L'alimentazione del bambino...
sano, allergico, con malattia cronica
PARMA 26-27 OTTOBRE 2012

Il bambino obeso, tra stili di vita e dieta; come aiutare la famiglia

Anita Morandi

U.O.C. di Diebetologia, Nutrizione Clinica e Obesità in Età Pediatrica

PRESENTZIONE DEL PROBLEMA

DEFINIZIONE DI OBESITA' INFANTILE

1- AAP: sovrappeso = BMI ≥ 85° percentile e obesità = BMI ≥ 95° percentile secondo curve precedenti l'epidemia di obesità (in Italia non ne esistono. Preferibili quelle US del CDC).

2- IOTF: cut-offs di BMI internazionali corrispondenti a BMI = 25 (sovrappeso) e BMI = 30 (obesità) a 18 anni di età, basati da estrapolazione da varie curve nazionali mescolate (Curve di Cole) o, se possibile, cut-offs nazionali di BMI corrispondenti a 25 e 30 all'età adulta

PRESENTZIONE DEL PROBLEMA

DEFINIZIONE DI OBESITA' INFANTILE

Table 2. Prevalence of overweight and obesity in northern Italy vs. southern Italy

	Boys				Girls			
	Northern Italy		Southern Italy		Northern Italy		Southern Italy	
	OW (%)	OB (%)	OW (%)	OB (%)	OW (%)	OB (%)	OW (%)	OB (%)
BMI-cut off (25-30) nazion.	12.3	4.3	21.3	8.1	11.9	2.3	18.3	3.3
International Obesity Task Force	11.3	5.7	17.8	12.3	17.9	5.8	22.4	10.7
Centers for Disease Control ***perc.°***	14.7	11.7	16.3	22.9	15.5	12.9	20.1	19.6

Data are shown for boys and girls separately, according to national reference, International Obesity Task Force tables, and Centers for Disease Control tables. Northern Italy vs. southern Italy: all differences are significant with $p < 0.01$. OW, overweight; OB, obesity.

Maffeis et. Al, Obesity 2006

Definizione che usi…prevalenza che trovi…

PRESENTZIONE DEL PROBLEMA

DEFINIZIONE DI OBESITA' INFANTILE

La definizione più "stretta" è quella che usa i cut-off corrispondenti a 25 e 30, piuttosto che quella che usa i percentili. Inoltre…

Esempio: maschi dagli 8 ai 12 anni	Cole BMI cut-off per obesità (30 a 18 aa)	Cacciari (SIEDP) BMI cut-off per obesità (30 a 18 aa)
8 AA	21.6	25.6
9 AA	22.7	26.7
10 AA	24.0	27.6
11 AA	25.1	28.4
12 AA	26.0	29.0

I cut-offs basati sulle curve nazionali SIEDP (Cacciari, Eur J End 2006) comportano una prevalenza ancora più bassa rispetto ai cut-off s di Cole e rappresentano quindi la definizione più "stretta".

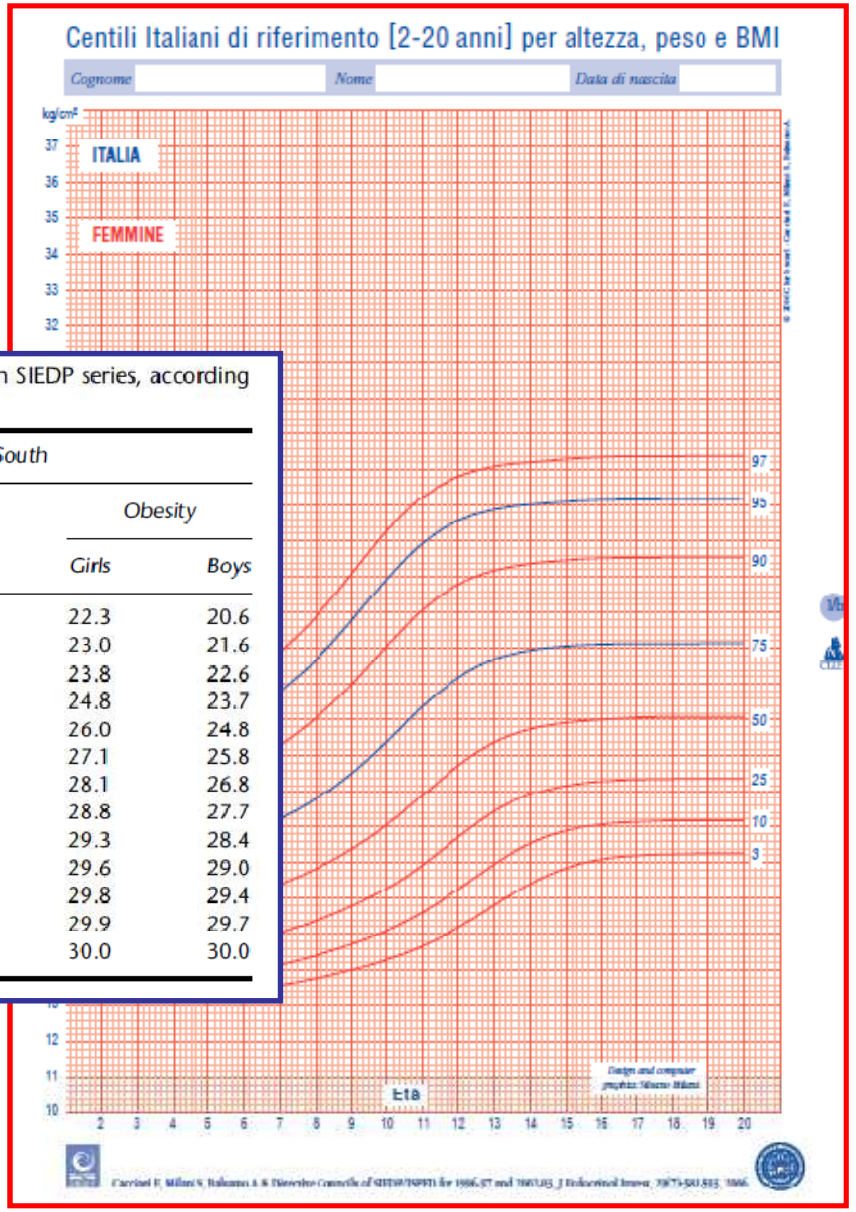
PRESENTZIONE DEL PROBLEMA

DEFINIZIONE DI OBESITA' INFANTILE

In ambulatorio…

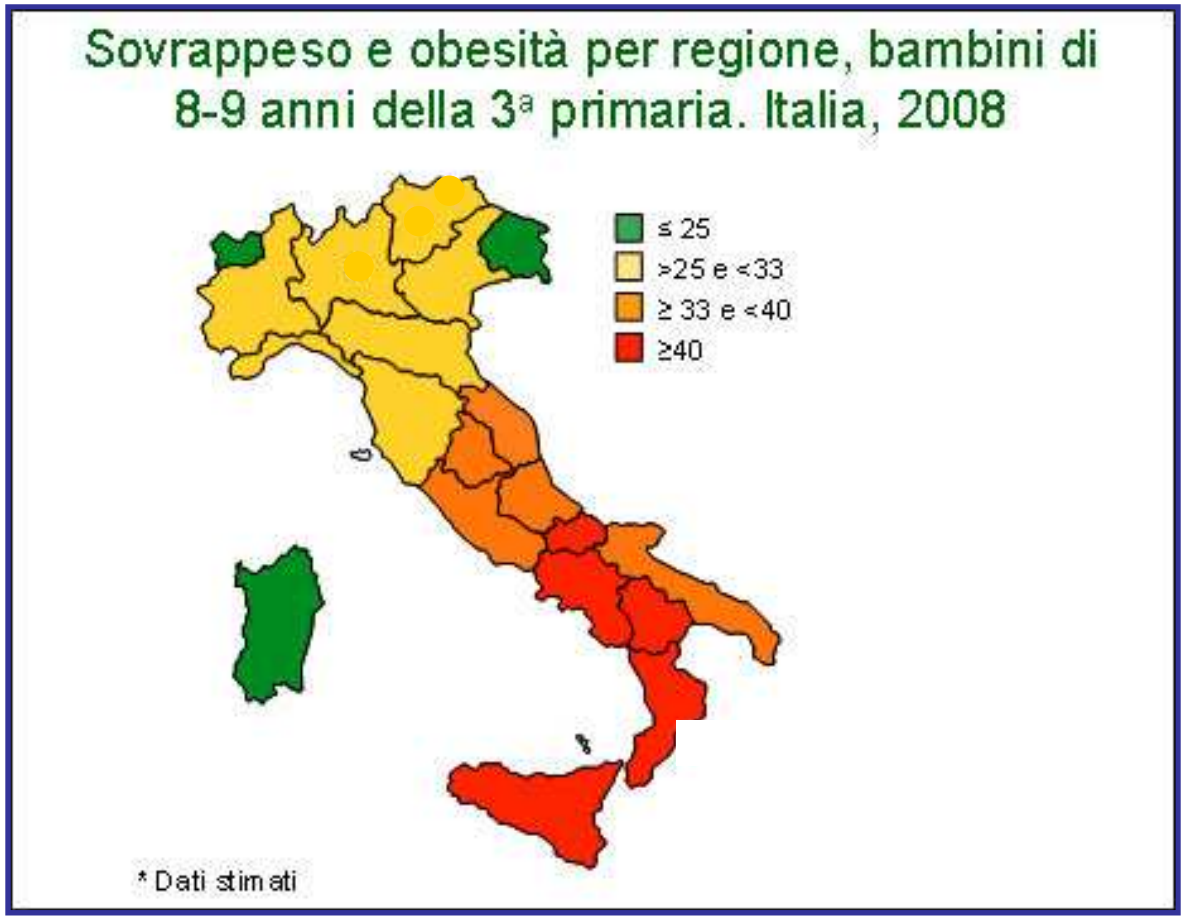
Table 9 Thresholds of BMI for overweight and obesity during growth (values computed on SIEDP series, according to Cole *et al*'s method (2000)

	Central-north				South			
	Overweight		Obesity		Overweight		Obesity	
Age (y)	Girls	Boys	Girls	Boys	Girls	Boys	Girls	Boys
6	19.8	18.1	24.1	23.1	18.6	17.1	22.3	20.6
7	20.2	18.7	24.9	24.3	19.0	17.6	23.0	21.6
8	20.8	19.4	26.0	25.6	19.6	18.2	23.8	22.6
9	21.6	20.2	27.4	26.7	20.3	19.0	24.8	23.7
10	22.5	21.1	28.6	27.6	21.2	19.8	26.0	24.8
11	23.6	22.0	29.3	28.4	22.1	20.6	27.1	25.8
12	24.4	22.9	29.5	29.0	23.0	21.5	28.1	26.8
13	24.8	23.6	29.6	29.3	23.7	22.3	28.8	27.7
14	25.0	24.2	29.7	29.5	24.2	23.1	29.3	28.4
15	25.0	24.5	29.9	29.7	24.6	23.7	29.6	29.0
16	25.0	24.8	29.9	29.8	24.8	24.2	29.8	29.4
17	25.0	24.9	30.0	29.9	24.9	24.7	29.9	29.7
18	25.0	25.0	30.0	30.0	25.0	25.0	30.0	30.0



PRESENTZIONE DEL PROBLEMA

PREVALENZA DI SOVRAPPESO E OBESITA' INFANTILI

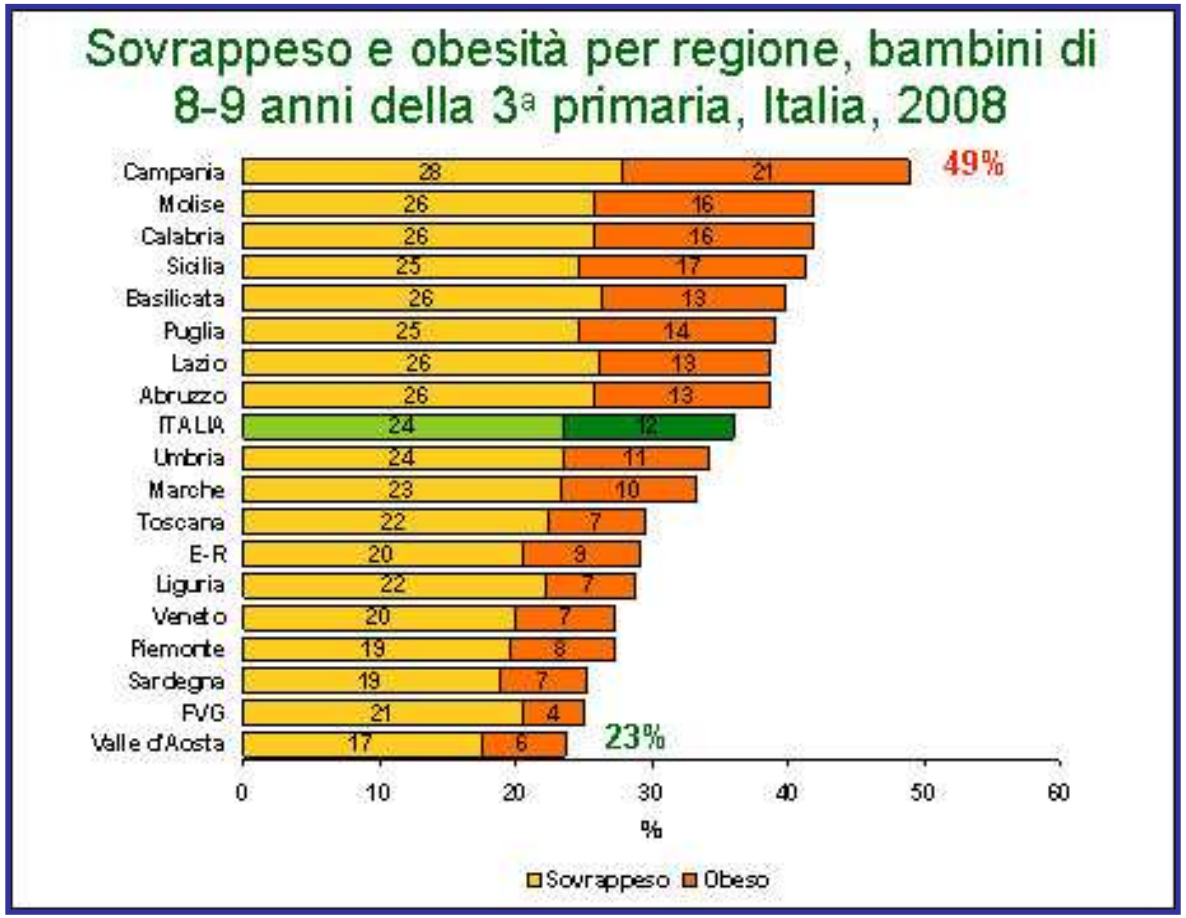


OKKIO ALLA SALUTE

obesity reviews (2010) **11**, 2–10

PRESENTZIONE DEL PROBLEMA

PREVALENZA DI SOVRAPPESO E OBESITA' INFANTILI



OKKIO ALLA SALUTE

obesity reviews (2010) **11**, 2–10

PRESENTZIONE DEL PROBLEMA

LE CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I bambini con obesità hanno un'aspettativa di vita ridotta

Table 1 Associations between child and adolescent overweight and obesity and premature mortality in adulthood

Study	*Sample and setting*	*Exposure measure(s)*	*Outcome(s)*	*Main results*
Franks *et al.*[22]	4857; USA; Born 1945–1984	⩾95th percentile for BMI; vs <95th percentile. Mean age 11 years	All-cause mortality; external mortality; endogenous mortality	Incidence rate ratio for premature mortality from endogenous causes 1.90 (95% CI 1.37–2.65) for BMI⩾95th percentile at baseline
Neovius *et al.*[23]	45 920; Sweden; Born 1949–1951	BMI > 25 and > 30 kg m^{-2} Age 18 years vs BMI 18.5–24.9	All-cause mortality	Hazard ratio 2.10 (95% CI 1.61–2.85) for obesity at age 18 years
Bjorge *et al.*[24,a]	227 000; Norway; Born 1940–1960	BMI > 85th centile vs 25–75th centiles; ages 14–19 years	Cause-specific mortality	Overweight associated with significant increase in variety of causes of premature mortality (RR 2.2–2.9)
Bjorge *et al.*[25,a]	226 678; Norway; Born 1940–1960	BMI > 85th centile vs 25–75th centiles at age 14–19 years	Cause-specific mortality	Overweight associated with significant increase in mortality from ischaemic heart disease, metabolic disease, respiratory disease, colon cancer
Van Dam *et al.*[26]	1 024 000 women USA; Born 1945–1965	Self-reported weight and height at age 18 years; BMI⩾25 and ⩾30 kg m^{-2} vs 18.5–21.9	All-cause mortality	Overweight and obesity both significantly associated with all-cause mortality Hazard ratio for BMI ⩾ 30 was 2.79 (95% CI 3.04–3.81)
Engeland *et al.*[27,a]	128 121; Norway; Born 1948–1968	BMI⩾85th centile vs 25–75th centiles; at age 14–19 years; mean 9.7 years follow-up	All-cause mortality	Significant increase in all-cause mortality with overweight, RR 1.4 (95% CI 1.0–1.8)
Engeland *et al.*[28,a]	227 003; Norway; Born 1948–1968	BMI⩾95th centile at age 14–19 years vs 25th–75th centiles mean 31.5 years follow-up	All-cause mortality	Significant increase in all-cause mortality with obesity, RR 1.82 (95% CI 1.48–2.43) in men; RR 2.03 (95% CI 1.51–2.72) in women
Ferraro *et al.*[29]	6497; USA Born 1935–1945	Self-reported perceived 'overweight' vs normal weight at age 12 years	All-cause mortality	Significant reduction in all-cause mortality with 'overweight' at 12y, RR 0.68 (95% CI 0.59–0.80)

PRESENTZIONE DEL PROBLEMA

LE CONSEGUENZE PER LA SALUTE

COSA FARE ?

PRIORITA' DEL TRATTAMENTO:

IL CALO DELL'ECCESSO PONDERALE

Circulation
JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

La salute a lungo termine correla col BMI

Pediatric Metabolic Syndrome Predicts Adulthood Metabolic Syndrome, Subclinical Atherosclerosis, and Type 2 Diabetes Mellitus but Is No Better Than Body Mass Index Alone: The Bogalusa Heart Study and the Cardiovascular Risk in Young Finns Study

Costan G. Magnussen, Juha Koskinen, Wei Chen, Russell Thomson, Michael D. Schmidt, Sathanur R. Srinivasan, Mika Kivimäki, Noora Mattsson, Mika Kähönen, Tomi Laitinen, Leena Taittonen, Tapani Rönnemaa, Jorma S.A. Viikari, Gerald S. Berenson, Markus Juonala and Olli T. Raitakari

Circulation 2010;122;1604-1611; originally published online Oct 4, 2010;

COSA FARE ?

Diet, activity-based interventions, behavioral treatment

Interventions for treating obesity in children (Review)

Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD

Short term (6 months-1 year) treatment effect in RCTs:

- 0.06 Z-BMI decrease in children < 12 years (301 children metanalysed)

- 0.14 Z-BMI decrease in adolescents (291 adolescents metanalysed)

COSA FARE ?

Diet, activity-based interventions, behavi

treatment

Real life conditions:

Analysis of 21,784 2-20 years aged children from 129 European obesity centres

Obesity, 2009; 17(6):1196-9.

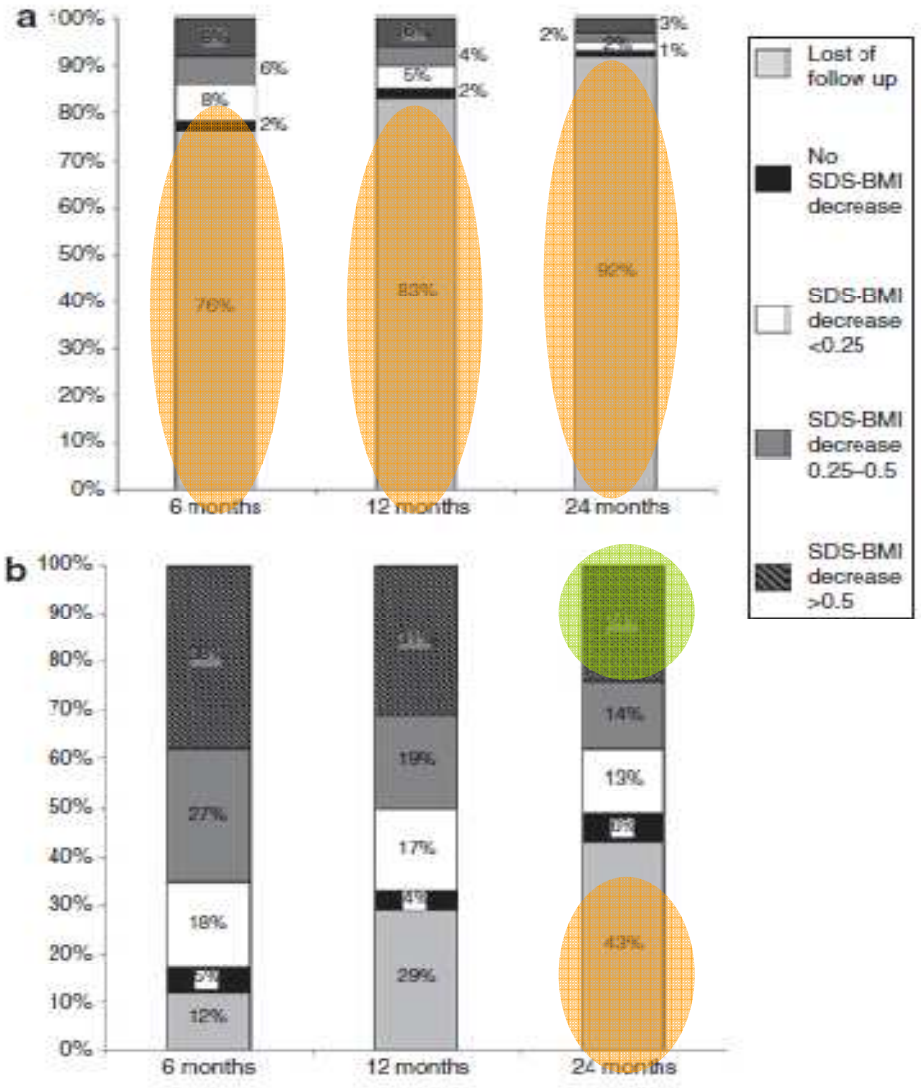


Figure 1 Success rate at 6, 12, and 24 months after baseline in overweight children with lifestyle interventions under real-life conditions. (**a**) 21,784 children in 129 treatment centers, (**b**) 518 children in the five treatment centers with the highest success rate (defined as reduction of SDS-BMI at 2-year follow-up).

COSA FARE ?

IL Pediatra di Libera Scelta ha un ruolo fondamentale…

L'integrazione tra l'operato del Pediatra di famiglia e del Pediatra specialista prevede l'intervento:

- *del Pediatra di Famiglia soprattutto a livello di:*
  - prevenzione
  - diagnosi precoce
  - screening di complicanze
  - terapia del sovrappeso e dell'obesità non complicata

- *del Pediatra specialista soprattutto a livello di:*
  - approfondimento e conferma diagnostica dell'obesità grave e/o complicata
  - presa in carico dell'obesità grave e/o complicata
  - presa in carico di soggetti con insuccesso terapeutico

COSA FARE ?

IL Pediatra di Libera Scelta ha un ruolo fondamentale…

9.1.5. Il Pediatra di famiglia, dopo una valutazione complessiva, propone un intervento preventivo terapeutico adeguato al singolo paziente, allo scopo di ridurre il rischio di un peggioramento del quadro clinico e l'insorgere di patologie associate. A tal fine si potranno utilizzare i seguenti strumenti:

- individuazione e correzione delle possibili cause favorenti l'eccesso ponderale
- promozione di uno stile di vita ed abitudini alimentari corrette che coinvolgano l'intero nucleo familiare
- riduzione della sedentarietà
- aumento dell'attività motoria (organizzata, non organizzata e di gioco)

Nei controlli successivi, il Pediatra di famiglia dovrebbe effettuare:

- misurazione dei parametri antropometrici (statura, peso, BMI, circonferenza vita. È consigliabile anche la plica tricipitale)
- misurazione della pressione arteriosa
- valutazione del quadro clinico delle patologie associate e loro trattamento
- valutazione del grado di motivazione e adesione al piano terapeutico proposto

COSA FARE ?

Primo livello … sovrappeso, necessità di prevenire un peggioramento e favorire miglioramento dello stile di vita…

PRINCIPALI AMBITI DI INDAGINE E DI INTERVENTO:

- *PORZIONI*
- *FREQUENZE*
- *BEVERAGES*
- *DISTRIBUZIONE DEI PASTI*
- *VIDEOESPOSIZIONE*
- *ATTIVITA' FISICA*

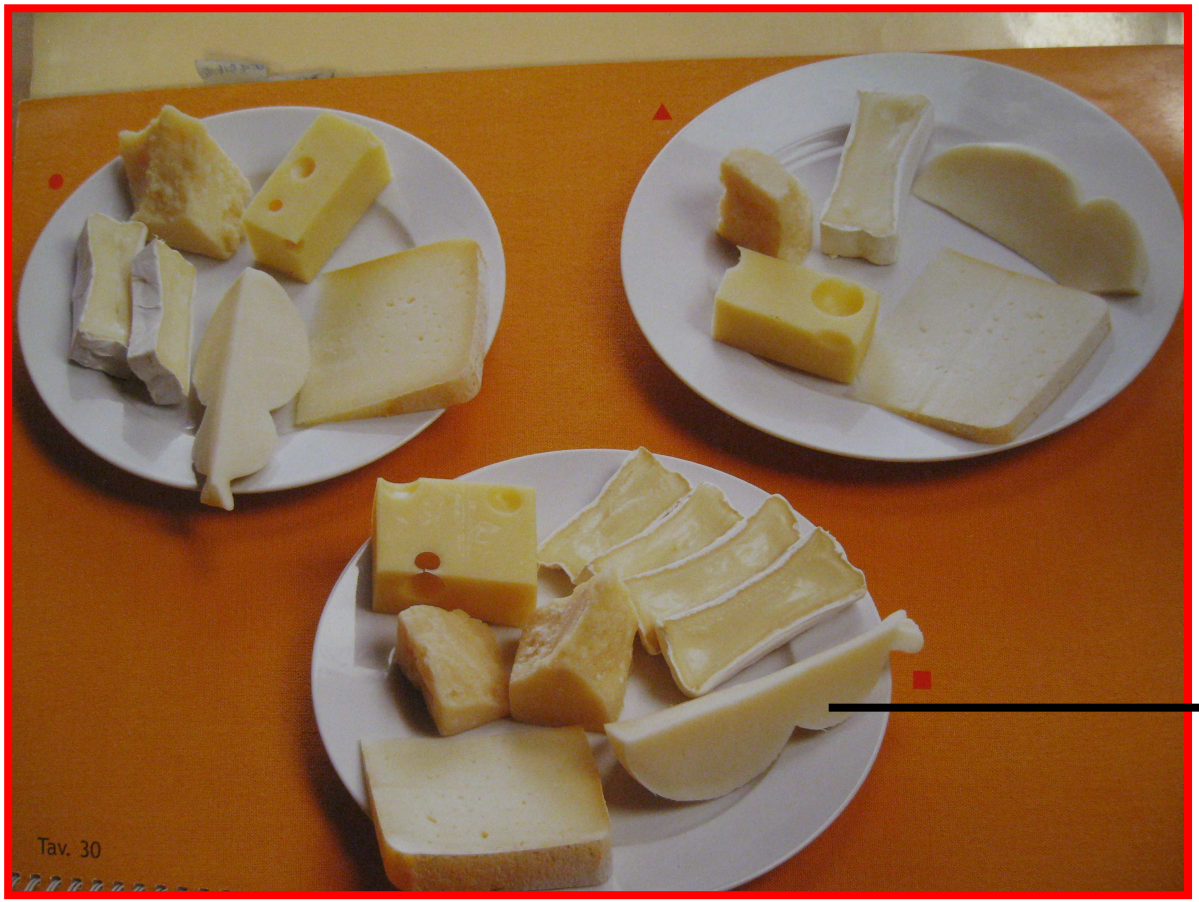
COSA FARE ?

PORZIONI INDICATIVE e FREQUENZE IN ETA' SCOLARE

Alimento	grammi	*Frequenza*	*Alimento*	grammi	Frequenza
Pasta/riso asciutti	70-80	Ad ogni pasto principale	Carne	80	2-3/ settimana
Pasta/riso minestre	40		Pesce	100	2-3/ settimana
Pane	60		Formaggi freschi	50-60	2/settimana
Polenta (farina di mais)	50-60		Formaggi stagionati	30	
			Affettati	40	1/settimana
Patate	100-150		Verdura cruda	140	2/die
Latte	140-200	2/die	Verdura cotta	200-250	
Yogurt	125		Frutta fresca	150	3/die
Uova	120 (2)	1/settimana			
Legumi freschi Legumi secchi	80-120 30	2-3/ settimana	Olio	10	3/die
			Parmigiano	5	

COSA FARE ?

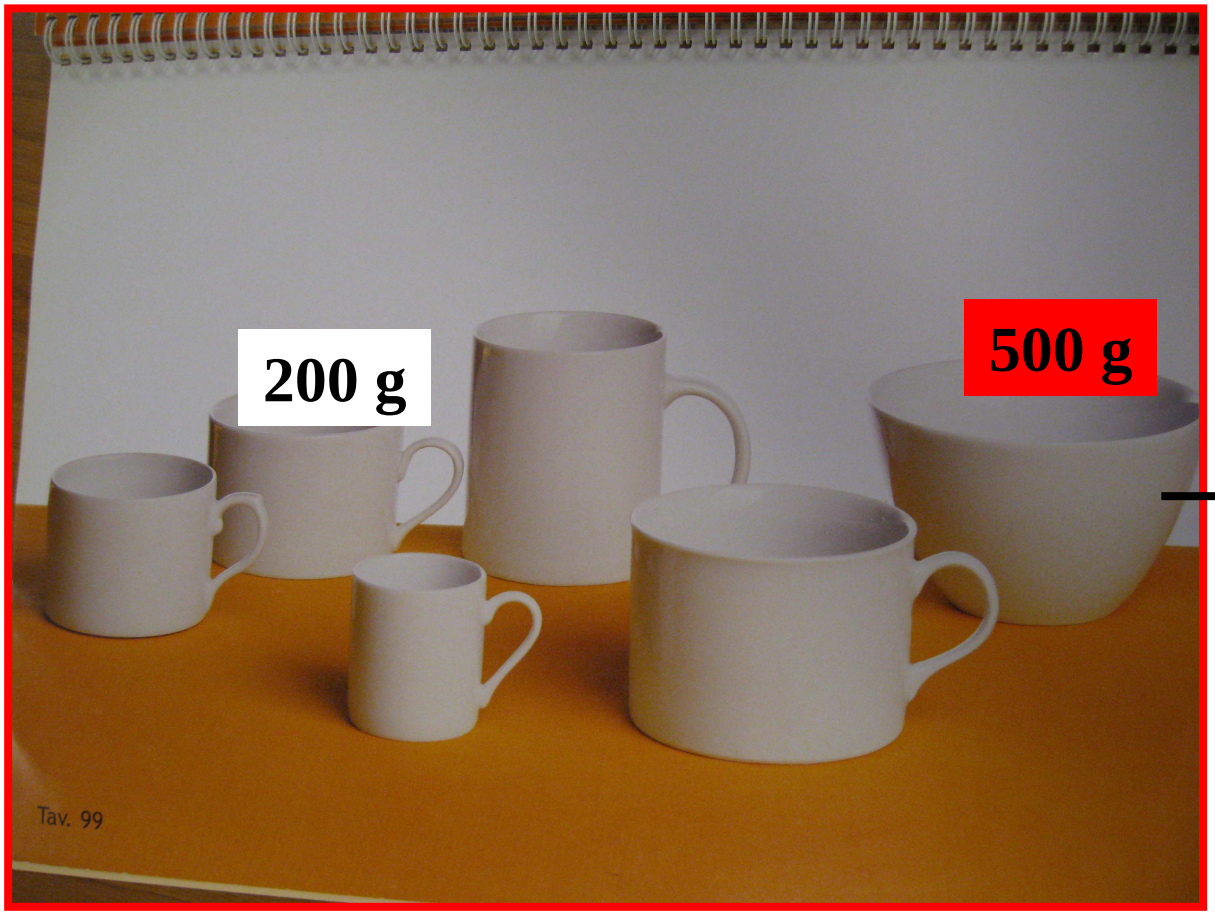
Porzioni e frequenze vanno sempre in tandem…



1 pezzo così = > 2 porzioni

COSA FARE ?

Porzioni e frequenze vanno sempre in tandem…



1 tazza al giorno = 3 porzioni al giorno

COSA FARE ?

Porzioni e frequenze vanno sempre in tandem…

2 frutti mangiati insieme = 2 porzioni

COSA FARE ?

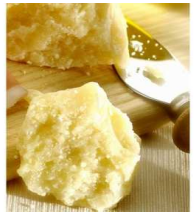
Oltre a porzioni e frequenze attenzione ad alcune cose che "sfuggono"…

80 g di pasta alle verdure:
450 kcal

80 g di pasta ai 4 formaggi:
650 kcal

Gli extra…

…e il pezzettino di formaggio a fine pasto…



120 kcal

…vale più di una bistecca!!

108 kcal

Il secondo nascosto nel primo: il piatto unico

COSA FARE ?

Non solo cosa, quanto e quanto spesso <u>ma anche come</u>…

Petto di pollo alla griglia:
108 kcal
1 g di grassi

Fesa di bovino:103 kcal
2 g di grassi

Cotoletta alla milanese: 240 kcal
12 g di grassi

Hamburger di bovino: 220 kcal
16 g di grassi

COSA FARE ?

BEVERAGES:

=

=

100 ml = 10 grammi di zucchero

1 lattina = 6

COSA FARE ?

RITMO E DISTRIBUZIONE CALORICA DEI PASTI:

COLAZIONE: 15-20 % DEL FABBISOGNO

SPUNTINO: 7-8% DEL FABBISOGNO

PRANZO: 35-40% DEL FABBISOGNO

MERENDA: 7-8% DEL FABBISOGNO

CENA: 30% DEL FABBISOGNO

COSA FARE ?

RITMO E DISTRIBUZIONE CALORICA DEI PASTI:

LA MERENDA: 100-120 CALORIE, MEGLIO CON FRUTTA O ALIMENTI POVERI IN GRASSI…AIUTARLI A SCEGLIERE AUMENTANDO LA CONSAPEVOLEZZA

230 kcal

260-320 kcal

210 kcal

217 kcal

191 kcal

275 kcal

230 kcal

216 kcal

181 kcal

COSA FARE ?

RITMO E DISTRIBUZIONE CALORICA DEI PASTI:

LA MERENDA: 100-130 CALORIE, MEGLIO CON FRUTTA O ALIMENTI POVERI IN GRASSI…AIUTARLI A SCEGLIERE AUMENTANDO LA CONSAPEVOLEZZA

E SE SI VUOLE CAMBIARE UN PO'…ATTENZIONE ALLE ETICHETTE

(yogurth, pacchetto di crackers o schiacciatina, the con 3-4 biscotti secchi, 4 fette biscottate o 2 fette di pane con velo di marmellata, barretta ai cereali, 1 pallina di gelato)

er 100g	pezzo)	GDA*	Per 52 g
Kj 1376	Kj 711	kcal2000	9%
cal 329	Kcal 171		
g 2,8	g 1,5	g 50	3%
g 24,5	g 12,8	g 270	5%
g 24,1	g 12,0	g 90	13%

Informazioni nutrizionali – valori medi / Ernährungsinformation / Valeurs nutritionnelles moyennes	Per 100 g	Per 100 ml	Per
Valore energetico / Energie / Valeur énergétique	1400 kJ 330 kcal	1100 kJ 260 kcal	1200 kJ 280 kcal
Proteine / Eiweiss / Protéines	4 g	3 g	3,5 g
Carboidrati / Kohlenhydrate / Glucides	30 g	23 g	26 g
di cui zuccheri / davon Zucker / dont sucres	27 g	21 g	23 g
Grassi / Fett / Lipides	22 g	17 g	19 g
di cui saturi / davon gesättigte Fettsäuren / dont saturés	15 g	11 g	13 g
Fibre / Ballaststoffe / Fibres alimentaires	2 g	1,5 g	1,5 g
Sodio / Natrium / Sodium	0,05 g	0,04 g	0,04 g

COSA FARE ?

RITMO E DISTRIBUZIONE CALORICA DEI PASTI:

IL PRANZO…

- Pasta o riso con sughi vegetali
- **Verdure** crude o cotte
- Mezza porzione di carne-**pesce**-formaggio fresco-uova

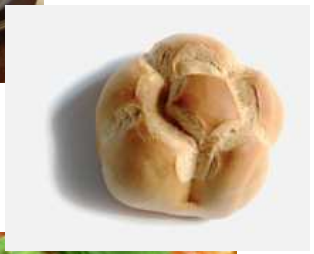
OPPURE

- Piatto unico: pasta e fagioli o riso e piselli
- Verdura cruda o cotta

COSA FARE ?

RITMO E DISTRIBUZIONE CALORICA DEI PASTI:

LA CENA…



- Minestrone di verdure
- Mezza porzione di carne-**pesce**-formaggio fresco-uova
- Pane comune o integrale o patate o polenta
- *OPPURE una volta alla settimana*
- Una pizza al piatto

COSA FARE ?

VIDEOESPOSIZIONE:

- ORE DI TV
- TV IN CAMERA DA LETTO
- TV DURANTE I PASTI
- COMPUTER
- VIDEOGAME

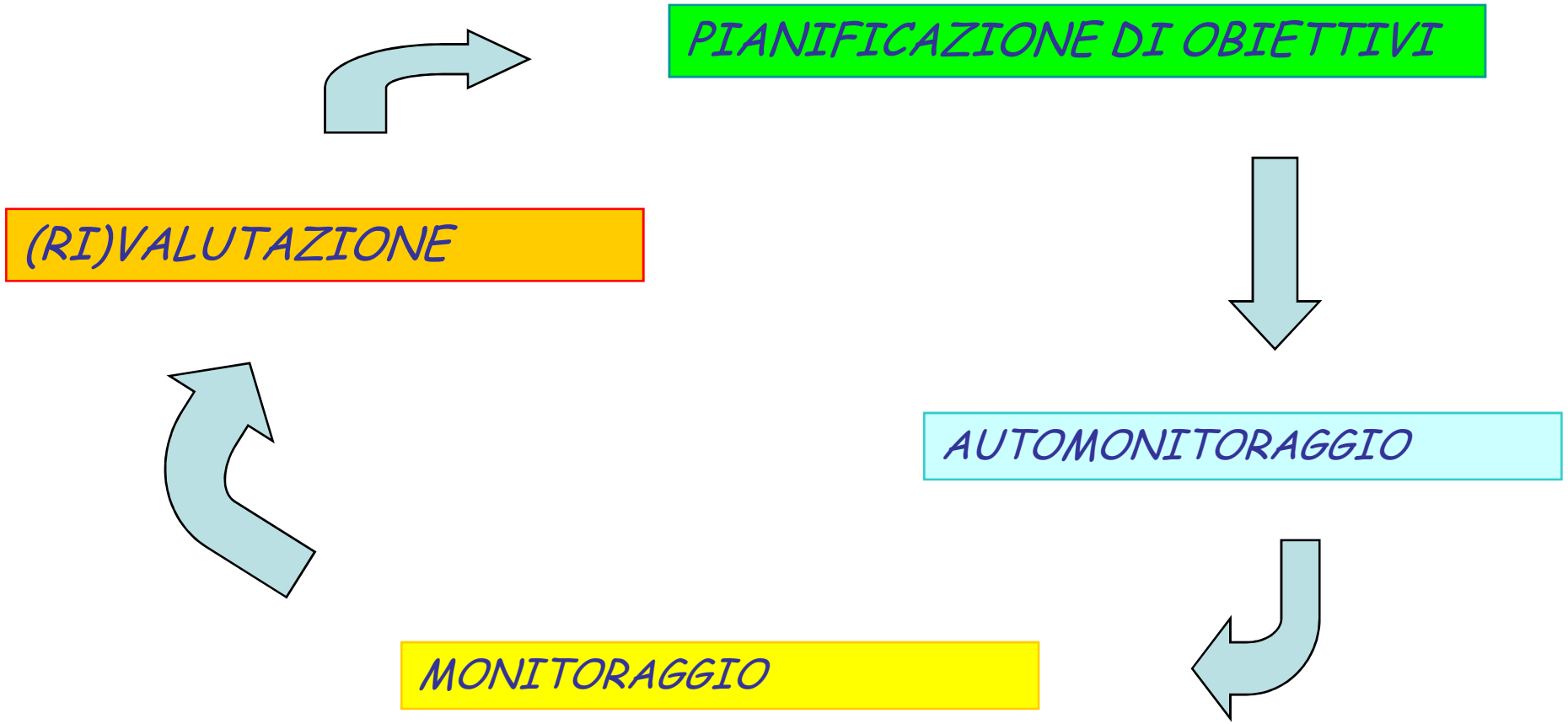
COSA FARE ?

ATTIVITA' FISICA:

- SPORT
- GIOCO ALL'ARIA APERTA
- WI-FIT
- PERCORSI A PIEDI, IN BICI
- ATTIVITA' FISICA NON STRUTTURATA

COSA FARE ?

QUALI STRUMENTI ?



COSA FARE ?

QUALI STRUMENTI ?

UNA VALUTAZIONE INIZIALE PUO' ESSERE MOLTO DISPERSIVA E INCONCLUDENTE:

MUNIRSI DI STRUMENTO MANEGGEVOLE!!

OBESITÀ DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE: CONSENSUS SU PREVENZIONE, DIAGNOSI E TERAPIA

Nemours Health & Patient Name:

Appendice 4

7. FREQUENZA DI ASSUNZIONE DEI PRINCIPALI ALIMENTI A PRANZO E CENA

PASTA	❒	N° volte ____/ settimana
RISO	❒	N° volte ____/ settimana
CARNI ROSSE	❒	N° volte ____/ settimana
CARNI BIANCHE	❒	N° volte ____/ settimana
PESCE	❒	N° volte ____/ settimana
LEGUMI come piatto unico	❒	N° volte ____/ settimana
LEGUMI come contorno	❒	N° volte ____/ settimana
GRANA/PARMIGIANO	❒	N° volte ____/ settimana
FORMAGGIO fresco	❒	N° volte ____/ settimana
FORMAGGIO stagionato	❒	N° volte ____/ settimana
UOVA	❒	N° volte ____/ settimana
PROSCIUTTO	❒	N° volte ____/ settimana
ALTRI SALUMI	❒	N° volte ____/ settimana
VERDURA	❒	N° volte ____/ settimana
FRUTTA	❒	N° volte ____/ settimana
PATATE	❒	N° volte ____/ settimana
PANE	❒	N° volte ____/ settimana
CRACKERS	❒	N° volte ____/ settimana
DOLCI	❒	N° volte ____/ settimana
CIOCCOLATA	❒	N° volte ____/ settimana
SUCCHI DI FRUTTA	❒	N° volte ____/ settimana
TÉ CONFEZIONATO	❒	N° volte ____/ settimana
BEVANDA GASSATA	❒	N° volte ____/ settimana

Adapted from Maine Center for Public Health

Copyright © 2007 The Nemours Foundation. All rights reserved.
Revised September 2007.

COSA FARE ?

QUALI STRUMENTI ?

VALUTAZIONE → PRESCRIZIONE SCRITTA DEGLI OBIETTIVI: CONTRATTO TERAPEUTICO

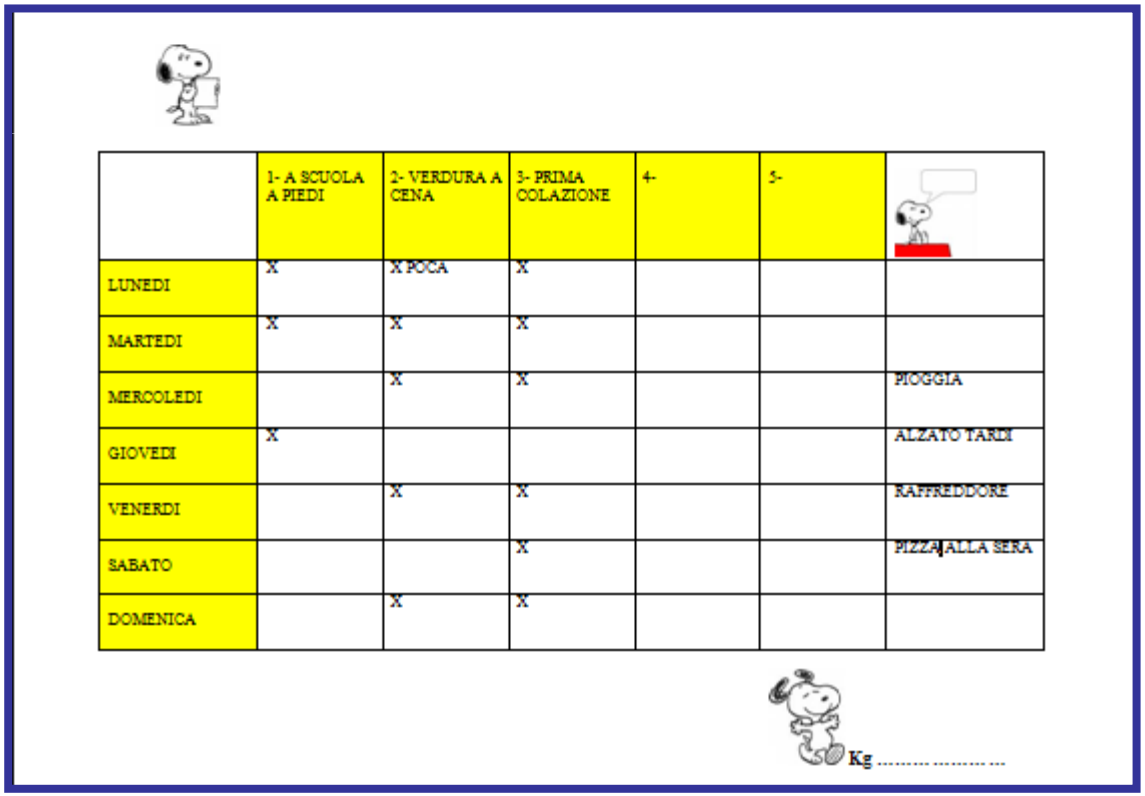
COSA FARE ?

QUALI STRUMENTI ?

PER L'AUTOMONITORAGGIO E IL MONITORAGGIO:

IL DIARIO DI MONITORAGGIO E AUTOMONITORAGGIO…

- ***Pochi secondi di compilazione***
- ***monitoraggio della compliance***
- ***monitoraggio delle barriere***
- ***eventuale monitoraggio domiciliare del peso***



	1- A SCUOLA A PIEDI	2- VERDURA A CENA	3- PRIMA COLAZIONE	4-	5-	
LUNEDI	X	X POCA	X			
MARTEDI	X	X	X			
MERCOLEDI		X	X			PIOGGIA
GIOVEDI	X					ALZATO TARDI
VENERDI		X	X			RAFFREDDORE
SABATO			X			PIZZA ALLA SERA
DOMENICA		X	X			

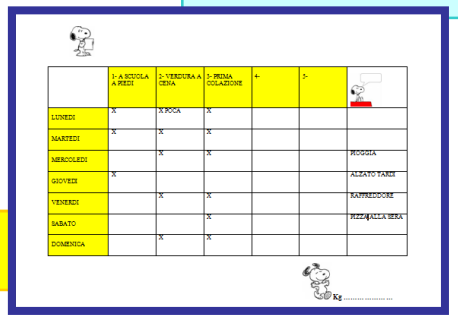
Kg ....

COSA FARE ?

QUALI STRUMENTI ?

PIANIFICAZIONE DI OBIETTIVI

AUTOMONITORAGGIO

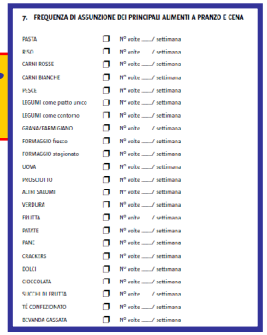


	1- A SCUOLA A PIEDI	2- VERDURA A CENA	3- PRIMA COLAZIONE	+	-	
LUNEDI	X	X POCA	X			
MARTEDI	X	X	X			
MERCOLEDI		X	X			PIOGGIA
GIOVEDI	X					ALZATO TARDI
VENERDI		X	X			RAFFREDDORE
SABATO			X			PIZZA ALLA SERA
DOMENICA		X	X			

Kg .....

MONITORAGGIO

(RI)VALUTAZIONE



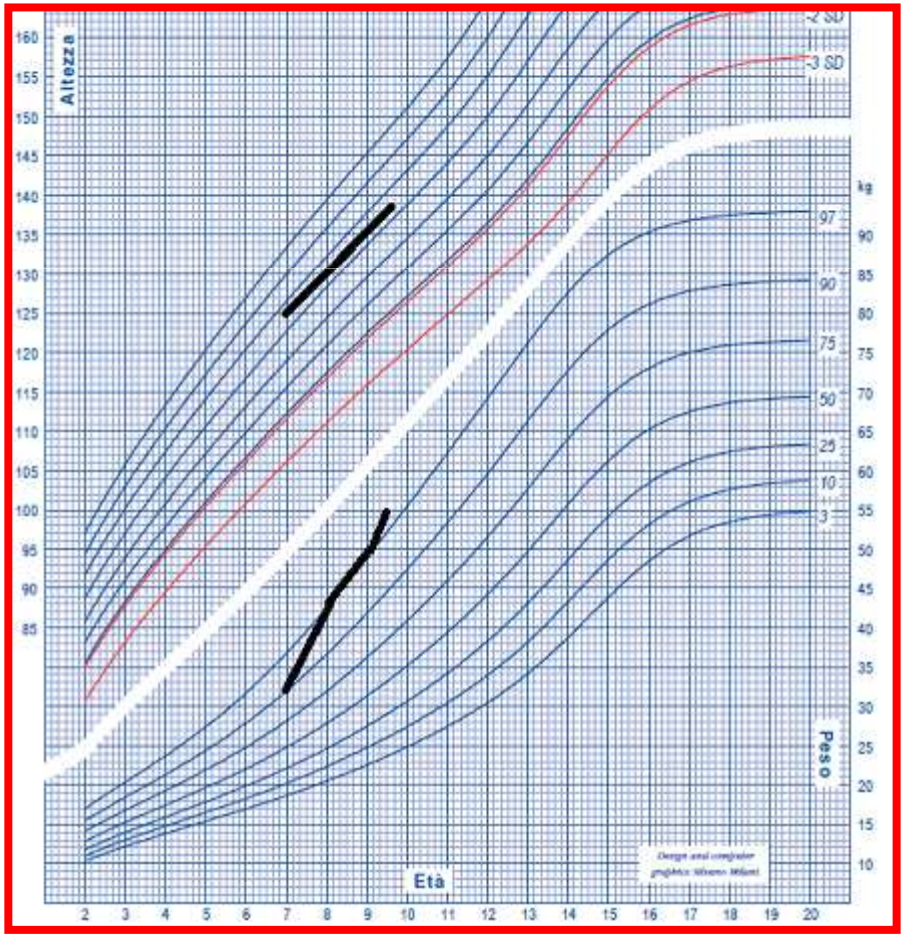
7. FREQUENZA DI ASSUNZIONE DEI PRINCIPALI ALIMENTI A PRANZO E CENA

PASTA	❐	N° volte ...../ settimana
RISO	❐	N° volte ...../ settimana
CARNI ROSSE	❐	N° volte ...../ settimana
CARNI BIANCHE	❐	N° volte ...../ settimana
PESCE	❐	N° volte ...../ settimana
LEGUMI come piatto unico	❐	N° volte ...../ settimana
LEGUMI come contorno	❐	N° volte ...../ settimana
UOVA	❐	N° volte ...../ settimana
FORMAGGIO fresco	❐	N° volte ...../ settimana
FORMAGGIO stagionato	❐	N° volte ...../ settimana
VERDURE	❐	N° volte ...../ settimana
FRUTTA	❐	N° volte ...../ settimana
PANE	❐	N° volte ...../ settimana
DOLCI	❐	N° volte ...../ settimana
BEVANDA GASSATA	❐	N° volte ...../ settimana

COSA FARE ?

***Secondo livello* … obesità, necessità urgente di riequilibrare la bilancia energetica per stabilizzare il peso …**

PROPOSTE DI LAVORO:

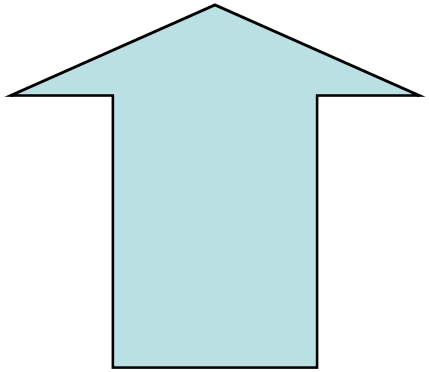


1 chilo al mese = 250 g alla settimana =

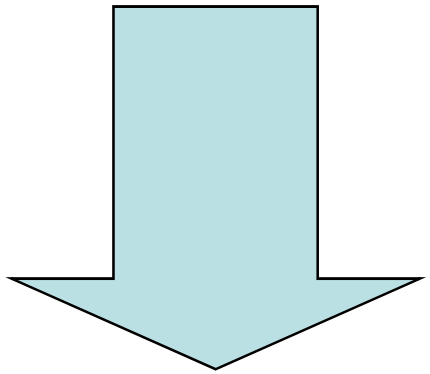
+ (250 x 7 Kcal)/settimana = + 250 Kcal/al giorno

N Kcal in più/die = N gr. in più/settimana

COSA FARE ?



+

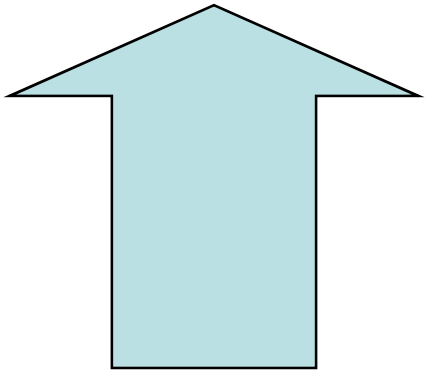


Consumo calorico *Introito calorico*

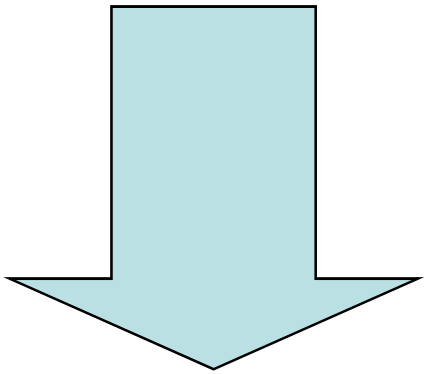
PROGRAMMA TAGLIATO SU MISURA, CON OTTIMIZZAZIONE DELLA RESTRIZIONE RISPETTO ALLO SFORZO PER PAZIENTE E FAMIGLIA

COSA FARE ?

ESEMPIO: maschietto 9AA, 50 kg per 140 cm, cresce 1 kg al mese, VOGLIAMO TOGLIERE 250 CALORIE AL GIORNO…bambino sedentario, genitori non tanto disposti a muoversi di più…disponibilità discreta a lavorare sull'alimentazione



+



+ 100 calorie consumate muovendosi

- 150 calorie introdotte

PROGRAMMA TAGLIATO SU MISURA, CON OTTIMIZZAZIONE DELLA RESTRIZIONE RISPETTO ALLO SFORZO PER PAZIENTE E FAMIGLIA

COSA FARE ?

+ 100 calorie consumate muovendosi…

PROPOSTE MIRATE DI ATTIVITA' FISICA IN BASE AL CONSUMO CALORICO SOGGETTIVO E ALLE PREFERENZE DEL BAMBINO

↓

UTILIZZO DI CALCOLATORE AUTOMATICO DEL DISPENDIO ENERGETICO:

- *REE SECONDO EQUAZIONI ADATTATE ALL'OBESITA' +*
- *CONOSCENZA DEI METs PER LE VARIE ATTIVITA'*

↓

MEZZ'ORA A SPASSO COL CANE OGNI SERA:

~ 100 CALORIE CONSUMATE

	A	B	C
4		**REE**	**1338**
5		**METs spesi con l'attività scelta (vedi tabella sotto)**	**3,3**
6			
7		**Consumo energetico orario**	**184**
8			
9		**Attività fisica**	**MET**
10		Suono strumenti	2
11		Aiuto pulizie in casa	2
12		Freccette	2
13		Pesca seduti	2,5
14		Passeggio tranquillo	2
15		Passeggio sostenuto	3,3
16		Passeggio molto veloce	5
17		Danza	4
18		Pallavolo non competitiva	3-4
19		Ping pong	4
20		Basket tiri liberi	4.5
21		Basket match	8
22		Bici 16-19 km/h	6
23		Nuoto leggero	6
24		Nuoto sostenuto	8-11
25		Beach volley	8

COSA FARE ?

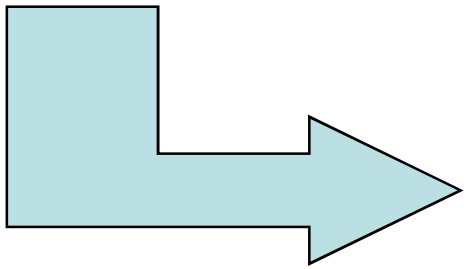
RACCONTO DELLE ABITUDINI ALIMENTARI

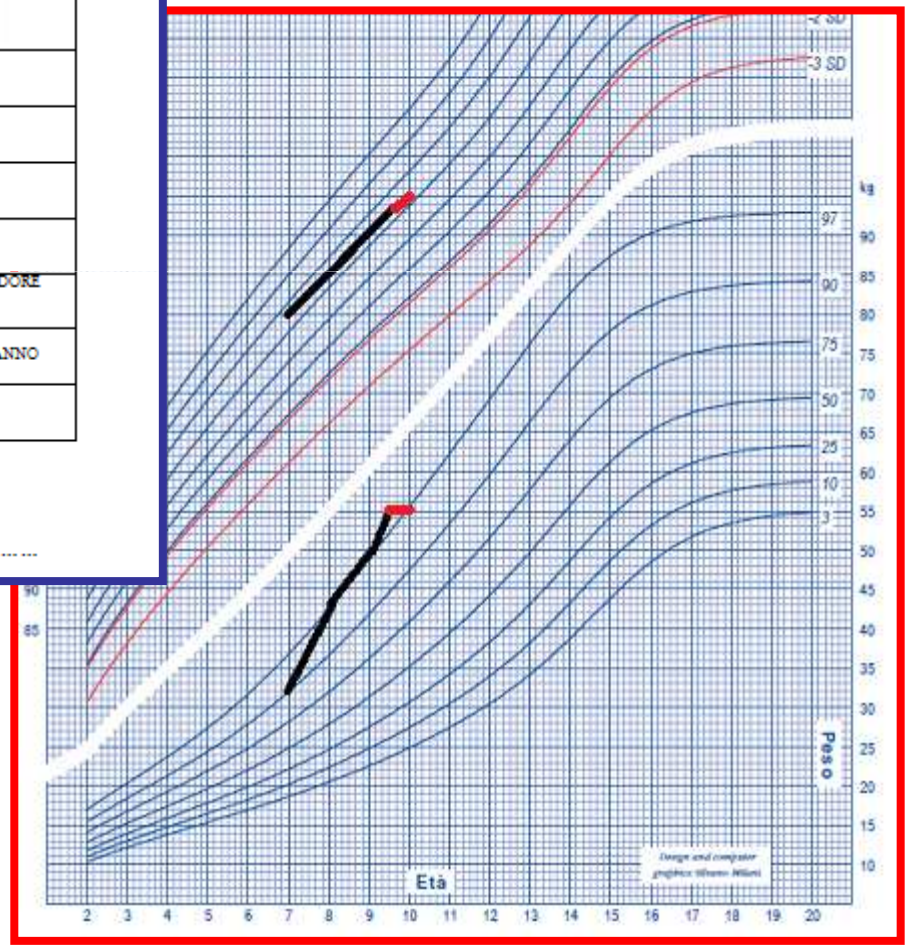
1 SUCCO A RICREAZIONE E 1 A MERENDA DA SOSTITUIRE CON ACQUA = ~ 150 KCAL TOLTE

COSA FARE ?

	1- A SPASSO COL CANE PRIMA DI CENA	2- NO SUCCO, SOLO ACQUA		4-	5-	
LUNEDI	X	X				
MARTEDI	X	X				
MERCOLEDI	X	X				
GIOVEDI	X	X				
VENERDI		X				RAFFREDDORE
SABATO	X					FESTA DI COMPLEANNO
DOMENICA	X	X				

Kg .....





COSA FARE ?

<u>Secondo livello</u> … obesità, necessità urgente di riequilibrare la bilancia energetica per stabilizzare il peso …

PROPOSTE DI LAVORO:

A volte puo' servire un piano alimentare…

- Piano dietetico <u>individualizzato</u>;
- Rispettoso di determinate caratteristiche tecniche (calorie, macronutrienti)
- <u>Non per tutte</u> le famiglie
- Inserito all'interno di un percorso che facilita e sostiene la motivazione

COME AIUTARE LE FAMIGLIE ?

- COMUNICAZIONE
- EDUCAZIONE
- PROBLEM SOLVING
- MOTIVAZIONE

COME AIUTARE LE FAMIGLIE ?

COMUNICAZIONE…FA LA DIFFERENZA

PED: Signora, Marco ha un'ottima crescita in statura pero' l'andamento del peso mi preoccupa un po', lei cosa ne pensa?

MAM: Eh, ha ragione Dottore, l'ho notato anch'io…è sempre più robusto…non so cosa dirle, Dottore, io non compro più niente di merendine, robe varie, in casa mia ci provo anche con mio marito…ma lui ha sempre fame…

problema di assimilazione…non ci sono esami da fare??

PED: Beh…magari Signora vuole che proviamo a vedere parlandone con più calma se troviamo qualche cambiamento fattibile per Marco…senza farvi diventare matti? Vuole ripassare domani alle cinque che ne parliamo?

INEFFICACE

COME AIUTARE LE FAMIGLIE ?

COMUNICAZIONE…FA LA DIFFERENZA

SEI MODALITA' DI SCHIERAMENTO DEL MEDICO

1. Discutere a favore del cambiamento
2. Assumere il ruolo dell'esperto.
3. Criticare o incolpare.
4. Etichettare
5. Affrettarsi
6. Pretendere la priorità

Tratto da Miller e Rollnick, Il colloquio motivazionale, 2003, ed Erickson, Trento

COME AIUTARE LE FAMIGLIE ?

L'EDUCAZIONE…IL PASSAGGIO DAL COSA AL COME

- *STRATEGIE DI CONTROLLO DELLO STIMOLO E DI GESTIONE DEL RINFORZO*
- *GESTIONE DELLA SPESA*
- *MODALITA' DI PROPOSTA ALIMENTARE PER I FIGLI DA PARTE DEI GENITORI*
- *COSTRUZIONE DEGLI ESEMPI GENITORIALI*
- *…*

COME AIUTARE LE FAMIGLIE ?

L'EDUCAZIONE…IL PASSAGGIO DAL COSA AL COME

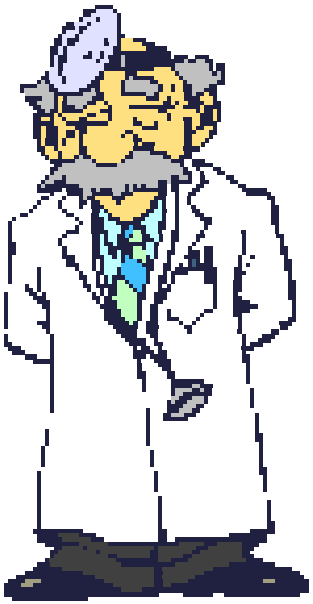
ESEMPIO DI STRATEGIA EDUCATIVA PER LA IPRIMA COLAZIONE

- Genitori modelli (responsabilità educativa)
- -Tovaglietta prima colazione (acquisto insieme, regalo per rinforzo)
- -Tazze, piattini (colore, personaggi,ecc)
- -Preparare la tavola il giorno prima (insieme)
- -Coinvolgimento bambino (acquisto alimenti, preparazione)
- -Preparazione per la scuola (il giorno prima)
- -Feedback (ossia premiare anche i più piccoli dei progressi)

COME AIUTARE LE FAMIGLIE ?

IL PROBLEM SOLVING…

…l'insieme dei processi atti ad analizzare, affrontare e risolvere positivamente situazioni problematiche…



Per il pediatra significa conoscere bene il territorio e la quotidianità e le abitudini delle famiglie assistite, in modo da contribuire all'abbattimento delle barriere pratiche al cambiamento…

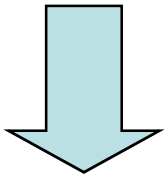
- *Supermercati e prodotti meno cari…*
- *Gli allenatori e le palestre più adeguati…i parchi più vicini*
- *Il coinvolgimento dei nonni, da valorizzare!*
- *Inserimento dei cambiamenti nei ritmi e negli orari familiari*

COME AIUTARE LE FAMIGLIE ?

LA MOTIVAZIONE…IL CARBURANTE DEL CAMBIAMENTO

La ruota motivazionale

Modello transteorico di Diclemente e Prochaska



PER OGNI FASE UN INTERVENTO…

Non motivato	Incerto	Motivato
-Tenere il contatto con il pz. -Fornire informazioni - Favorire dei dubbi	-Comprendere l'ambivalenza - Proporre la bilancia decisionale (pro e contro del cambiamento) - Evitare i consigli e stimolare scelte da parte del paziente	-Sostenere e valorizzare le decisioni prese - Concordare un piano di azione, seguire gli sviluppi, monitorare a tempi stabiliti

COME AIUTARE LE FAMIGLIE ?

LA MOTIVAZIONE…IL CARBURANTE DEL CAMBIAMENTO

E IN CASO DI RICADUTE…

1. ASCOLTATE
2. RASSICURATE
3. RIPROPONETE LA BILANCIA DECISIONALE
4. NUOVE STRATEGIE?

L' importante è cadere bene

COME AIUTARE LE FAMIGLIE ?

LA MOTIVAZIONE…IL CARBURANTE DEL CAMBIAMENTO

A values-based Motivational Interviewing (MI) intervention for pediatric obesity: Study design and methods for *MI Values*

Melanie K. Bean[a], Suzanne E. Mazzeo[a, b], Marilyn Stern[a, b], Deborah Bowen[c], Karen Ingersoll[d]

Contemp Clin Trials 20011; 32(5): 667-74.

TAKE HOME…

AIUTARE LA FAMIGLIA CON BAMBINO AFFETTO DA OBESITA'…MOLTO DIFFICILE MA POSSIBILE

- ***proporsi come alleati, non come ennesimi "giudici" di situazione inammissibile***
- ***disporre di strumenti pratici maneggevoli e simpatici di valutazione, prescrizione e monitoraggio***
- ***saper attuare un colloquio personalizzato al livello di motivazione e di consapevolezza della famiglia e del bambino***
- ***tener sempre presente che dire cosa fare non basta: necessario trovare insieme alla famiglia come farlo***

GRAZIE