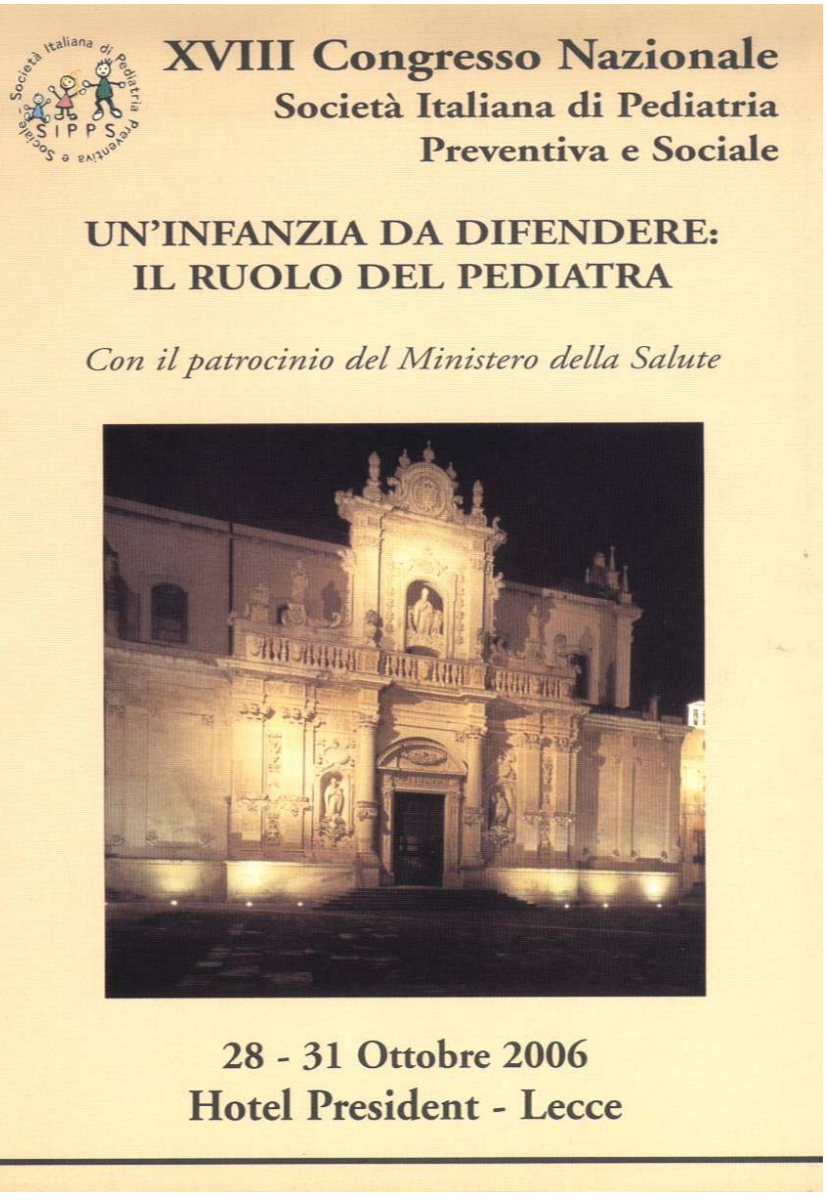



# OBESITA' ESSENZIALE:

# IL RUOLO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Dott. Lorenzo Mariniello

# Come nella maggior parte dei paesi sviluppati, anche in Italia la prevalenza dell'obesità è in rapido aumento

**L'Italia è addirittura al 1° posto in Europa con 1/3 dei bambini in sovrappeso.**

**La più alta percentuale di obesità è stata rilevata in Campania ed Abruzzo**

**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'ECCESSO DI PESO

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

## EP (%)

Eccesso ponderale in percentuale

## BMI

Body mass index

# QUANTIFICARE L'ECCESSO DI PESO

# EP (%)

**Eccesso ponderale in percentuale**

$$\frac{\text{Peso reale – peso ideale}}{\text{Peso ideale}} \times 100$$

**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**

$$\frac{\text{Peso reale – peso ideale}}{\text{Peso ideale}} \times 100$$

**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'ECCESSO DI PESO

# BMI

**Body mass index**

**Indice di massa corporea**

$$\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altezza}^2 \text{ (m)}}$$

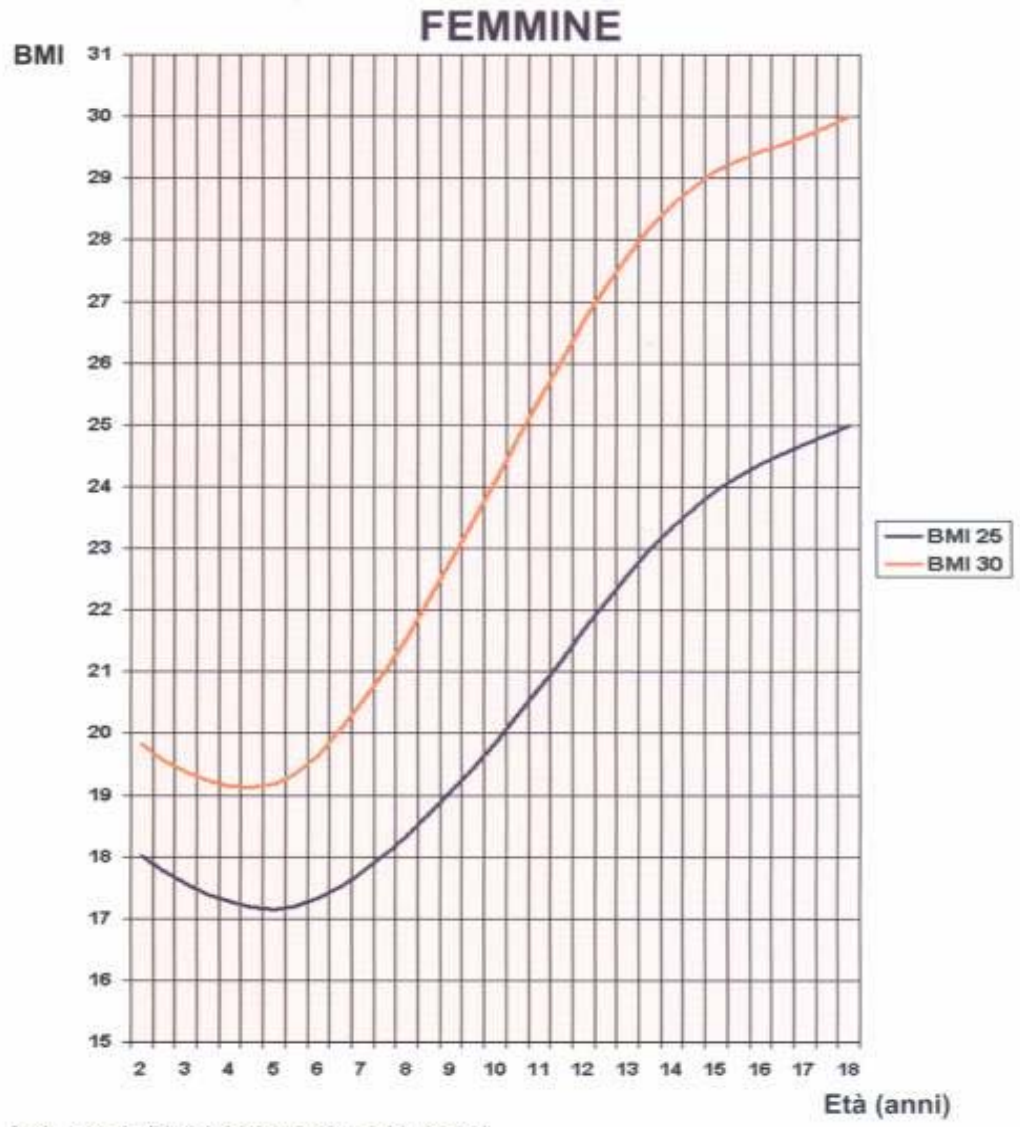
**Molto più preciso nella valutazione**

**Vi sono diversi percentili per la valutazione**

**I più usati sono quelli di Cole**

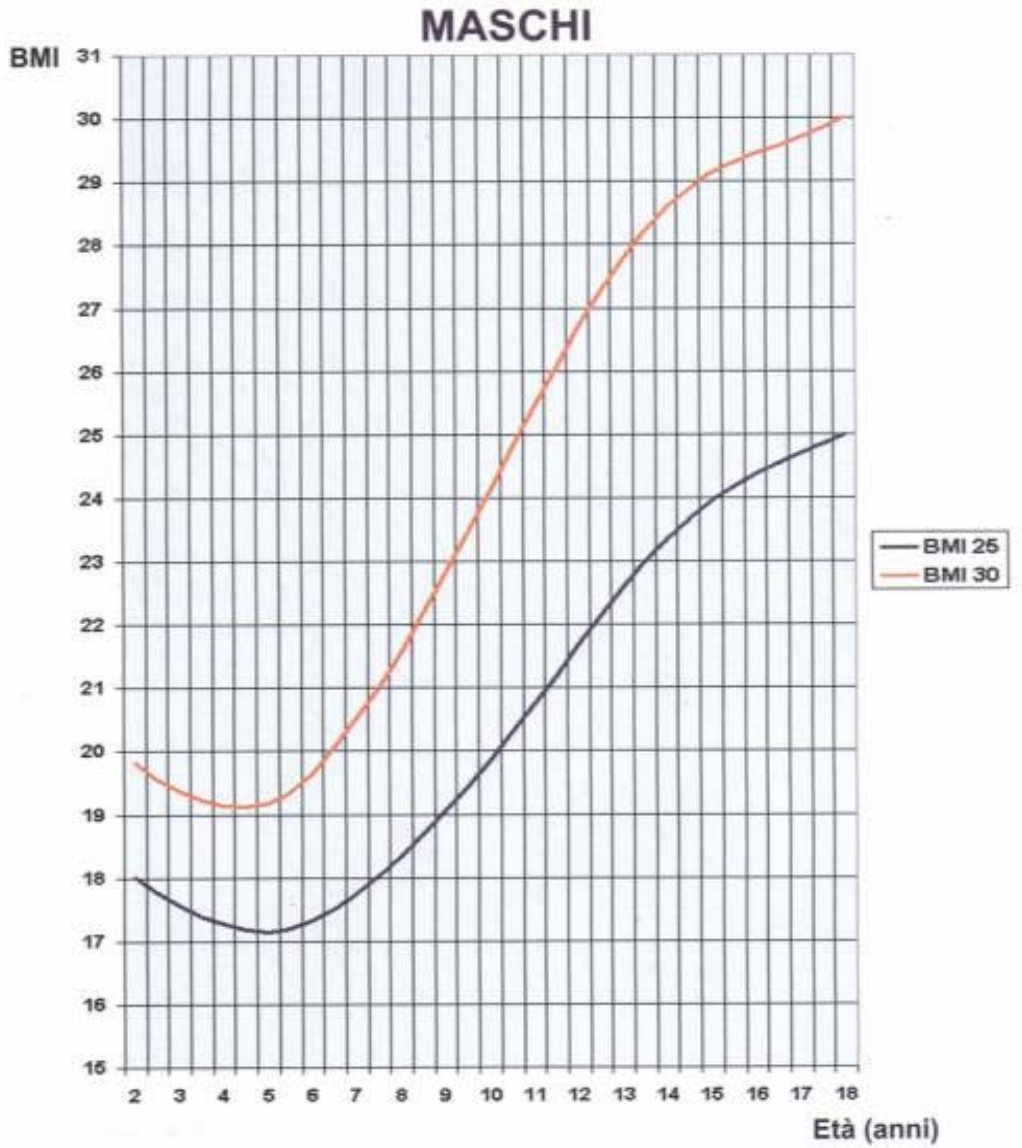
**costruiti con dati di popolazioni di diversi paesi**

# 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

# BMI

**Body mass index**

**Indice di massa corporea**

$$\frac{\text{Peso}}{\text{Altezza in m}^2}$$

**Valori tra 85° e 95° p** → **Sovrappeso**

**Valori > 95° p** → **Obesità**

**Il pediatra di famiglia deve utilizzare il BMI**

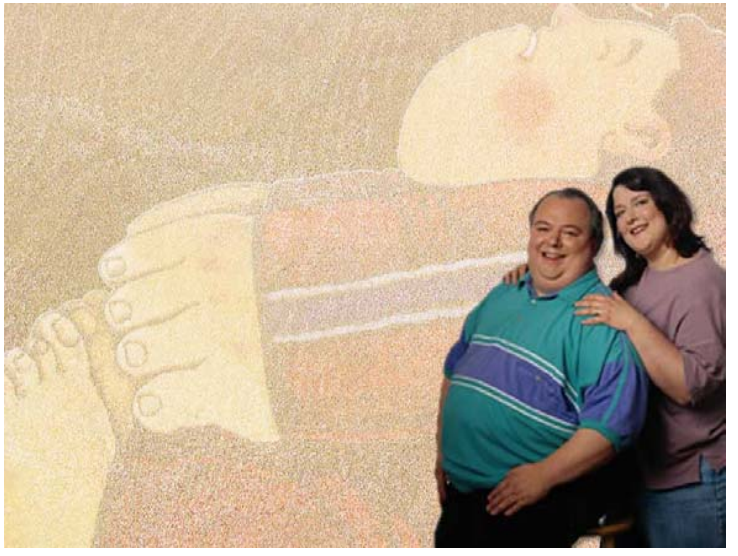
**In tal modo può valutare nel tempo successi e insuccessi**

**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

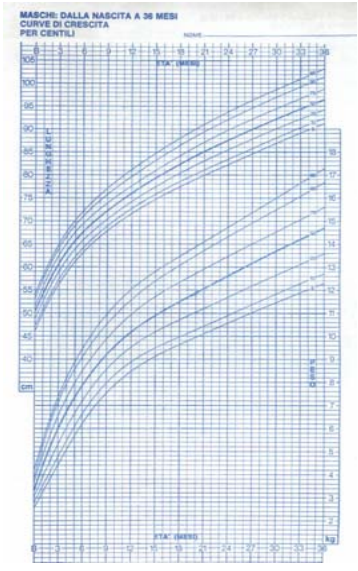
**Il bambino è stato uno SGA?**

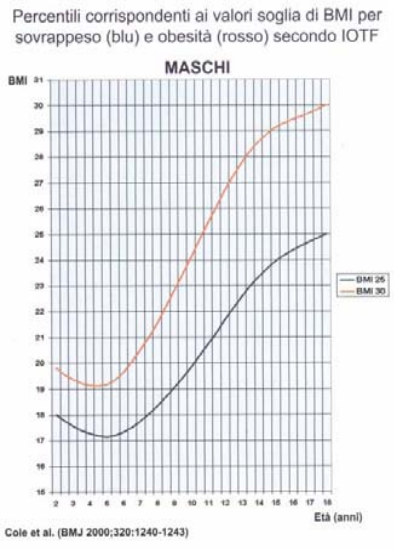
**Per la peculiare situazione ormonale stabilitasi nella vita intrauterina**

**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**



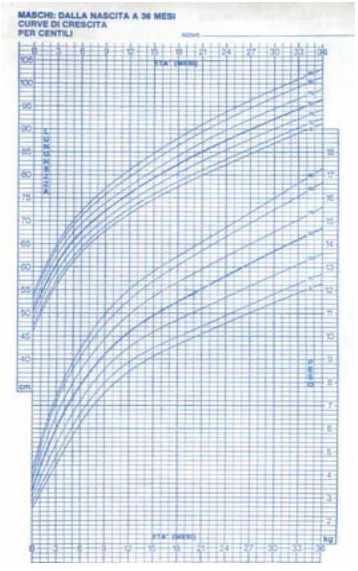

**La curva del BMI presenta un aumento rapido nel primo anno per poi diminuire, per riprendere ad aumentare dopo i 5-6 anni di vita**

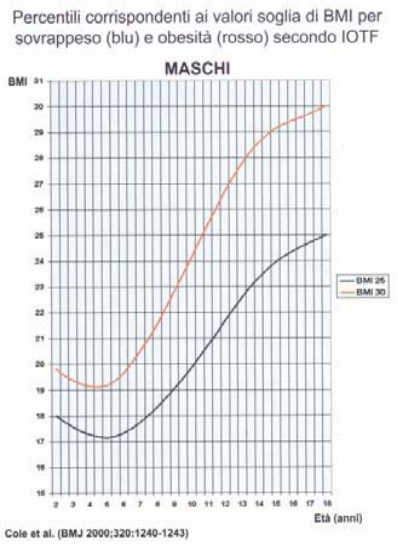
L'età in cui si raggiunge il valore minimo prima dell'incremento

# ADIPOSITY REBOUND

# ANAMNESI

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



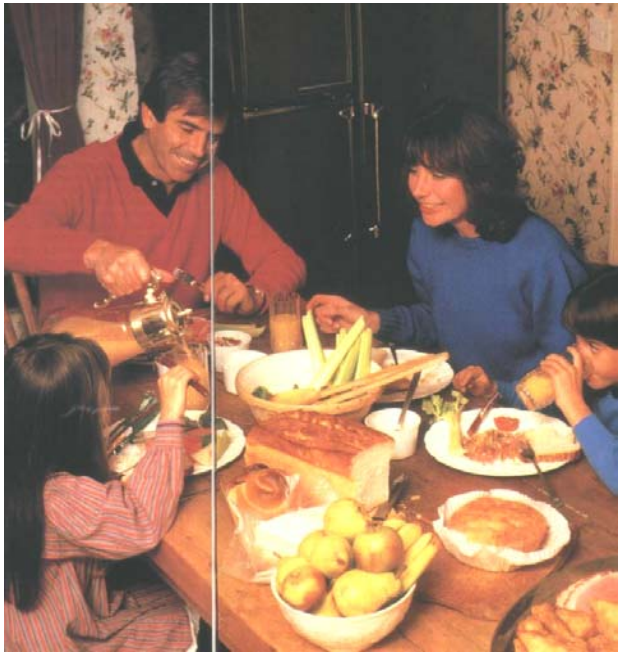

**La curva del BMI presenta un aumento rapido nel primo anno per poi diminuire, per riprendere ad aumentare dopo i 5-6 anni di vita**

# 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**

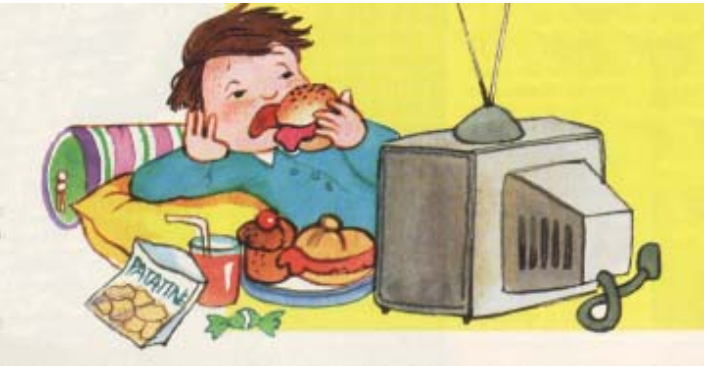
**Attività fisica spontanea**

**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** **< 1% dei casi**

**Patologia endocrina o genetica**

# 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**

- **Russamento, OSA** (obstructive sleep apnea)
- **Dolore addominale ipocondrio dx** (colelitiasi)
- **Oligomenorrea o amenorrea** (sindrome ovaio policistico)
- **Acanthosis nigrigans** (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 | v.n. < 100 mg/dl; |
| Glicemia a digiuno | intolleranza al glucosio 100-125 mg/dl; Diabete > 125 mg/dl |
| Insulinemia | Resistenza insulinica > 15 mcU/ml o rapporto glicemia/insulina < 7 |
| Colesterolo | v.n. < 180 mg/dl; |
| HDL Colesterolo | v.n. > 40 mg/dl; |
| LDL Colesterolo | v.n. < 130 mg/dl; |

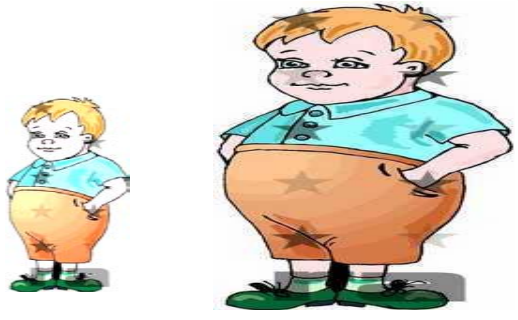
**Si suggerisce di porre diagnosi di sindrome metabolica in presenza di tre o più delle seguenti alterazioni:**

- 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**

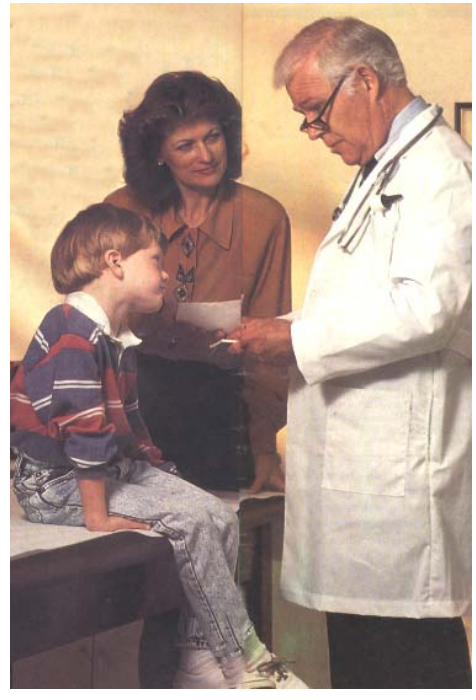
**I Bilanci di salute rappresentano l'occasione per dare ai genitori semplici consigli sin dalle fasi precoci della vita**

**Promozione dell'allattamento al seno con prosieguo 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**

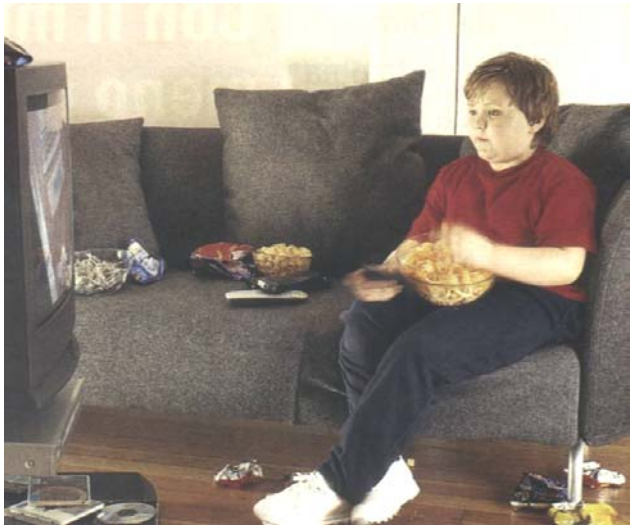
**Adattabili alle esigenze di ogni famiglia**

**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**

**COMPORTAMENTO**

**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

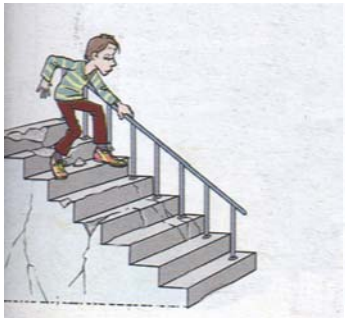
# Esercizio fisico “programmato”

**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**

# Parcheggiare l'auto lontano

## Esercizio fisico “non programmato”

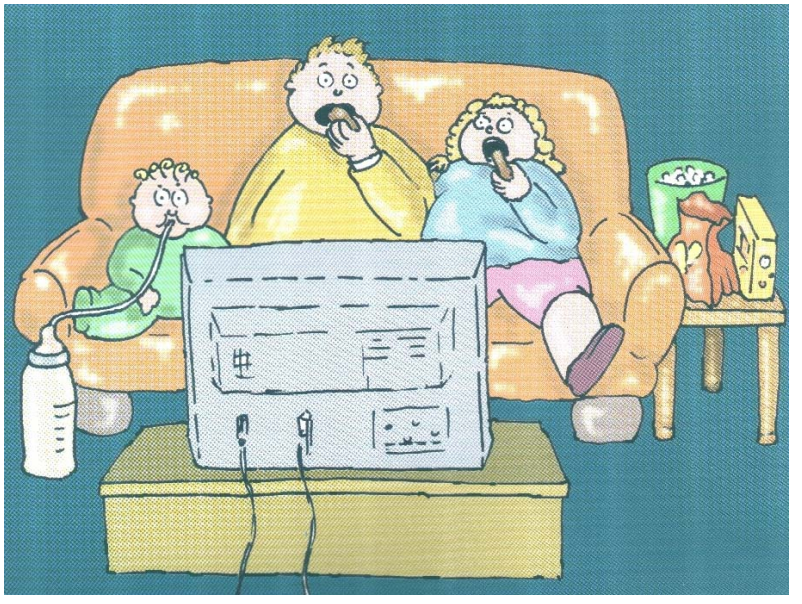
**Corrisponde all’attività svolta nell’arco della giornata e legata allo stile di vita del bambino**

**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.**

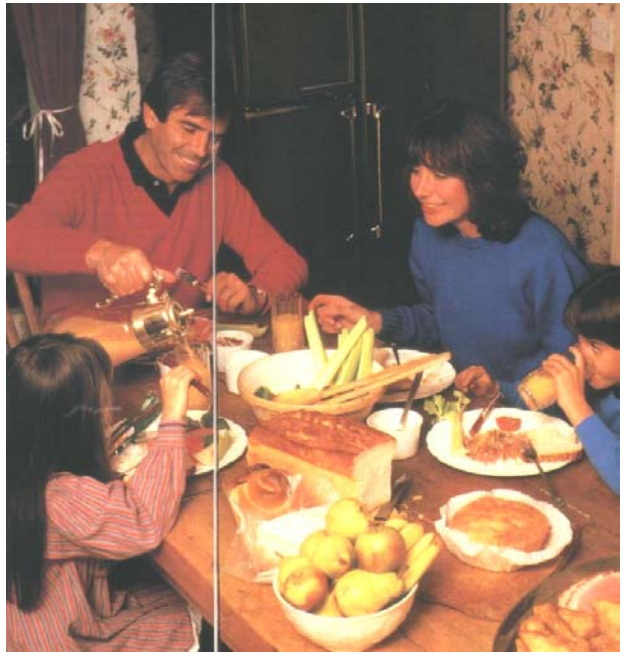
**Ridurre al minimo la televisione**



**Promuove la sedentarietà**

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

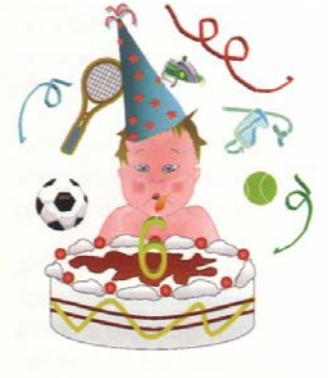
**Concentrare l'assunzione di alimenti in 4 o 5 pasti eliminando i fuori pasto**



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

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

# Eliminare

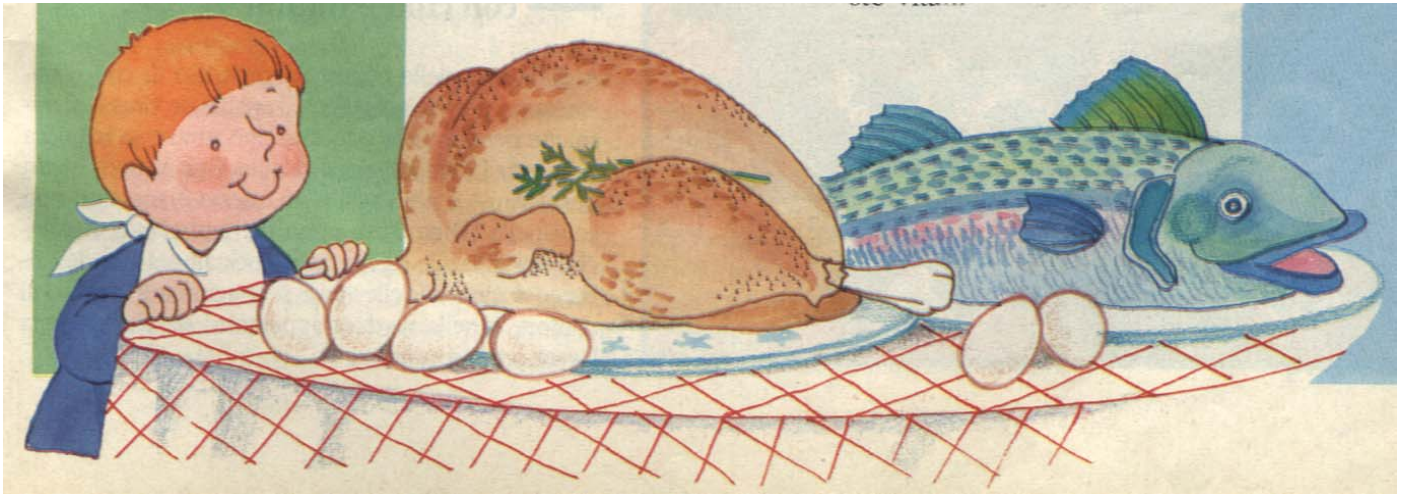


- Succhi di frutta
- Merendine
- Dolci
- Budini
- Bevande gasate
- Patatine
- Caramelle

**Altri alimenti confezionati dall’industria**

**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**

| | |
|---|---|
| 3 volte alla settimana | Carne |
| 3 volte alla settimana | Pesce |
| 2 volte alla settimana | Legumi |
| 2 volte alla settimana | Formaggi |
| 2 volte alla settimana | Uova |
| 2 volte alla settimana | Prosciutto crudo magro o bresaola |

fimp
Federazione Italiana Medici Pediatri

REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale CASERTA 2
ASL CE

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
SIPPS

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

fimp
Federazione Italiana Medici Pediatri

REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale CASERTA 2
ASL CE

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale
SIPPS

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

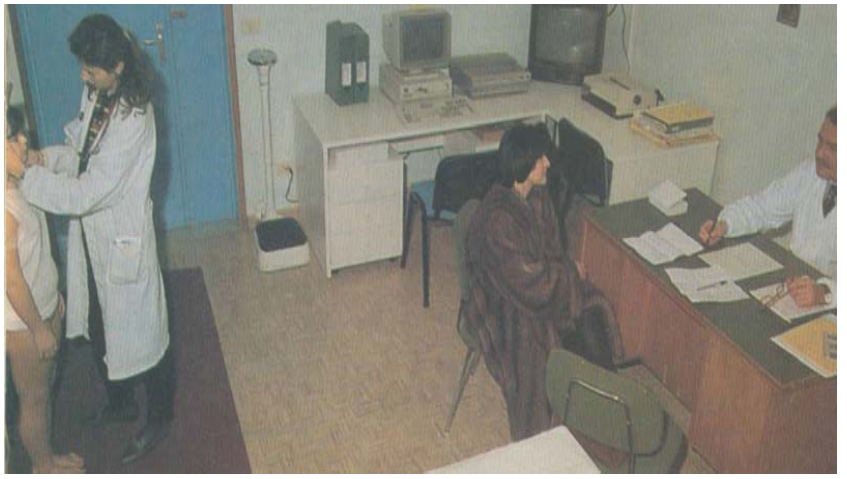
**Di fronte ad adolescenti affetti da obesità di grado elevato**

Soprappeso ≥ 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**

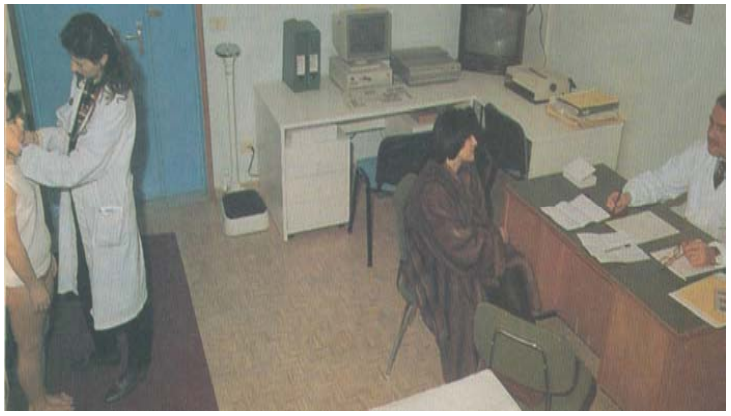
**Una volta impostato il programma dietetico**



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**