



[COME SI FA]

Ricominciare a curare i bambini in eccesso ponderale con la *Consensus SIP-SIEDP*

Successi e problemi di un percorso in rete fra pediatria di famiglia e ambulatori di 2° livello a Ragusa.

Salvatore Purromuto¹, Rita Tanas²,
Maria Nunziata Romano¹,
Desirée Musso³, Giovanni Corsello⁴

¹ Ambulatori Territoriali di Obesità Infantile, ASP Ragusa

² Poliambulatorio Futura, Ferrara

³ Dietista libero professionista, Ragusa

⁴ Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo

Caso clinico. A. è un bambino di 9 anni da sempre robusto, con due sorelle normopeso e anamnesi familiare e personale non significativa.

Considerando i dati del suo pediatra, secondo i criteri oggi raccomandati del WHO, da 18 a 21 mesi A. aveva rapporto peso/lunghezza z-score 2,3 (diagnosi sovrappeso), il suo BMI z-score restava poi elevato dai 2 ai 4 anni oscillando fra 2,9 a 2,3. Dopo di allora il suo pediatra lo vede solo a 5,5 anni e, purtroppo, deve constatare un importante eccesso ponderale (BMI z-score 3,5 = diagnosi obesità severa).

Quindi, gli offre i soliti buoni consigli e visite più frequenti, 4 in 1 anno, alla fine del quale, però, il BMI z-score è ancora 3,5.

Preso atto con vero dispiacere della mancata risposta, propone alla famiglia una dietista, che lo segue e prescrive ad A. una buona dieta, ma dopo altri due anni il BMI z-score ancora non cambia. La mamma è disperata. Il bambino ha quasi 9 anni e il pediatra si domanda: "Cosa fare? Dichiarare fallimento?".

La mamma, intanto, decide di iscriverlo ad una seconda attività motoria e chiede una nuova dieta, ma "buona", cioè che dia buoni risultati!

Ma "dove trovarla?... Potrebbe servire prescrivere esami... Enfatizzare il rischio di sviluppare complicanze?...".

Introduzione

Negli ultimi 40 anni l'obesità infantile ha raggiunto proporzioni allarmanti, diventando uno dei maggiori problemi di sanità pubblica globale, ma non si sa ancora come trattarla. La sua prevalenza continua a crescere nei paesi poveri, in età prescolare e nelle minoranze¹ e aumentano le forme severe. L'Italia con le sue regioni meridionali occupa i primi posti della classifica europea (www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016.asp).

Le cure proposte da vari documenti internazionali sembrano poco efficaci e molto costose anche per le famiglie e quindi sono offerte con difficoltà dal SSN e spesso rifiutate dalla popolazione. La cura per l'obesità non può che partire dai pediatri di famiglia (PdF). Per sostenerli si sono proposti formazione e incentivi, ma con risultati tanto piccoli² da richiedere un cambiamento di rotta: offrire una rinnovata visione etiologica, obiettivi possibili e l'aiuto di altre figure professionali (educatore, psicologo, dietista), con cui imparare a lavorare in team.

La Consensus italiana su diagnosi, prevenzione e trattamento dell'obesità del bambino e dell'adolescente³, pubblicata ormai da oltre un anno, si muove in tale direzione e invita a realizzare una cura in rete, distinguendo tre livelli assistenziali: il PdF, il team territoriale e quello ospedaliero. In Italia la presenza del PdF potrebbe rendere efficace questo modello (Box 1), impensabile altrove, ma purtroppo spesso il PdF non si ritiene capace di occuparsi di obesità per mancanza di tempo, rimborsi, risorse e soprattutto per un insieme di barriere culturali che coinvolgono tutto l'ambiente intorno al bambino. Il team territoriale è stato istituito in poche Aziende Sanitarie e spesso

senza competenze pediatriche. L'ospedale, infine, può occuparsi solo di obesità clinicamente complicate.

Ancora troppo spesso i PdF, sentendosi impotenti ad aiutare i loro pazienti, dopo un iniziale fallimento delle cure tradizionali valutate con gli obiettivi tradizionali, provano a motivarli evidenziando il rischio delle complicanze. La sottolineatura universale della responsabilità personale delle famiglie sull'esito delle cure e la paura delle complicanze rovina la relazione medico-famiglia-paziente, aumenta i sensi di colpa e la vergogna e spinge a rinunciare. Nei pochi centri di 2° livello esistenti, d'altronde, il personale è spesso carente, impreparato al trattamento familiare e ad affrontare lo stigma, privo di collaborazioni e strumenti di supporto adeguati (collaborazioni con scuole, società sportive; costruzione e/o ripristino di spazi dedicati: giardini, piste ciclabili, piscine, palestre, ecc.).

L'incapacità di utilizzare interventi medici efficaci ed economicamente sostenibili è frequente in sanità ed è responsabile di importanti sofferenze e riduzione dell'attesa di vita in tutto il mondo. Il cattivo utilizzo va dal mancato accesso ad un'assistenza adeguata, alla fornitura di cure inadeguate per adozione lenta o parziale delle innovazioni. Poco si investe ancora per capire come superare gli ostacoli all'adozione di interventi efficaci e come renderli accessibili⁴.

Questo studio vuole raccontare un progetto coordinato in rete fra PdF e ambulatorio di 2° livello realizzato a Ragusa da 10 anni, presentando i suoi risultati, per favorirne il miglioramento e l'implementazione in altre realtà.



Box 1. Compiti del pediatra di famiglia.³

1. Individuazione dei fattori di rischio presenti in età prenatale (familiarità di I grado per obesità, basso livello socio-culturale), neonatale (neonato piccolo per età gestazionale o macrosomico) o postnatale (mancato allattamento al seno, precoce alimentazione complementare, eccessiva crescita ponderale nel primo biennio di vita, precoce *adiposity rebound*). In tutti i casi attento monitoraggio della curva di crescita staturale-ponderale, educazione ad una alimentazione equilibrata e stile di vita attivo sin dalle prime epoche di vita, controllo dell'età di inizio dell'alimentazione complementare.
2. Individuazione precoce dei bambini con sovrappeso o obesità moderata e non complicata. Motivazione e sostegno della famiglia ad un percorso di cambiamento, coinvolgendo eventualmente altre figure professionali dedicate e formate.
3. Individuazione dei bambini con obesità grave o con comorbidità psicologica, fattori di rischio aggiuntivi, alterazione dei parametri biochimici, o mancanza di un risultato clinicamente apprezzabile entro 4-6 mesi. Motivazione e guida delle famiglie perché accettino le cure presso livelli più intensivi.
4. Individuazione dei bambini con sospetto di obesità genetica o secondaria e invio ai Centri specializzati.

Il Progetto di Ragusa

Nel 2008 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa ha istituito un servizio territoriale dedicato a pazienti in età evolutiva (2-18 anni) con sovrappeso/obesità, in rete con i PdF e con la Pediatria Ospedaliera. Il servizio è svolto da 2 professionisti, un pediatra e un'infermiera, e i pazienti vi accedono spontaneamente o inviati dai loro PdF. Gli operatori delle Cure Primarie sono stati preventivamente informati dell'istituzione del servizio, della tipologia di percorso terapeutico proposto e del proposito di offrire loro un aggiornamento continuo sui pazienti inviati per ottenere il loro sostegno ad una migliore aderenza terapeutica.

Il pediatra del servizio ha sviluppato un percorso di terapia compor- →

Box 2. Principi dell'educazione terapeutica del paziente, colloquio di motivazione e terapia centrata sulla famiglia utilizzati nel colloquio pediatra-paziente-famiglia.

1. Atteggiamento professionale condiviso non giudicante e non colpevolizzante.
2. Ricerca di una buona relazione terapeutica paritetica fra operatori e famiglie, e sostegno personalizzato a quella famiglia ed a quel bambino.
3. Ascolto empatico della storia del peso e degli eventuali episodi di derisione, per realizzare insieme un progetto di cambiamento a piccoli passi, sostenendo l'auto-efficacia.
4. Accettazione e sostegno di ogni risultato, anche piccolo, comportamentale e/o clinico realizzato.

→ tamentale centrato sulla famiglia. La prima visita è costituita da un colloquio che valuta la motivazione della famiglia e le sue attitudini positive nella gestione della salute, aiutando i genitori a farsi un programma di scelte quotidiane, alimentari e motorie più sane (Box 2).⁵⁻⁸ Essa si conclude con la prescrizione di indagini di laboratorio e/o strumentali, eventuali consulenze specialistiche e l'impostazione del trattamento articolato in visite trimestrali per un periodo complessivo di circa 2 anni, con un tempo di contatto professionale medio di circa 3-4 ore / anno.

Box 3. Indicatori di efficacia del trattamento consigliati.³

1. BMI z-score*: una riduzione >0,5 è indice di miglioramento della composizione corporea e rischio cardio-metabolico.
2. Rapporto vita/statura, che valuta meglio il grasso addominale.
3. Cambiamenti dei comportamenti.

*La valutazione di efficacia della cura basata sulla riduzione del BMI z-score è così difficile da ottenere, che rischia di indurre senso di fallimento nella famiglia e negli operatori. Pertanto in assenza di tale riduzione si consiglia di considerare la modifica di altri indici (per esempio il rapporto vita/statura) e quello dei comportamenti dell'alimentazione, valutata con il diario, dell'attività fisica e della sedentarietà, i parametri di fitness e il miglioramento della qualità della vita.

Un'eccessiva riduzione del BMI z-score e l'insoddisfazione per l'immagine corporea, soprattutto nei soggetti in regime dietetico ipocalorico, vanno considerate con attenzione per la possibile accentuazione dello stigma e comparsa di disturbi del comportamento alimentare.

I dati antropometrici e la pressione arteriosa sono stati rilevati e valutati secondo i criteri della Consensus (Tabelle 1, 2). Gli esami di laboratorio proposti sono stati: glicemia, insulina, colesterolo, trigliceridi. Per valutare l'insulino-resistenza (IR) si è utilizzato l'homeostasis model assessment (HOMA-IR).

Lo studio riporta i dati clinici del 2010, primo anno di attività piena del centro su 257 pazienti con sovrappeso/obesità di 5-18 anni presentatisi per prima visita. Centoventidue di questi bambini hanno aderito al trattamento di educazione terapeutica, che chiameremo GET, per 1 anno e 59 di essi hanno continuato il percorso per un 2° anno. Nessun soggetto è stato escluso.

Il GET ha presentato dopo un anno di cura una riduzione del BMI

z-score di $0,53 \pm 0,6$ e della circonferenza vita di 3 cm. Il grado di eccesso ponderale è migliorato: i pazienti con obesità severa si sono ridotti da 45 a 20 e 6 sono diventati normopeso.

Nei 59 bambini che hanno proseguito la cura, la riduzione del BMI z-score dopo 2 anni è stata $0,92 \pm 0,6$, quella della circonferenza vita di 4 cm; i pazienti con obesità severa si sono ridotti da 22 a 7 e 7 sono diventati normopeso.

L'ambulatorio, seguendo i principi ribaditi dalla Consensus (Box 3), definisce "successo" riduzioni ponderali minime, cioè tutti i bambini con BMI z-score diminuito o invariato. I "successi" sono stati 89% dei bambini seguiti per 1 anno e 98% di quelli curati per 2.

Anche i fattori di rischio cardio-metabolico sono migliorati. Nel gruppo in cura la percentuale di soggetti con rapporto vita/altezza elevato ($> 0,5$) si è ridotta da 92 a 66%; la pressione arteriosa elevata ($> 90^{\circ}$ percentile) nel 13% dei maschi e 6% delle femmine alla prima visita, si è normalizzata in tutti alla seconda.

Quarantuno pazienti con obesità avevano almeno un valore di laboratorio superiore alla norma (alterazione glico-metabolica e/o dei lipidi), di cui ben 10 ne avevano già più di uno.

Dopo 1 anno di cura tali valori sono diventati normali in 24 bambini e migliorati negli altri. L'IR, valutata

Tabella 1. Criteri diagnostici del sovrappeso e dell'obesità.

Età	0-2 anni	2-5 anni	5-18 anni
Indicatore	Rapporto peso/lunghezza	BMI z-score	BMI z-score
Riferimento	WHO 2006	WHO 2006	WHO 2007
z-score $\geq 1 < 2$	Rischio sovrappeso	Rischio sovrappeso	Sovrappeso
z-score $\geq 2 < 3$	Sovrappeso	Sovrappeso	Obesità

Tabella 2. Definizione dei valori di pressione arteriosa.³

Pressione arteriosa normale	PAS e PAD $< 90^{\circ}$ percentile per sesso, età e statura.
Pressione arteriosa alta	PAS e/o PAD $\geq 90^{\circ}$ o $> 120/80$ mmHg e $< 95^{\circ}$ percentile per sesso, età e statura.
Iperensione (stadio I)	PAS e/o PAD $\geq 95^{\circ} < 99^{\circ}$ percentile + 5 mmHg per sesso, età e statura.
Iperensione (stadio II)	PAS e/o PAD $\geq 99^{\circ}$ percentile + 5 mmHg per sesso, età e statura.

PAS pressione arteriosa sistolica; PAD pressione arteriosa diastolica.

Box 4. Conseguenze documentate dello stigma sul peso sulla salute.⁷

1. Aumento del rischio di depressione, ansia, bassa autostima, idee di suicidio,
2. Aumento dei comportamenti alimentari insani/estremi, insoddisfazione per il corpo, disturbi del comportamento alimentare.
3. Aumento del peso corporeo, delle comorbidità dell'obesità e della mortalità nella popolazione.
4. Riduzione della motivazione all'attività motoria, della richiesta di cure, dell'intenzione di cambiare e della self-efficacy.

In ambito sanitario lo stigma si associa a visite più brevi, messaggi più veloci e meno convincenti, maggiore distanza fisica medico-paziente.

con l'indice HOMA-IR, aumentata inizialmente in 30 bambini si è dimezzata dopo 1 anno.

Anche nei bambini con esame alterati dopo 1 anno di cura il BMI z-score è diminuito bene (-0,46) e quelli con obesità severa si sono ridotti da 14 a 11, nessuno è diventato normopeso.

Purtroppo l'ambulatorio ha registrato un drop out elevato: quasi la metà dei bambini valutati ha aderito alla cura per 1 anno e solo il 48% di essi ha proseguito per un secondo anno. Fra quelli con esami alterati, e, quindi, a maggior rischio, l'aderenza è stata ancora inferiore: 27%.



Discussione

NONOSTANTE TUTTE LE DIFFICOLTÀ che ostacolano la cura dell'obesità infantile, ben note ai PdF, la creazione di ambulatori di 2° livello gestiti da professionisti dell'area pediatrica a sostegno delle Cure Primarie ha realizzato a Ragusa un percorso di cure valido e sostenibile per un congruo numero di bambini. L'89% dei bambini trattati nel 2010 ha ridotto il suo BMI z-score: nel 50% la riduzione è stata $\geq 0,50$ e nel 73% $\geq 0,25$, valori significativi di miglioramento dell'adiposità e del rischio cardio-metabolico e decisamente superiori a quelli riportati

dalla letteratura che per le tre fasce di età <6, 6-12 e >12 anni riporta rispettivamente riduzioni di 0,30, 0,04 e 0,132. I bambini presi in cura a Ragusa, inoltre, erano per il 74% di età scolare fra 6-12 anni (6% prescolare), come in quasi tutti i centri pediatrici di 2° livello, data la tardiva consapevolezza delle famiglie, che nasce solo ai primi episodi di derisione scolastica, e la difficoltà a curare in ambito pediatrico gli adolescenti.

Tali risultati potrebbero motivare i PdF ad occuparsi di nuovo con fiducia di bambini con eccesso ponderale? E magari anche di quelli che non accettano subito l'invio al 2° livello o lo abbandonano troppo presto?

Purtroppo abbiamo notato che la presenza di indici di aumentato rischio-metabolico, riscontrata e comunicata al PdF e alle famiglie, si è

• • •

La Consensus italiana su diagnosi, prevenzione e trattamento dell'obesità del bambino e dell'adolescente invita a realizzare una cura in rete, distinguendo tre livelli assistenziali: il pediatra di famiglia, il team territoriale e quello ospedaliero.

Box 5. Raccomandazioni per ridurre lo stigma sul peso.⁸

1. Modificare il linguaggio e scegliere meglio le parole, anche quelle utilizzate nella cartella clinica.
2. Modificare i modi di dare consigli, in modo che siano "centrati" sui pazienti e le loro famiglie.
3. Rendere l'ambiente professionale accogliente per le persone con obesità.
4. Valutare sempre la presenza di segni di bullismo, bassa autostima, scarso rendimento scolastico, depressione e ansia.
5. Chiedere ai genitori di occuparsi dello stigma a casa con familiari e amici e di informarsi sui piani scolastici previsti per contrastarlo nella scuola frequentata.

associata a più basse percentuali sia di aderenza alla cura che di successo. Probabilmente questi pazienti, che per fattori genetici e ambientali rispondono meno al trattamento e per i fallimenti già registrati hanno meno fiducia di riuscire, richiederebbero cure personalizzate e l'auspicata riduzione dello stigma universale sul peso che non favorisce, ma ostacola la cura (Box 4, 5). Anche l'aderenza al trattamento come il suo abbandono precoce richiedono di essere approfonditi per migliorare l'intervento con le famiglie a maggiore rischio.⁹

La cura su 2 livelli offre vantaggi innumerevoli a tutti gli attori (Box 6) e pone le basi per realizzare nuovi approcci non solo multicomponente, ma anche multisettoriali.¹⁰



E il nostro bambino? (segue Caso clinico) Il pediatra decide di inviarlo con fiducia ad un ambulatorio pediatrico dedicato. Così A. arriva al 2° livello già stigmatizzato a scuola e a casa: cm 154, kg 47, rapporto vita/altezza 0,58, valgismo e pressione arteriosa normale/alta. BMI z-score 3,3 (diagnosi obesità severa con comorbidità).

Viene seguito per 1 anno (tre visite) con un progetto educativo familiare, che punta per prima cosa a ridurre lo stigma in famiglia e a scuola e sostenere l'autostima e la motivazione di tutto il gruppo familiare, oltre →

Come si fa | Ricominciare a curare i bambini in eccesso ponderale con la *Consensus SIP-SIEDP*

Box 6. Vantaggi del progetto di cure a 2 attori: pediatra di famiglia e ambulatorio di 2° livello.

Vantaggi per il Pdf

- Disporre di una formazione aggiornata e basata sugli stessi principi, metodi e obiettivi di cura.
- Disporre di professionisti più formati sull'obesità, cui chiedere supporto/consulenza, con i quali condividere la cura di forme severe o complicate o che peggiorano nonostante l'intervento o che necessitano di figure professionali che ispirino maggiore fiducia e motivazione.
- Disporre di competenze specialistiche anche per i pazienti che rifiutano l'invio al 2° livello.

Vantaggi per l'ambulatorio di 2° livello

- Arruolare pazienti più motivati alla cura.
- Disporre di dati anamnestici accurati.
- Ridurre il drop-out e conoscere l'esito della cura anche dopo la sua conclusione.

Vantaggi per il paziente

- Essere più motivati alla cura.
- Avere cure aggiornate, coerenti, coordinate, adeguate al grado di eccesso ponderale e più efficaci con tempi e costi inferiori.
- Avere sostegno all'accettazione di obiettivi realistici e all'aderenza alla cura.

Box 7. Azioni da condividere in rete fra pediatra di famiglia e ambulatorio dedicato.⁵⁻⁷

1. Chiedere il permesso di affrontare il tema "peso del bambino /famiglia".
2. Usare sempre un linguaggio non deridente non colpevolizzante, parlando del peso.
3. Ricordare che l'obesità è una malattia cronica e che la responsabilità maggiore del suo manifestarsi è nell'ambiente.
4. Usare la fase del cambiamento, cioè la valutazione della loro motivazione, per valutare l'intervento più adeguato in quel momento per quella famiglia.
5. Rinforzare la loro autostima per far nascere e mantenere la voglia di curarsi.
6. Accettare i piccoli risultati che riescono a realizzare (inizialmente sulle intenzioni, poi sui comportamenti e infine su dati antropometrici, alterazioni degli esami e Qualità della Vita) per motivarli a continuare e ottenerne altri.

Bibliografia

1. Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, et al. The obesity transition: stages of the global epidemic. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7:231-40.
2. Ells LJ, Rees K, Brown T, et al. Interventions for treating children and adolescents with overweight and obesity: an overview of Cochrane reviews. *Int J Obes (Lond)* 2018;42:1823-33.
3. Valerio G, Saggese G, Maffei C. Diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente. *Consensus della Società Italiana di Pediatria e Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia pediatrica. Area Pediatrica* 2017;18:151-7 (I parte) e *Area Pediatrica* 2018;19:6-13 (II parte). www.area-pediatria.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=2881&id=29047
4. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017;390:169-77.
5. WHO Working Group: World Health Organization, Regional Office for Europe: Therapeutic Patient Education. Continuing education programs for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Geneva; 1998.
6. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. A family-based education program for obesity: a three-year study. *BMC Pediatr* 2007;7:3.
7. Tanas R, Baggiani F, Caggese G, Messina R, Corsello G. Curare la derisione professionale dei pediatri italiani per non condannare i bambini all'obesità. *Area Pediatrica* 2017;18:126-31.
8. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Section on obesity; obesity society. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics* 2017;140. pii: e20173034.
9. Farnesi BC, Perez A, Holt NL, et al. Continued attendance for paediatric weight management: A multicentre, qualitative study of parents' reasons and facilitators. *Clin Obes* 2019;18:e12304.
10. Siegel RM, Haemer M, Kharofa RY, et al. Community healthcare and technology to enhance communication in pediatric obesity care. *Child Obes* 2018;14:453-60.

→ a suggerire di adottare più scelte alimentari e motorie sane. Intanto A. e la sua famiglia continuano a ricevere sostegno dal Pdf per andare avanti nel percorso anche senza vedere un cambiamento ponderale.

Solo dopo 18 mesi ai numerosi continui successi nelle relazioni familiari, nel percorso scolastico e in quello sportivo, che si sono andati accumulando col passare dei mesi, si aggiunge anche l'atteso miglioramento del BMI z-score! All'ultima visita (la quinta) a 11 anni A. ha BMI z-score 2,66 (diagnosi obesità moderata), rapporto vita/altezza 0,53, pressione arteriosa nella norma! Il calo del BMI z-score di 0,84 viene mantenuto nei 3 anni successivi, come si deduce dai dati di peso e statura comunicati dal suo Pdf, ed è di gran lunga superiore alle previsioni ipotizzate dalle revisioni scientifiche. Risultato ottenuto attivando e coordinando tutti: la famiglia, la scuola ed il gruppo sportivo e tutti i professionisti sanitari coinvolti alla cura di A. per realizzare un processo di miglioramento della sua salute psicofisica, piuttosto che prescrivendo o suggerendo scelte di vita standardizzate. Un vero successo!



Messaggio conclusivo

SOSTENUTI DA UNA POLITICA che si sta finalmente interessando al problema e sta realizzando le scelte più adeguate ad affrontarlo, Ambulatori Pediatrici di 2° livello con équipe formate, istituiti in tutte le aziende sanitarie in collaborazione stretta con le Cure Primarie, anch'esse preparate al lavoro in team (Box 7), potrebbero costituire un "setting" per curare efficacemente i bambini con obesità, con tempi di contatto professionale contenuti e accettabili per le famiglie. Risultati più significativi si potrebbero registrare ampliando il team con altre figure professionali e avviando una collaborazione con la Scuola e con la Comunità per ridurre lo stigma sul peso e una formazione professionale continua sulla cura dell'obesità, con un approccio precoce condiviso non colpevolizzante e attese di risultato realistiche ■

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse.