi complessivi delle patologie correlate.

L’alta complessità clinica e le numerose complicanze che caratterizzano questa patologia rendono necessario un **approccio multidisciplinare coordinato intorno a un percorso diagnostico-terapeutico integrato ben definito**, con importanti ripercussioni sul rapporto costo/efficacia. Nasce da qui la proposta di attivare una rete assistenziale per il trattamento integrato dell’obesità, in grado di garantire uniformità di accesso e erogazione delle prestazioni e delle cure. La creazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Regionale Integrato per la cura dell’obesità rappresenta un traguardo importante. Si tratta, infatti, di un lavoro condiviso fra tutti i professionisti coinvolti, in grado di contestualizzare linee guida e raccomandazioni nelle diverse situazioni organizzativo-gestionali locali, al fine di favorire l’integrazione multidisciplinare e multiprofessionale e la responsabilizzazione delle figure professionali, assicurando la riduzione della variabilità, degli errori e la razionalizzare della spesa.

La gestione dei pazienti obesi, infatti, è complessa. Ogni caso è a sé stante e deve essere discusso collegialmente. «Sulla chirurgia esiste un errore concettuale, perché se non si registra una risposta in termini clinici dopo un’adeguata terapia dietetica e, eventualmente, farmacologica, e in situazioni di complicanze dell’obesità stessa, può essere la prima opzione - continua Vettor -. Non si tratta di un punto di arrivo, ma di un punto di partenza, perché dopo l’intervento è necessario predisporre una riabilitazione nutrizionale, una dieta specifica e un *follow-up* continuo del paziente per molti anni. **Il successo della chirurgia bariatrica è elevato, le tecniche si sono affinate, gli interventi diventano sempre meno invasivi**. Il bendaggio gastrico è quasi del tutto superato perché non portava a lungo termine un successo terapeutico in termini di riduzione del peso. Risultato che, oggi, si ottiene con tecniche chirurgiche come la cosiddetta *Sleeve gastrectomy* con cui si riduce lo stomaco in un manicotto, restringendo il volume gastrico».

«La chirurgia bariatrica - dichiara **Lorenzo Mantovani**, Professore associato di Igiene - Centro di Sanità pubblica dell’Università degli Studi di Milano Bicocca - offre un’opzione di trattamento efficace contro l’obesità quando gli approcci conservativi falliscono. Comprendere l’impatto economico e clinico della chirurgia bariatrica è di fondamentale importanza per i clinici e i decisori sanitari, al fine di poter scegliere in maniera consapevole l’opzione di trattamento complessivamente più efficiente, in quanto più efficace per i pazienti e meno costosa, o comunque economicamente sostenibile per il sistema sanitario, almeno nel breve o medio periodo. Nell’analisi condotta usando l’orizzonte temporale lifetime la chirurgia bariatrica ha comportato, infatti, un guadagno per paziente di ben 3.2 QALY, ovvero oltre tre anni di vita vissuta in condizioni di salute ottimale, e una riduzione della spesa per paziente di 11.384 euro, risultando l’opzione più efficace e meno costosa rispetto all’approccio non chirurgico».

«Non dimentichiamo, però, che stanno comparendo sul mercato anche una serie di soluzioni farmacologiche che offrono delle opzioni terapeutiche innovative. A oggi, tuttavia, il *gold-standard* di riferimento in termini di efficacia resta la chirurgia, ma questi farmaci possono essere molto utili anche nei casi in cui, dopo l’intervento, si verifichi una ripresa di peso» - conclude il professor Vettor.

**L’obesità rappresenta un problema importante anche nei più piccoli**. **Un bambino su tre è in sovrappeso in Italia**. «Anche nel bambino l’obesità si associa a altre patologie: incremento della pressione, della glicemia e dei lipidi nel sangue - spiega il dottor **Claudio Maffeis** dell’ospedale di Verona, Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica -. Inoltre, se la malattia non viene curata in età infantile il rischio che persista è superiore al 50 per cento. Anche in questo caso il PDTA si articola in tre livelli: il primo è quello del pediatra di famiglia o del medico di medicina generale. Il secondo è quello che coinvolge l’*equipe* multidisciplinare a livello provinciale (centri *Spoke*); il terzo è il centro specializzato in obesità pediatrica o *Hub*. La cura mira a modificare in modo persistente le abitudini nutrizionali e motorie della famiglia. Nei casi con complicanze si ricorre a farmaci e a un intervento psicologico. In casi selezionati di adolescenti con obesità grave, viene presa in considerazione anche la chirurgia bariatrica» - conclude Maffeis.

**Per ulteriori informazioni**

**Medtronic**

Marica Orlandi – maria.enrica.orlandi@medtronic.com – 348 9701925

**Value Relations Srl** - Tel. 02 20424943

Maria Luisa Paleari – ml.paleari@vrelations.it - 331 6718518

Alessio Pappagallo – a.pappagallo@vrelations.it - 339 5897483