

fimp  
Federazione Italiana  
Medici *Pediatra*  
sezione di Caserta



III Corso di approfondimento  
professionale per il  
Pediatra di famiglia

Impariamo insieme il sapere,  
il saper fare ed  
il sapersi relazionare



CENTRO CONGRESSI VILLAGGIO VALTUR  
COLONNA BEACH - GOLFO ARANCI (SS)



25 Agosto - 1° Settembre 2006

**OBESITA' ESSENZIALE:  
IL RUOLO DEL  
PEDIATRA DI FAMIGLIA**

**Dott. Lorenzo Mariniello**



**Il pediatra di famiglia, che  
assicura tempestività,  
continuità e gratuità  
delle cure**

**E' nelle condizioni ottimali per individuare precocemente  
comportamenti distorti in grado di condurre all'obesità**

**Per il solido  
rapporto di  
fiducia  
instaurato con i  
genitori e con gli  
stessi pazienti**

**Ruolo chiave**

**Prevenzione**

**dell'eccesso  
ponderale**

**Trattamento precoce**

**Oggi appare difficile non far ingrassare o far dimagrire bambini che vivono in un ambiente che favorisce in molti modi l'aumento di peso**



**Ma il pediatra di famiglia non può permettersi di affrontare con leggerezza la situazione di un bambino piccolo che comincia ad attraversare le linee dei percentili sul grafico della crescita**

**L'incremento ponderale deve essere identificato precocemente e ai genitori devono essere dati gli opportuni consigli**

**BAMBINO OBESO**

**QUANTIFICARE  
L'ECCESSO DI  
PESO**



**Voi come**

**lo valutate?**

## QUANTIFICARE L'ECESSO DI PESO

Nell'ambulatorio del  
pediatra di famiglia  
difficilmente viene  
utilizzato il **plicometro**



# EP (%)

Eccesso ponderale  
in percentuale

# BMI

Body mass index

## QUANTIFICARE L'ECESSO DI PESO

# EP (%)

Eccesso ponderale  
in percentuale

Peso reale – peso ideale

$$\frac{\text{Peso reale} - \text{Peso ideale}}{\text{Peso ideale}} \times 100$$

Esprime la percentuale del peso superiore a quello ideale calcolato in base all'altezza utilizzando i percentili di Tanner

EP > 10%

Sovrappeso

EP > 20%

Obesità

EP > 50%

Obesità grave

# QUANTIFICARE L'ECCESSO DI PESO

# EP (%)

Eccesso ponderale

Peso reale – peso ideale

X 100

Peso ideale

Bambini più alti



Sottostima il sovrappeso

Bambini più bassi



Sovrastima il sovrappeso

Esprime una percentuale ben  
comprensibile ai ragazzi e ai loro  
genitori

Permettendo un confronto,  
nello stesso soggetto, nel tempo

# QUANTIFICARE L'ECESSO DI PESO

# BMI

Body mass index

Indice di massa corporea

Peso (Kg)

Altezza<sup>2</sup> (m)

Molto più preciso nella  
valutazione

Vi sono diversi percentili per la valutazione

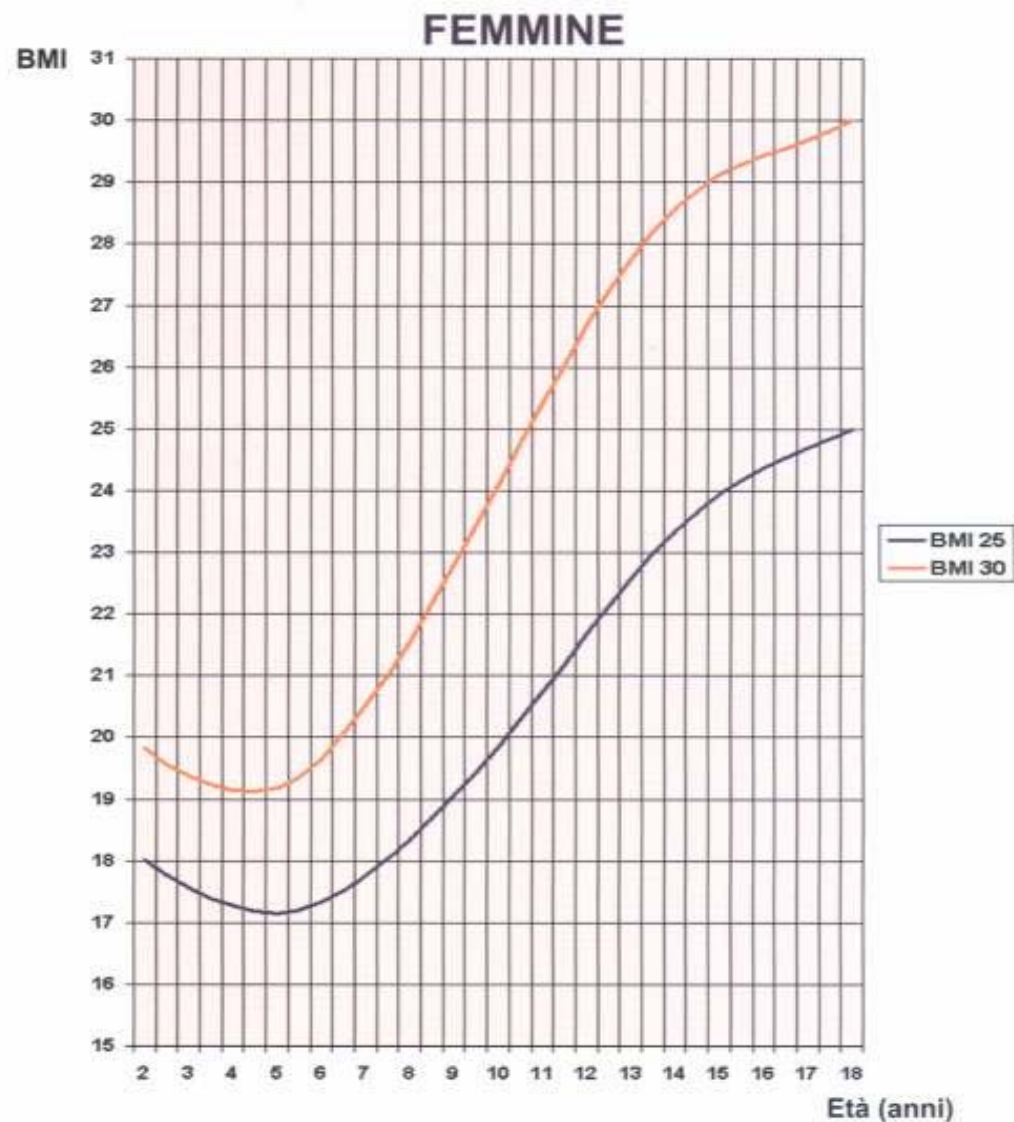


I più usati sono  
quelli di Cole



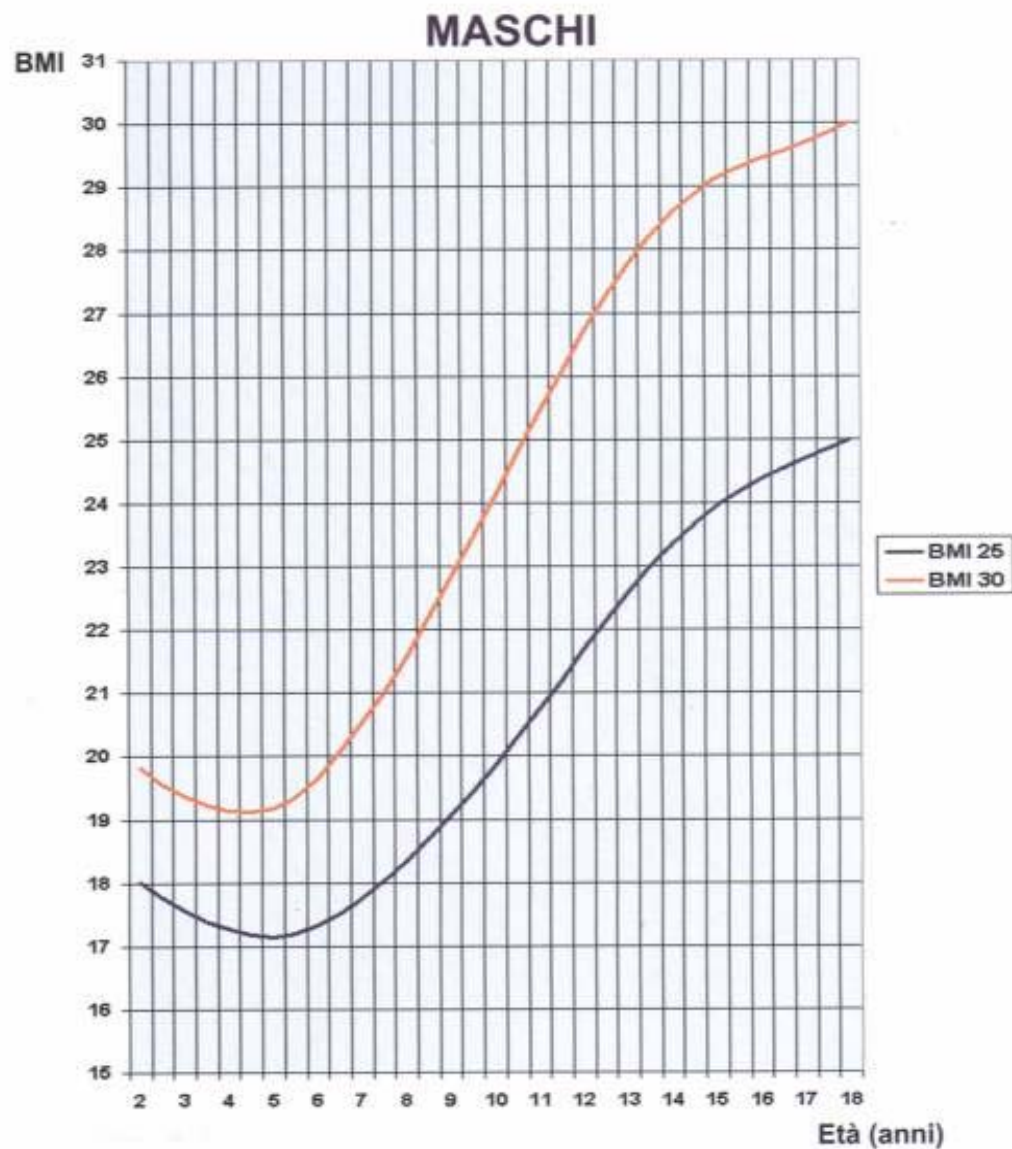
costruiti con dati di  
popolazioni di diversi  
paesi

Percentili corrispondenti ai valori soglia di BMI per sovrappeso (blu) e obesità (rosso) secondo IOTF



Cole et al. (BMJ 2000;320:1240-1243)

Percentili corrispondenti ai valori soglia di BMI per sovrappeso (blu) e obesità (rosso) secondo IOTF



Cole et al. (BMJ 2000;320:1240-1243)

# QUANTIFICARE L'ECCESSO DI PESO

Peso

---

Altezza in m<sup>2</sup>

Valori tra 85° e 95° p



Sovrappeso

Valori > 95° p



Obesità

Il pediatra di famiglia  
deve utilizzare il BMI

In tal modo può valutare nel  
tempo successi e insuccessi

# BMI

Body mass index

Indice di massa corporea

**Una volta definita la presenza e l'entità dell'obesità il pediatra di famiglia dovrà procedere con il seguente iter:**



**ANAMNESI**

**ABITUDINI DI VITA**

**VALUTAZIONE CLINICA**

**INDAGINI DI LABORATORIO**

# ANAMNESI



**Verificare la presenza di  
parenti di I e II grado  
affetti da:**



**Obesità**

**Diabete mellito 2**

**Dislipidemie**

**Ipertensione**

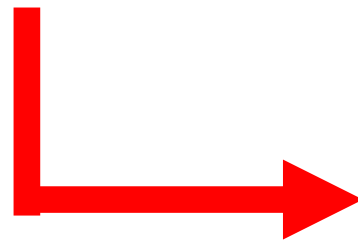
**Malattie cardiovascolari in età inferiore a 55 anni**

# ANAMNESI

**Il bambino è stato  
uno SGA?**



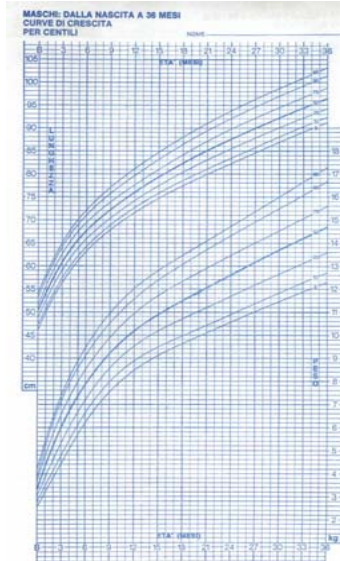
**Per la peculiare situazione  
ormonale stabilitasi nella vita  
intrauterina**



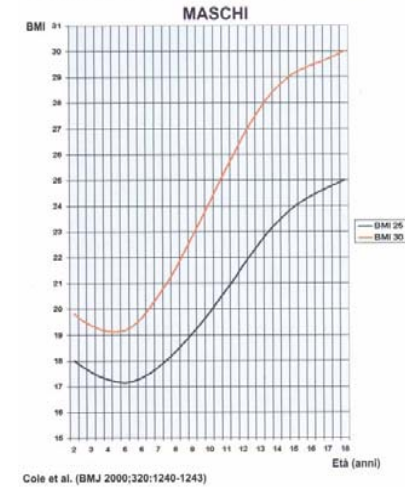
**Più facilmente vanno incontro a  
sindrome polimetabolica quando  
si stabilisce il sovrappeso**

# ANAMNESI

Ricostruire, se possibile, la curva staturale, ponderale e del BMI e individuare l'**adiposity rebound**



Percentili corrispondenti ai valori soglia di BMI per sovrappeso (blu) e obesità (rosso) secondo IOTF



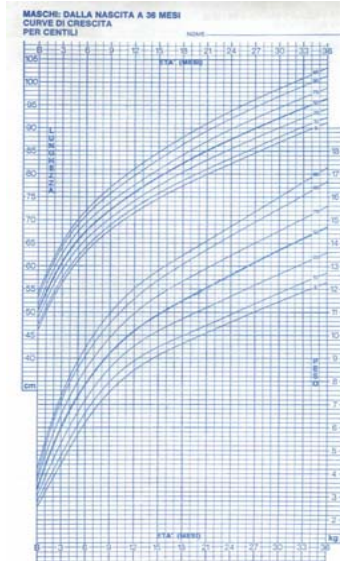
La curva del BMI presenta un aumento rapido nel primo anno per poi diminuire, per riprendere ad aumentare dopo i 5-6 anni di vita

L'età in cui si raggiunge il valore minimo prima dell'incremento

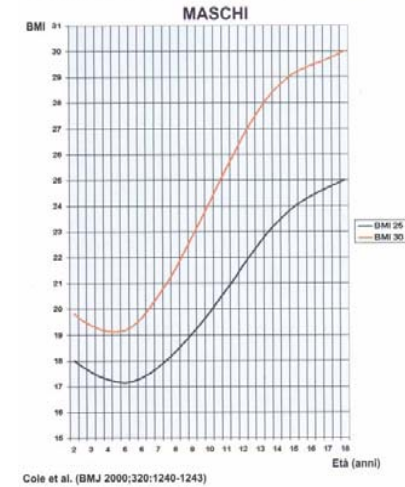
**ADIPOSITY REBOUND**

# ANAMNESI

Ricostruire, se possibile, la curva staturale, ponderale e del BMI e individuare l'**adiposity rebound**



Percentili corrispondenti ai valori soglia di BMI per sovrappeso (blu) e obesità (rosso) secondo IOTF



La curva del BMI presenta un aumento rapido nel primo anno per poi diminuire, per riprendere ad aumentare dopo i 5-6 anni di vita

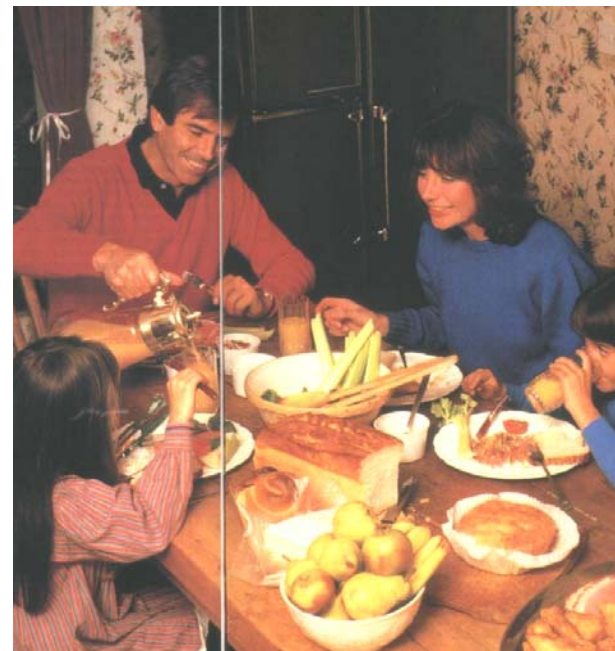
## ADIPOSITY REBOUND PRECOCE

Prima dei 5 anni

E' considerato un precoce indicatore di sviluppo di obesità

# ABITUDINI DI VITA

**Conoscere le abitudini di vita del bambino e della famiglia**



**Permette di individuare errori**

**Permette di programmare modalità di intervento efficace**

# ABITUDINI DI VITA



**Occorre indagare  
l'attività motoria**



**Attività fisica  
spontanea**



**Attività fisica  
programmata**

# ABITUDINI DI VITA

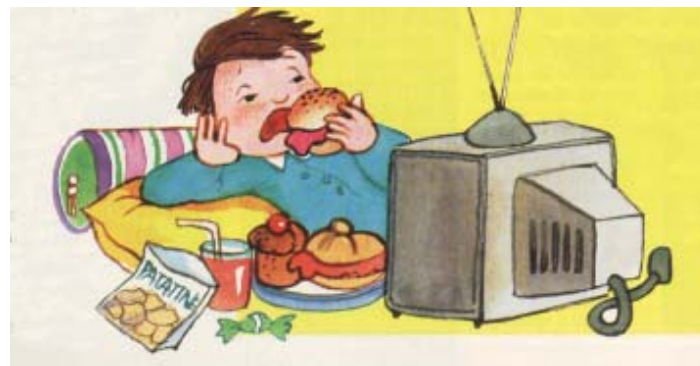
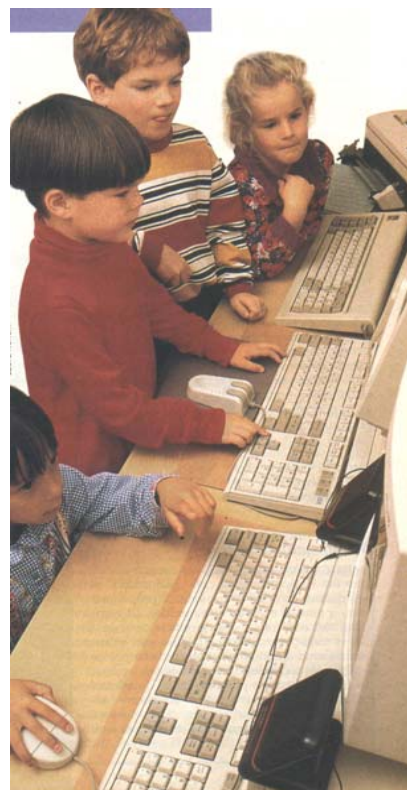
Occorre indagare  
le abitudini sedentarie

**TV**

**Video giochi**

**Computer**

**Ore di studio postscolastico**



# **ABITUDINI DI VITA**

**Occorre indagare  
le abitudini alimentari**

**Cosa chiedereste?**

# ABITUDINI DI VITA

**Occorre indagare  
le abitudini alimentari**

**Con vari metodi:**



**Consumo giornaliero e  
settimanale dei principali  
alimenti**

**Fuoripasto**

**Numero di pasti**

**Prima colazione**

**Registrazione simultanea  
(diario)**

**Recall delle 24 ore**

**Questionari delle frequenze  
di consumo**

# VALUTAZIONE CLINICA



**PESO**

**ALTEZZA**

**BMI**

**ESAME  
OBIETTIVO**



**Obesità essenziale**

**Obesità secondaria**

**Patologia endocrina  
o genetica**

**< 1% dei casi**



# VALUTAZIONE CLINICA



**Devono far sospettare una obesità non essenziale:**

**Bassa statura**

**Ritardo puberale**

**Ritardo mentale**

**Ritardo dell'età essea**

**Segni clinici di endocrinopatia**

**Segni clinici sindromici**



# VALUTAZIONE CLINICA + ANAMNESI

Permettono di individuare segni e sintomi di patologia associata all'obesità

## Cosa valutereste?

Russamento, OSA (obstructive sleep apnea)

Dolore addominale ipocondrio dx (colelitiasi)

Oligomenorrea o amenorrea (sindrome ovaio policistico)

Acanthosis nigricans (aree di cute iperpigmentate localizzate al collo e grandi pieghe, segno di insulinoresistenza)

# INDAGINI DI LABORATORIO

Per escludere alterazioni metaboliche nei soggetti obesi occorre eseguire:

Transaminasi
Trigliceridi
Glicemia a digiuno
Insulinemia
Colesterolo
HDL Colesterolo
LDL Colesterolo

v.n. < 100 mg/dl;  
intolleranza al glucosio 100-125 mg/dl;  
Diabete > 125 mg/dl

Resistenza insulinica > 15 mcU/ml o  
rapporto glicemia/insulina < 7

v.n. < 180 mg/dl;

v.n. > 40 mg/dl;

v.n. < 130 mg/dl;

**Si suggerisce di porre diagnosi di sindrome metabolica in presenza di tre o più delle seguenti alterazioni:**



**Circonferenza della vita > 90° centile o BMI indicativo di obesità**

**Trigliceridemia > 95° centile**

**Colesterolemia HDL < 5° centile**

**Pressione sistolica e/o diastolica > 95° centile**

**Glicemia a digiuno > 100 mg/dl**

# PREVENZIONE E TERAPIA

Obesità presente  
all'età di 6 anni

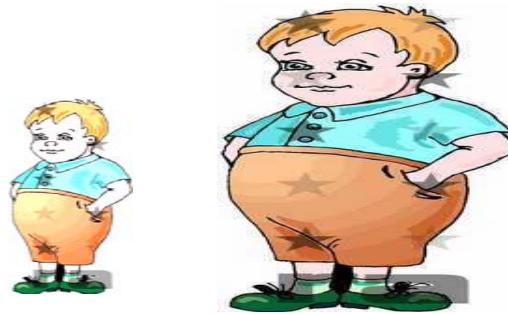


Possibilità del 25% circa  
di obesità in età adulta

Obesità presente  
all'età di 12 anni



Possibilità del 75% circa  
di obesità in età adulta



Tanto prima  
l'obesità viene  
trattata



Tanto maggiore è la  
probabilità che il  
bambino non diventi  
obeso in età adulta

# **RUOLO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA** nella gestione dell'obesità

**Prevenzione**

**Diagnosi precoce**

**Screening di complicanze**

**Terapia del sovrappeso**

**Terapia dell'obesità non complicata**

**Selezione dei pazienti da inviare a un centro di secondo livello**



**Il pediatra di famiglia deve inviare il paziente a un centro di secondo livello in caso di:**



**Sospetto di obesità secondaria**

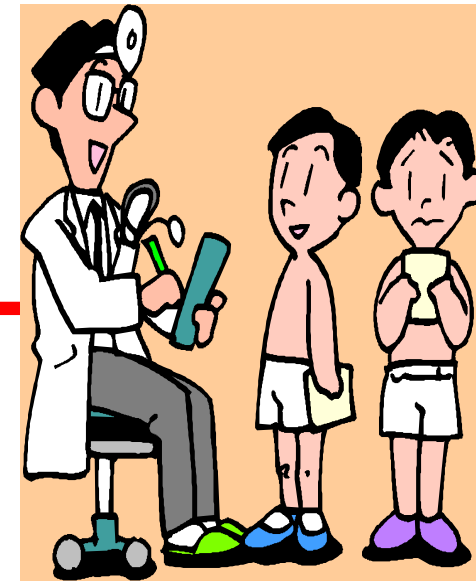
**Obesità grave per entità, per rischio anamnestico o complicanze associate**

**Insufficiente compliance verso la terapia**

**Comparsa di un peggioramento del quadro clinico delle patologie associate**

# PREVENZIONE E TERAPIA

Considerando i costi umani, sociali ed economici che l'obesità infantile comporterà in un prossimo futuro



**Il pediatra di famiglia  
assume un ruolo privilegiato  
in tale programma per la  
frequenza dei contatti**

**E' necessario attivare  
programmi di prevenzione  
efficaci e capillari sin dalla  
prima infanzia**

# BILANCI DI SALUTE

SOGGETTI NORMOPESO

SOGGETTI SOVRAPPESO  
E OBESI



Attività preventiva



Percorso terapeutico

Allo scopo di ridurre il rischio di un peggioramento del quadro clinico e per prevenire le complicanze somatiche e psicologiche

**I Bilanci di salute** rappresentano l'occasione per dare ai genitori semplici consigli sin dalle fasi precoci della vita

**Promozione  
dell'allattamento  
al seno con  
prosiegua almeno  
per i primi 6 mesi  
di vita**



**Inizio del  
divezzamento non  
prima del sesto  
mese**



**Qualità  
dell'alimentazione  
nei primi anni**



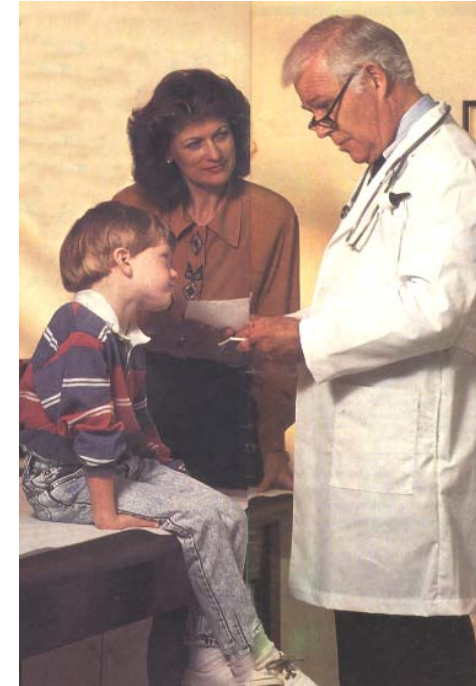
**Il pediatra di famiglia nel corso dei  
Bilanci di salute può offrire consigli  
anche in assenza di domanda**

**E può proporre interventi**

**Non aggressivi**

**Continui**

**Adattabili alle  
esigenze di ogni  
famiglia**

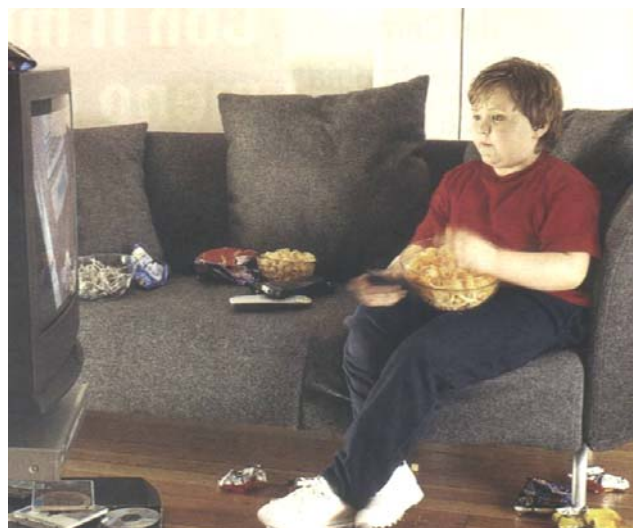


**Le diete restrittive danno scarsi risultati  
a lungo termine**

**Non si presenta più ai controlli**

**Recuperando il peso perso spesso con  
qualche chilo in più**

**Il rapido calo crea  
nel paziente la falsa  
illusione di aver  
risolto il problema**



**Ciò può comportare danni  
psicologici da insuccesso  
con possibile evoluzione  
verso quadri depressivi**

Studi recenti valorizzano l'approccio  
finalizzato a

**MODIFICARE LO STILE DI VITA**



Incidere positivamente e in  
modo persistente



**ALIMENTAZIONE**

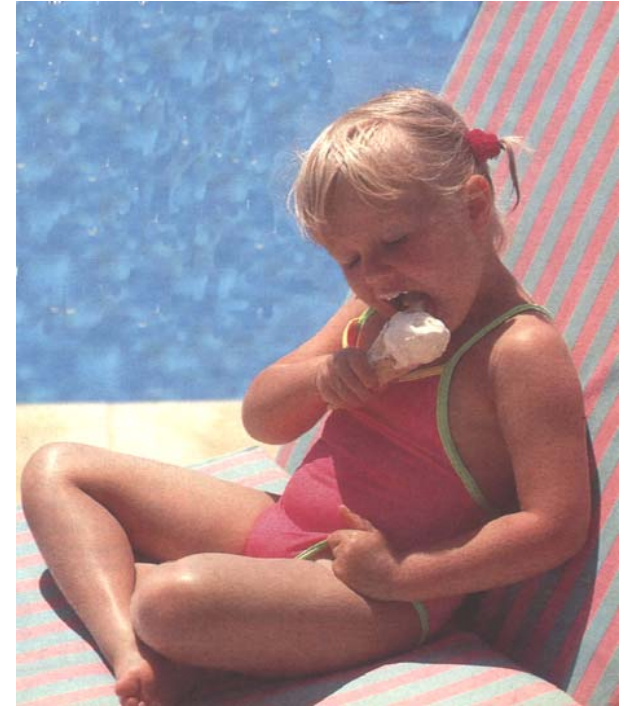
**COMPORAMENTO**

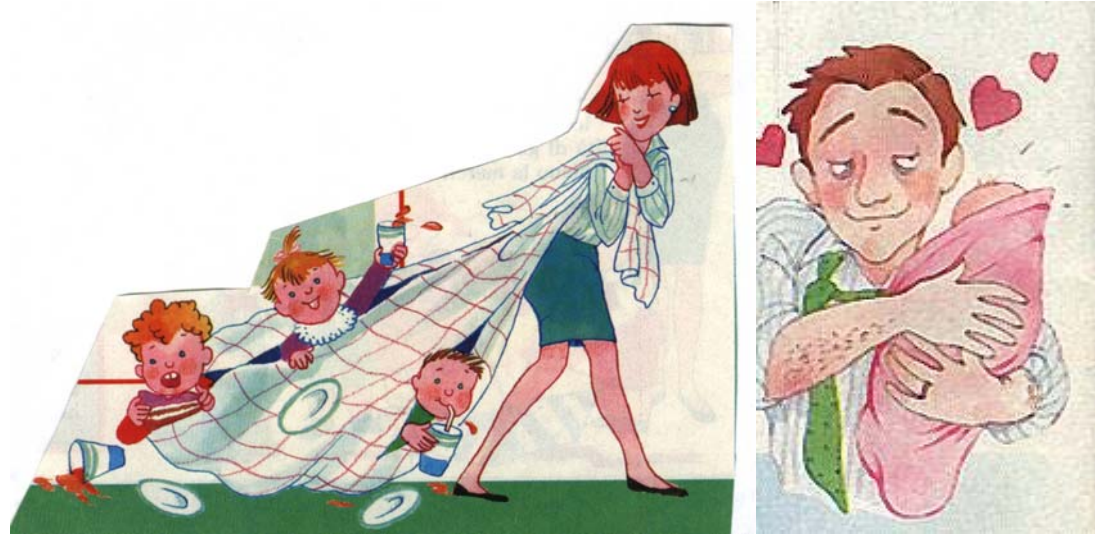
**ATTIVITA' FISICA**

**Occorre spiegare che l'obiettivo  
è di ottenere un dimagrimento  
graduale ma duraturo**

Motivato non tanto dall'aspetto  
fisico

**Ma dalla necessità  
di prevenire le complicanze  
legate all'obesità**





**Il coinvolgimento e la collaborazione  
di tutta la famiglia  
sono presupposti fondamentali  
per il successo della terapia**

**La promozione  
dell'attività fisica  
nel trattamento  
dell'obesità del  
bambino è  
irrinunciabile**



**L'esercizio fisico utilizza  
energia**

**Riduce la quantità di  
energia assunta che viene  
immagazzinata come  
tessuto adiposo**



**A riposo vengono usate  
più calorie**

**Aumenta la massa  
corporea magra**

**Esercizio fisico “programmato”**

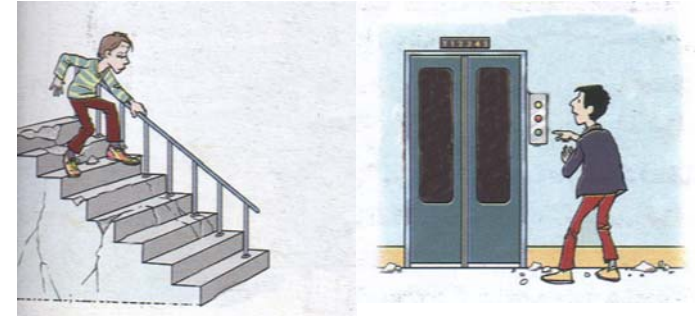
**E' quello confinato ad un orario  
dedicato, ripetibile**

**Ora di palestra, nuoto,  
bicicletta, marcia, corsa ecc.**



## Esercizio fisico “non programmato”

**Corrisponde all'attività svolta nell'arco della giornata e legata allo stile di vita del bambino**

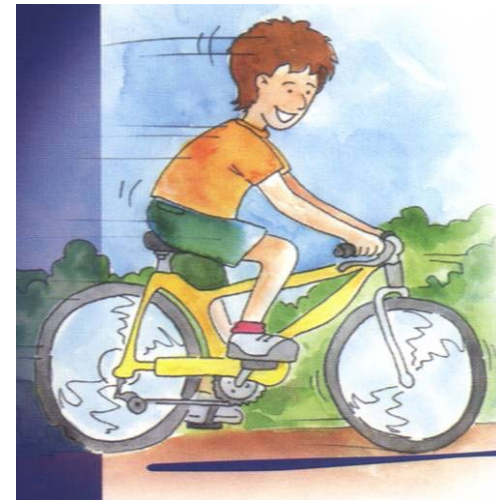


**Il pediatra deve consigliare quelle occasioni che possono, nel corso della giornata, aumentare l'attività senza particolari sacrifici**

**Prendere le scale  
invece dell'ascensore**

**Esercizio fisico “non programmato”**

**Corrisponde all'attività svolta nell'arco della giornata e legata allo stile di vita del bambino**



**Il pediatra deve consigliare quelle occasioni che possono, nel corso della giornata, aumentare l'attività senza particolari sacrifici**

**Andare a scuola a piedi  
o in bicicletta**

**Esercizio fisico “non programmato”**

**Corrisponde all'attività svolta nell'arco della giornata e legata allo stile di vita del bambino**



**Il pediatra deve consigliare quelle occasioni che possono, nel corso della giornata, aumentare l'attività senza particolari sacrifici**

**Scendere dall'autobus  
una fermata prima**

**Esercizio fisico “non programmato”**

**Corrisponde all'attività svolta nell'arco della giornata e legata allo stile di vita del bambino**



**Il pediatra deve consigliare quelle occasioni che possono, nel corso della giornata, aumentare l'attività senza particolari sacrifici**

**Parcheeggiare l'auto lontano**

**Esercizio fisico “non programmato”**

**Corrisponde all'attività svolta nell'arco della giornata e legata allo stile di vita del bambino**

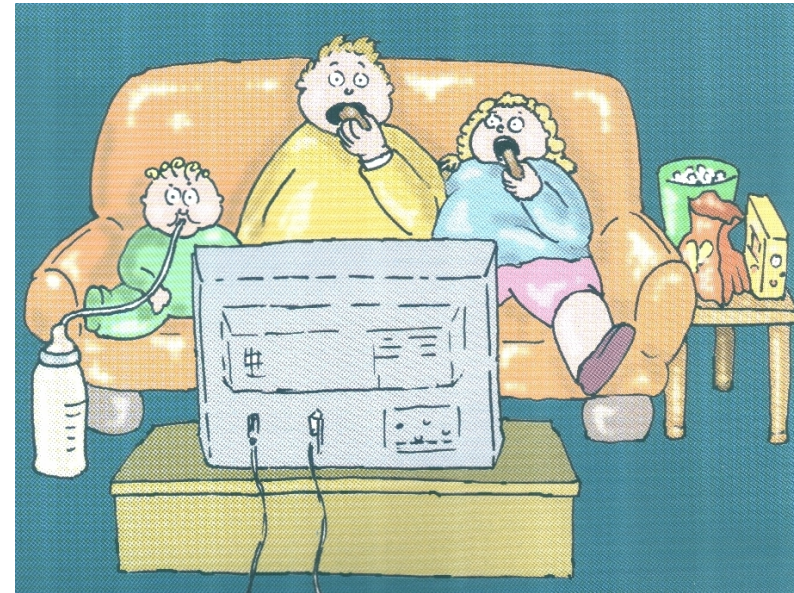


**Il pediatra deve consigliare quelle occasioni che possono, nel corso della giornata, aumentare l'attività senza particolari sacrifici**

**Giochi movimentati  
in casa, ai giardini, in cortile**

**Saltare la corda, giocare a pallone, a nascondino ecc.**

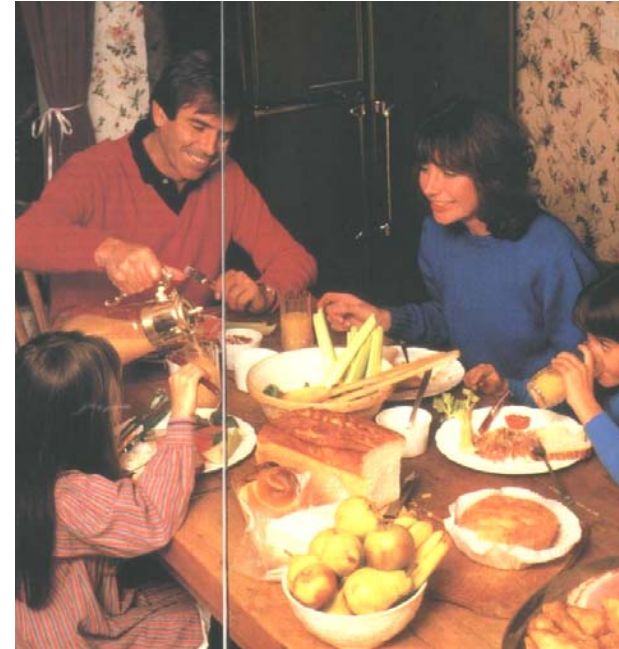
**Ridurre al minimo la televisione**



**Promuove la sedentarietà**

**Incentiva gli apporti alimentari scorretti tramite la pubblicità**

**Concentrare l'assunzione di  
alimenti in 4 o 5 pasti  
eliminando i fuori pasto**



**Il bambino deve imparare a mangiare  
seduto a tavola, con gli altri componenti  
della famiglia**

**Utilizzare piatti di piccole dimensioni con porzioni moderate**

# Eliminare

Succhi di frutta



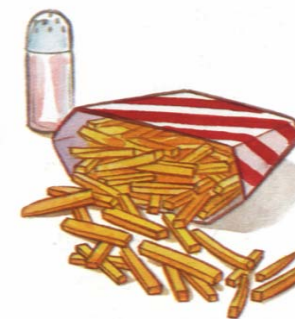
Merendine



Dolci



Budini



Bevande gasate

Patatine

Altri alimenti confezionati  
dall'industria

Caramelle

**Offerta di cibi semplici, poco manipolati o raffinati capaci di indurre elevato senso di sazietà**

**Pasta**

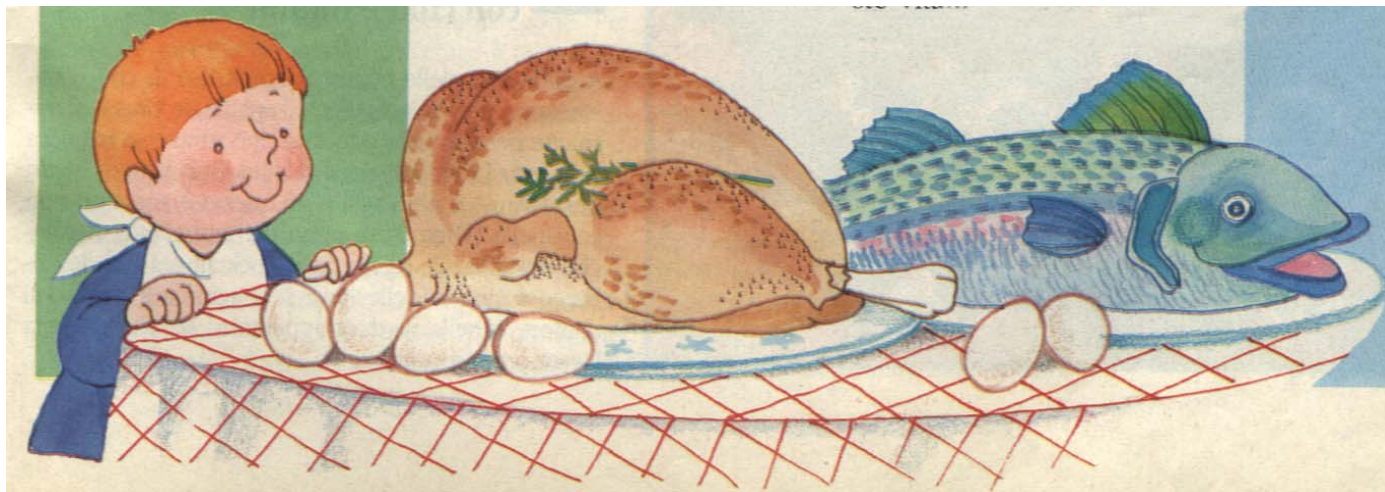
**Pesce**

**Legumi**

**Carne**

**Formaggi**

**Verdura e frutta**



# Limitare riso, pane e patate



## **Evitare periodi di digiuno prolungati**

**Dopo periodi di digiuno si  
ha meno controllo  
sull'appetito e  
sulla qualità di quel che  
si mangia**



# Effettuare un'abbondante colazione

**Ciò che si mangia al mattino viene bruciato più facilmente**



**Il bambino deve essere educato all'assunzione di alimenti quali: latte, yogurt, cereali (pane, fette biscottate, cereali integrali), frutta**

## Importante una adeguata ripartizione dei nutrienti

Assunzione di un pasto completo  
sia a pranzo che a cena



**Piatto unico**

o

**Primo + secondo**

**Con cereali**

(pasta al dente o  
riso o pane  
preferibilmente  
integrale)

**+ verdura e frutta**

**Variare nei 14 pasti settimanali (2 al giorno) le scelte alimentari secondo il seguente schema**

**4 volte alla settimana**

**4 volte alla settimana**

**4 volte alla settimana**

**1 volte alla settimana**

**1 volte alla settimana**

**Carne**

**Pesce**

**Legumi**

**Formaggi**

**Uova**



**Tali consigli sono stati sintetizzati  
in una scheda consegnata ai  
genitori nel corso dei Bilanci di  
Salute effettuati in età  
preadolescenziiale e adolescenziale  
nell'ambito di un progetto  
concordato con le ASL di Caserta**



**A distanza di tre mesi dall'inizio del progetto i risultati appaiono sorprendentemente buoni tanto da incoraggiarci a perseguire la strada intrapresa**

**Di fronte ad adolescenti  
affetti da obesità di grado  
elevato**



**Soprappeso  $\geq$  50% rispetto al peso ideale**

**Una alimentazione  
equilibrata può  
risultare inefficace**

**Si preferiscono  
diete a scambi  
con un apporto  
calorico ridotto  
del 20% rispetto  
a quello ideale**

**Una volta impostato il programma dietetico**



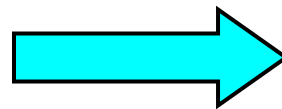
**L'efficacia del trattamento deve essere verificata con controlli clinici periodici**

**L'obesità è da considerare una malattia cronica che come tale va affrontata**

**Durante i controlli clinici si dovrà valutare la compliance del paziente e della sua famiglia agli interventi proposti**



**Valorizzando i miglioramenti ed evidenziando eventuali difficoltà**



**Modificando, se necessario, l'approccio iniziale**

**Non serve prescrivere ai pazienti  
obesi la dieta e dire loro cosa fare  
o non fare**



**Il cambiamento si può, invece, raggiungere solo con  
una partecipazione attiva del ragazzo e della famiglia**

**con un impegno  
costante**

**modificando lo “stile di  
vita”**

**con la consapevolezza  
che solo con piccoli passi**

**si potrà risolvere il  
problema**