PROF.SSA MARINA VIGNOLO

Centro Obesità Clinica Pediatrica IRCCS G. Gaslini, Genova

L'APPROCCIO MULTI-DIMENSIONALE NEL TRATTAMENTO DEGLI ECCESSI PONDERALI DEL BAMBINO. L'ESPERIENZA DEL NOSTRO CENTRO

L' "obesità" infantile è un serio problema di salute che coinvolge il 12% dei bambini italiani di età fra 8 e 9 anni (dati del Progetto di Sorveglianza del Ministero della Salute "Okkio alla Salute" 2008).
Identificarli e fornire una possibilità di trattamento secondo raccomandazioni *evidence-based* è importante per la loro salute psico-fisica attuale e futura.

I professionisti che operano nel campo della salute hanno un ruolo critico in questo compito. I pediatri sono oggi per la maggior parte ben consapevoli del problema sovrappeso e ritengono di dover far qualcosa per fronteggiare la situazione. Ma molti si sentono impreparati e soprattutto del tutto inefficaci. Sono opinioni che ben si comprendono in un contesto generale in cui le basi eziopatologiche del sovrappeso non sono ben chiare e il trattamento della condizione è ancora diffusamente basato su una semplicistica interpretazione "termodinamica". Esistono molte e ben riconosciute barriere al trattamento dell'obesità infantile, quali: difficoltà nel coinvolgimento famigliare, scarsa motivazione, mancanza di tempo, attitudini negative "anti-fat" e rigidità presenti anche nell'ambiente medico, inadeguatezze dell'organizzazione sanitaria, costi. A ciò si aggiungono le evidenti difficoltà e la complessità del trattamento multi-dimensionale ad impostazione comportamentale dell'obesità in età evolutiva. Necessariamente, lo sviluppo e la realizzazione di questo tipo di intervento richiede una combinazione di domini cognitivi, comportamentali, psicomotori ed affettivi. Una formazione degli operatori aggiornata e specifica è opportuna ed indispensabile. Esiste, in definitiva, un bisogno "critico" di esplorare nuove strategie per affrontare con modalità nuove e con maggiore efficacia il problema.

Viene discusso un modello di intervento mirato ad ottenere un cambiamento progressivo stabile dei comportamenti nel bambino con eccesso di peso, centrato sulla salute e non sul peso, basato sull'educazione alimentare e volto a ridurre la sedentarietà, coinvolgendo attivamente i genitori, impostato su metodi e tecniche della terapia cognitivo-comportamentale.

Associazione culturale ONLUS "Giuseppe Dossetti: i Valori - Sviluppo e Tutela dei Diritti"
Via Giulio Salvadori 14/16, 00135 Roma
Tel. +39 06 3389120 - +39 348 8118752 - Fax +39 06 30603259 - www.dossetti.it - segreteria@dossetti.it

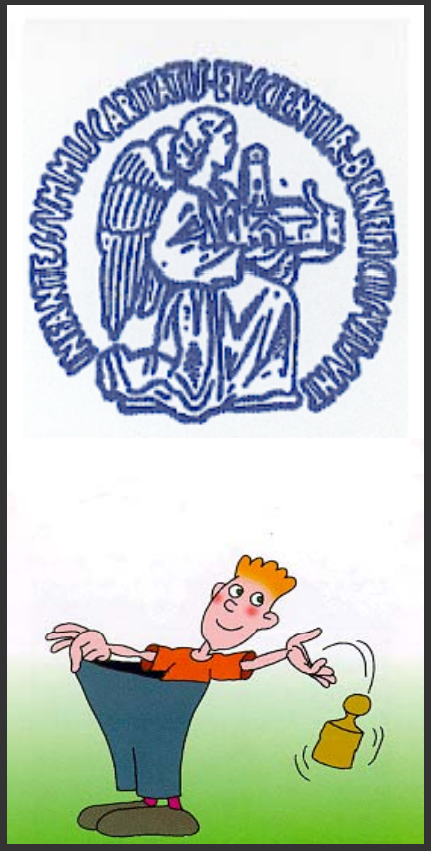
Marina Vignolo

Centro Obesità - Clinica Pediatrica
Università di Genova – IRCCS G. Gaslini - Genova



L'APPROCCIO MULTI-DIMENSIONALE NEL TRATTAMENTO DEGLI ECCESSI PONDERALI DEL BAMBINO

l'esperienza del nostro centro



Il nostro Centro

Utenza: nel 2009 - 351 nuove osservazioni

Età media alla prima visita: 10.1 (± 2.2)

Grado di sovrappeso alla prima visita:
+ 4.1 BMI SDS (± 1.08)

Maschi vs Femmine: 1:1

Invio

- Pediatra (su sua iniziativa): 13 %
- Iniziativa dei genitori: 68 %
- Specialisti (medico sportivo, ortopedico, dermatologo, pronto soccorso ed altri): 10.5 %
- Conoscenti, informazioni acquisite via media /internet: 8 %
- Altro: 0.5%

Età di insorgenza:

- da sempre: 35.1 %
- 1+ → 3 anni: 11.6%
- 3+ → 6 anni: 30.5%
- > 6+ anni: 22.8 %

Presenza sovrappeso da meno di 2 anni : 4.5%

INTERVENTO TARDIVO

(LEPTINORESISTENZA-INSULINORESISTENZA)

Grado di sovrappeso alla prima visita: + 4.1 BMI-SDS (± 1.08)

Io stato attuale

The World Health Organization describes obesity as 'one of today's most blatantly visible – yet most neglected – public health problems'

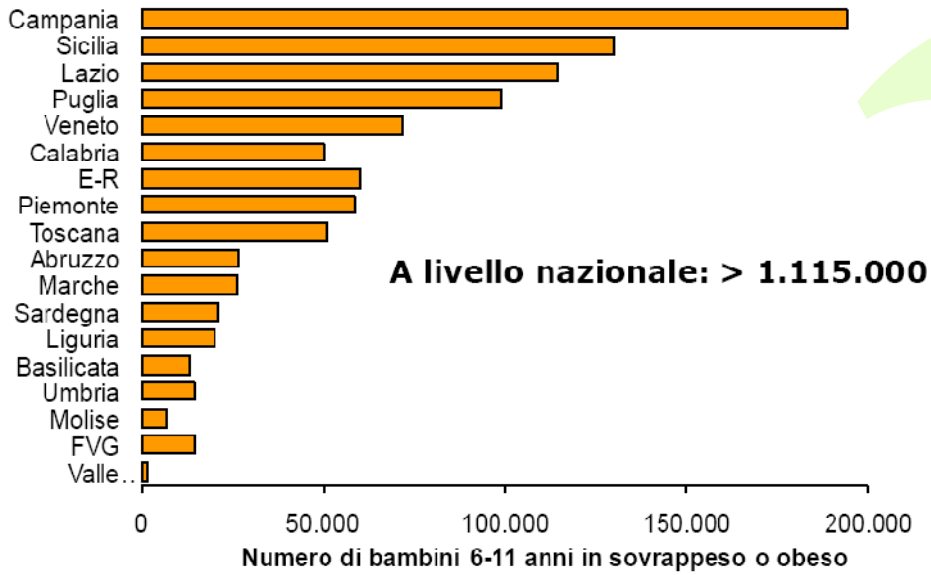
Physicians sometimes fail to diagnose obesity in children.[6] Providers identified obesity as a problem for only 50% of the obese children examined for health supervision. Even for children identified as obese by their providers, evaluation and treatment were often not consistent with current recommendations.[6]

MAIN MESSAGE Pediatric obesity is underdiagnosed and undertreated.

Gestione dell'obesità infantile e suo follow-up:

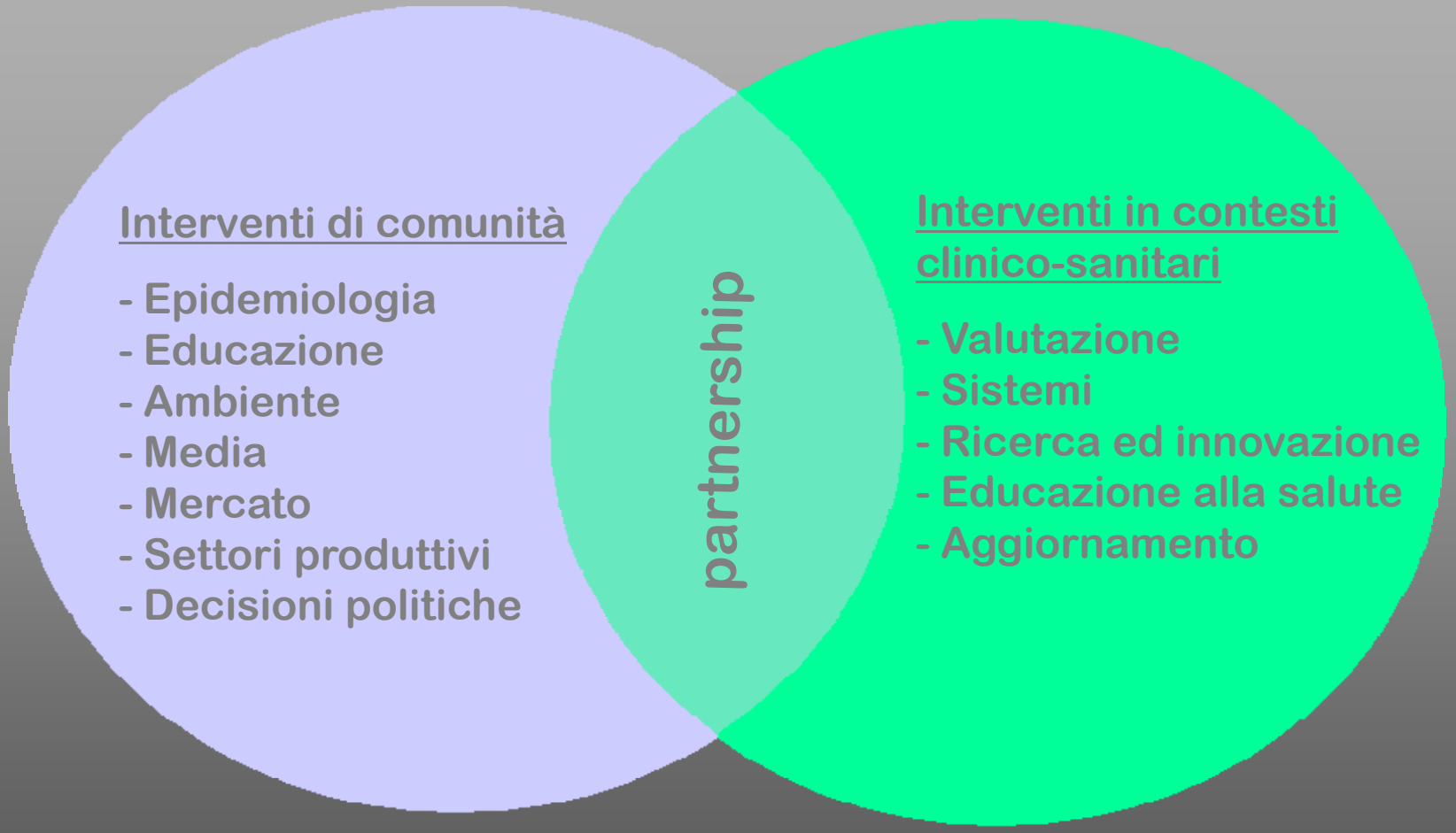
- non esistono linee guida italiane
- non esistono criteri per riferire i pazienti a centri specialistici

Stima del numero di bambini di 6-11 anni sovrappeso e obesi

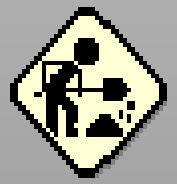


400.000 con forme severe di eccesso di peso
(indice di massa corporea>2,5 SDS)

Modello di cura cronico



con sfere di influenza che comprendono interventi di comunità ed interventi in contesti clinici con l'obiettivo di sviluppare un modello efficace ed efficiente per la **prevenzione** e per il **trattamento dell'obesità infantile**

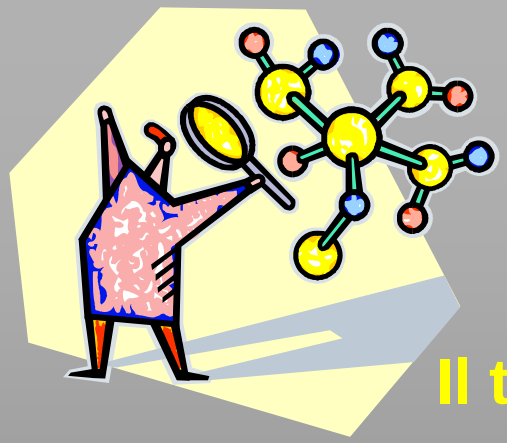


CONTESTO CLINICO
la sfida è progettare un modello

MODELLO di CURA CRONICO

OBIETTIVI

- migliorare le cure prestate ai pazienti
- migliorare la salute dei pazienti
- avere operatori della salute più soddisfatti
- contenere i costi



Il trattamento dell'obesità in età evolutiva

- la ricerca genetica sta aprendo nuove prospettive sulle cause dell'obesità
- la ricerca clinica sempre più evidenzia l'eterogeneità inter-individuale clinica ed eziopatogenetica della condizione

occorre definire **obiettivi realistici** per il trattamento degli eccessi ponderali in età evolutiva

E’ in corso una *variazione* del paradigma di approccio



Obesità (ob-edere)	Eccesso ponderale
Peso “ideale”	Peso “sano”
Miglioramento personale del bambino	Miglioramento della famiglia
Focus sul peso	Focus sullo stile di vita
Esercizio fisico	Attività fisica

Le evidenze sono sufficienti per passare all'azione?

Charles J. Homer

Pediatrics 2009;123;S253-S257

PEDIATRICS Volume 123, Supplement 5, June 2009

- in base ai risultati dei trattamenti dell'obesità infantile, siamo giustificati ad intervenire
- c'è bisogno un intervento "ora e subito"
- .....perchè i danni dell'inazione sono maggiori rispetto a quelli di qualsiasi intervento (anche se costoso ed impegnativo)



Trattamento dell'obesità infantile:

le evidenze scientifiche

- Risultati favorevoli a lungo temine nei bambini per i quali si può contare su un forte supporto da parte delle famiglie

Epstein et al., 1990a, b (bis); Epstein, 1996; Braet and Van Winckel,2000; Golan and Crow, 2004, Vignolo et al. 2006

- Maggiori successi a medio-lungo termine sono quelli multidimensionali (intervengono sullo stile di vita) e basati su un approccio psicologico comportamentale o cognitivo-comportamentale

Epstein, 1996; Warschburger et al., 2001; Eliakim et al., 2002; de Mello et al., 2004; Reinehr et al., 2005; Sacher et al., 2005; Korsten-Reck et al., 2005; Nemet et al., 2005; Jiang et al., 2005, Vignolo, et al. 2006

- La terapia di gruppo porta a risultati migliori di quella individuale, fornendo supporto sociale e con costi minori *Braet et al., 1997*



Le strategie dell'approccio terapeutico multidimensionale dell'obesità infantile

- Centrare l'intervento sulla salute e non sul peso
- Diminuire l'*intake* energetico, pur mantenendo un *intake* nutrizionale adeguato tenendo conto della variabilità individuale
- Non parlare di "cibi proibiti", ma di "alimentazione sana"
- Ridurre la sedentarietà ed aumentare l'attività fisica nella vita quotidiana
- Coinvolgere "attivamente" i genitori (modello e sostegno) e creare un ambiente familiare il più possibile idoneo ad accogliere il cambiamento
- Ottenere cambiamenti piccoli e graduali
- Usare metodi e tecniche della terapia cognitivo-comportamentale

Il trattamento multidimensionale: la via maestra

European Journal of Clinical Nutrition (2008) 62, 1047–1057
© 2008 Macmillan Publishers Limited All rights reserved
0954-3007/08 $30.00
www.nature.com/ejcn

ORIGINAL ARTICLE

Five-year follow-up of a cognitive-behavioural lifestyle multidisciplinary programme for childhood obesity outpatient treatment

M Vignolo[1], F Rossi[2], G Bardazza[3], A Pistorio[4], A Parodi[1], S Spigno[1], C Torrisi[1], M Gremmo[3], E Veneselli[2] and G Aicardi[1]

[1]Pediatric Clinic, University of Genoa, G. Gaslini Institute, Genoa, Italy; [2]Child Neuropsychiatric Unit, University of Genoa, G. Gaslini Institute, Genoa, Italy; [3]Physical and Rehabilitation Units, G. Gaslini Institute, Genoa, Italy and [4]Epidemiology and Biostatistics Service, G. Gaslini Institute, Genoa, Italy

















MI PIACE PIACERMI

gli strumenti

per i genitori

e i bambini



MI PIACE PIACERMI :
il format

contesto ambulatoriale dedicato
(ricerca corrente IRCCS G. Gaslini)

team: multidisciplinare con pediatra, psicologo, fisioterapista-psicomotricista

figura medica "specializzata" con competenze ed abilità specifiche nei settori della nutrizione, della psicologia cognitivo-comportamentale, delle scienze motorie

(tale figura professionale si avvale di supervisione e supporto nei casi di particolare complessità, ad esempio per la presenza di un disagio psicologico, di un disturbo della condotta alimentare, di comorbidità gravi, di problemi motori, *etc.*)

MI PIACE PIACERMI :
gli obiettivi

- ottenere una riduzione della massa grassa garantendo una crescita regolare
- promuovere idonei comportamenti alimentari e stili di vita
- valorizzare le risorse del bambino, con il supporto della famiglia
- offrire al bambino e alla famiglia abilità mirate a ridurre il rischio di disagio
- aumentare il senso di auto-efficacia e la capacità di auto-controllo dei comportamenti

MI PIACE PIACERMI :
le strategie

- educazione alimentare
- approccio cognitivo-comportamentale
- promozione dell'attività motoria inserita nei modelli di comportamento quotidiano, valorizzando il gioco libero in movimento
- coinvolgimento attivo dei genitori (modello e supporto)

Le attività sono svolte attraverso 8 incontri in gruppo con bambini e genitori
(6 bambini di età compresa tra 6-9 e 10-12 anni)

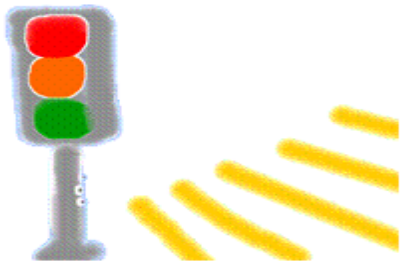
Attività di gruppo per favorire le capacità imitative, l'assunzione di modelli positivi, il reciproco aiuto, ma anche per ottimizzare le risorse (tempo degli operatori e costi)



MI PIACE PIACERMI : educazione alimentare 1

- si ispira **alle linee guida per una sana alimentazione elaborate dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN)**
si fonda sul concetto base di **"moderazione"** che, oltre a connotare il comportamento alimentare di una valenza etica, sembra rispondere all'esigenza di una semplificazione del problema
- intende fornire conoscenze ed esperienze (practice) che orientino gradualmente e per piccoli passi le scelte alimentari
- si propone di recuperare in modo attento e graduale i segnali corporei di **fame e sazietà**, al di là dei condizionamenti sociali, psicologici e culturali ricevuti

MI PIACE PIACERMI : SCHEMA DEL SEMOAFORO

VERDE : VAI !	GIALLO: ATTENTO!	ROSSO : ALT!
	Latte parzialmente scremato Yogurt magro o Yogurt alla frutta Cereali e derivati : Pane comune e ai vari cereali, pane integrale, Crackers normali o integrali, fette biscottate magre, cracottes, tutti i Fiocchi, corn flakes di avena, mais, riso, orzo al naturale Pasta di semola o pasta integrale Riso brillato o integrale Pizza al pomodoro, pizza margherita, pizza marinara	Latte intero - Latte condensato - Panna Yogurt intero - Yogurt greco Cereali e derivati : Pane all'olio e al latte Focaccia Corn flakes zuccherati o al cioccolato, muesli Pasta all'uovo Tutte le altre pizze farcite e sofficini
Verdure : pomodori, carote, finocchi, funghi, spinaci, insalata, insalate miste, carciofi, zucchine, zucca, peperoni, melanzane, sedano, cavoli	Verdure : patate	Patatine fritte

MI PIACE PIACERMI :
educazione alimentare 2

- il coinvolgimento nel percorso di educazione alimentare dei genitori, dei nonni e di chiunque partecipi alle cure del bambino è estremamente importante, come pure il ruolo di modello di queste persone nel seguire un'alimentazione sana e leggera (CONDIVISIONE DELLA RESPONSABILITA')

- non ci sono proibizioni e sgridate o arrabbiature
- Il cibo non viene mai usato per "premiare"
- l'ambiente domestico non è un "deserto" alimentare, ma i cibi sono scelti con attenzione e cucinati bene

MI PIACE PIACERMI :
l'intervento cognitivo-comportamentale

Viene fornita l'acquisizione di abilità cognitive per far fronte a circostanze conflittuali, sviluppando le capacità di autocontrollo - riconoscimento delle emozioni (voglia-fame) = educazione razionale-emotiva

Le tecniche utilizzate comprendono: *valutazione e analisi funzionale del comportamento, parent training, controllo dello stimolo, contratto e tecniche di rinforzo (token economy), autocontrollo, automonitoraggio, training di assertività, sviluppo dell'autostima, problem solving)*



Tecniche di rinforzo: token economy


Lodi e premi
VIETATO
FUMARE



L’approccio ludico



Social skills:

il coinvolgimento “attivo” dei genitori (modello e supporto) e dei pari



il coinvolgimento attivo dei genitori (entrambi) e della famiglia

Prove ed esperienze per frutta, verdura e cibi sani







Valorizzazione delle risorse personali del bambino

MI PIACE PIACERMI :
educazione motoria

Approccio alla mediazione corporea dove l'adulto, si mette in gioco come modello positivo, e condivide ed incoraggia il bambino a riconoscere le proprie competenze attraverso proposte graduali.

Il bambino inizia giocando, impara a conoscersi ed a riconoscere e gradire le sensazioni piacevoli che scaturiscono dal suo corpo che si muove, giungendo al cambiamento del suo stile di vita fino alla specializzazione delle abilità motorie acquisite.



MI PIACE PIACERMI :

IL CAMPIONE: 30 pazienti – drop out 30% in 5 anni

Table 1 Characteristics of all the study participants before the intervention

Age (years)	8.41 (1.87)
Height (cm)	133.5 (11.66)
Weight (kg)	44.6 (10.0)
Height-SDS	1.31 (0.83)
BMI (kg/m^2)	24.71 (2.08)
BMI-SDS	4.33 (0.94)
a-BMI	56.34 (11.99)
Waist circumference (cm)	79.5 (8.3)
Parental overweight/obesity both/single/none (%)[a]	26/52/22
Previously dieting subjects	3/20

Abbreviations: a-BMI, adjusted BMI; BMI, body mass index; BMI-SDS, BMI standardized.
[a]Parental overweight/obesity was defined as BMI > 25.

European Journal of Clinical Nutrition

MI PIACE PIACERMI :

I risultati 1 – intake calorico e nutrizionale

Table 3 Mean and s.d. of daily energy intake, relative intake from proteins, carbohydrates and fat, daily calcium and total fibres intakes and changes in eating habits on admission and at 5-year follow-up visit

	On admission	*At 5-year follow-up*	*Statistical significance (P-value)*
Caloric intake (kcal/day)	2333±636	1869±406	0.014
Proteins (%)	19.4±3.59	20.7±3.94	NS
Carbohydrates (%)	57.2±4.93	56.4±7.39	NS
Fat (%)	23.3±4.99	22.9±6.60	NS
Calcium (mg/day)	622.5±239.7	751.0±355.1	NS
Total fibre (g/day)	17.9±5.59	20.4±5.89	NS
Number of vegetable helpings	0.55±0.6	1.1±0.7	0.002
Number of fruit helpings	0.85±0.6	1.4±0.7	0.007
Number of meals	4.1±0.6	4.45±0.69	NS
Breakfast skipping (yes/no)	6/14	4/16	<0.05
Second/third helpings of food (yes/no)	14/6	1/19	0.00024
Secretive eating (yes/no)	11/9	4/16	0.0078
Snacking (yes/no)	18/2	5/15	0.00061

Abbreviation: NS, not significant.

MI PIACE PIACERMI :

I risultati 2 – Family Habit Inventory

Table 2 Family habit inventory scores on admission and at 5-year follow-up visit

	On admission			*At 5-year follow-up visit*			P*
	Mean	*Median*	*95% CI*	*Mean*	*Median*	*95% CI*	
The foods	4.0	4.0	3.0–4.9	7.4	8.0	6.5–8.3	0.0002
How much eat	4.5	5.0	3.7–5.2	7.7	8.0	7.0–8.3	0.0001
How often eat	8.0	7.5	6.8–9.2	9.5	10.0	8.5–10.4	0.0245
Light family foods	2.8	3.0	2.3–3.2	6.2	6.5	5.2–7.2	0.0002
Family eating style	5.9	6.0	5.0–6.7	7.3	8.0	6.5–8.0	0.0033
How much exercise	6.4	6.0	5.8–6.9	9.2	9.0	8.4–9.9	0.0003
Active lifestyle	5.0	4.5	4.2–5.8	8.1	8.0	6.9–9.2	0.0021
Enriching lifestyle	6.9	7.0	6.2–7.5	8.6	8.5	7.8–9.4	0.0008
Active family time	4.5	4.0	3.9–5.0	7.5	7.0	6.8–8.1	0.0001
Feeling about weight	6.2	6.5	5.3–7.0	8.7	9.0	7.8–9.6	0.0020
Facing the problem	9.7	10.0	9.1–10.3	10.5	11.0	9.7–11.2	0.044
Setting limits and following through	6.4	6.5	5.8–7.0	9.5	9.5	8.8–10.1	0.0001
Rewarding positively	6.1	6.0	5.4–6.7	9.5	9.5	8.7–10.2	0.0001
Communicating	8.8	9.0	8.3–9.2	10.1	10.0	9.5–10.7	0.001
Building sense of well-being	6.2	6.0	5.6 6.8	9.5	9.0	8.6 10.3	0.0001
Role model	4.6	4.5	4.1–5.1	7.3	7.0	6.5–8.0	0.0003
Total score	95.5	96.0	91.9–99.1	136.1	137.0	130.1–142.0	<0.0001

*All *P*-values refer to Wilcoxon's test for paired data; 95% CI: 95% confidence interval.

MI PIACE PIACERMI :

I risultati 3 – Child Behavioural Checklist

Table 4 Mean and s.d. of T scores of CBCL problem scales as completed by parents at the first observation and at 5-year follow-up.

	On admission		*At 5 years' follow-up*		*Statistical significance* (P-*value*)
	Mean	*s.d.*	*Mean*	*s.d.*	
Total score	56.5	6.35	51.5	11.72	<0.01
Internalizing	58.5	7.70	52.8	10.21	<0.01
Externalizing	49.8	6.45	49.2	10.18	NS
Withdrawn	56.5	6.25	56.4	7.71	NS
Somatic complaints	56.8	6.53	54.5	5.60	NS
Anxious/depressed	60.5	8.80	56.3	7.27	<0.02
Social problems	59.5	6.86	58.4	9.34	NS
Thought problems	53.0	4.99	51.4	3.66	NS
Attention problems	56.7	5.51	56.2	7.40	NS
Delinquent behaviour	52.0	4.52	53.8	6.76	NS
Aggressive behaviour	53.1	3.82	54.7	7.70	NS
Activities	37.9	6.81	38.6	6.8	NS
Social	38.2	6.44	42.6	5.54	<0.02
School	42.2	4.28	44.7	4.98	NS
Total competence	35.6	4.4	39.8	6.8	<0.01

Abbreviations: CBCL, Chid Behaviour Checklist; NS, not significant

MI PIACE PIACERMI :

I risultati - abilità motorie (test di Frostig)

Table 5 Median motor skill scores assessed by Frostig's test on admission and at 5-year follow-up

	On admission *Median*	*At 5-year follow-up* *Median*	*Statistical significance* (P-*value*)
Coordination	2	3	0.0002
Agility	2	3	0.0051
Flexibility	3	3	0.0117
Force	2	3	0.0009
Velocity	2	3	0.0003
Balance	2	3	0.00147
Resistance	2	3	0.00065
Body awareness	2	3	0.00029

MI PIACE PIACERMI :

I risultati 4 – BMI-SDS (baseline e dopo 5 anni)

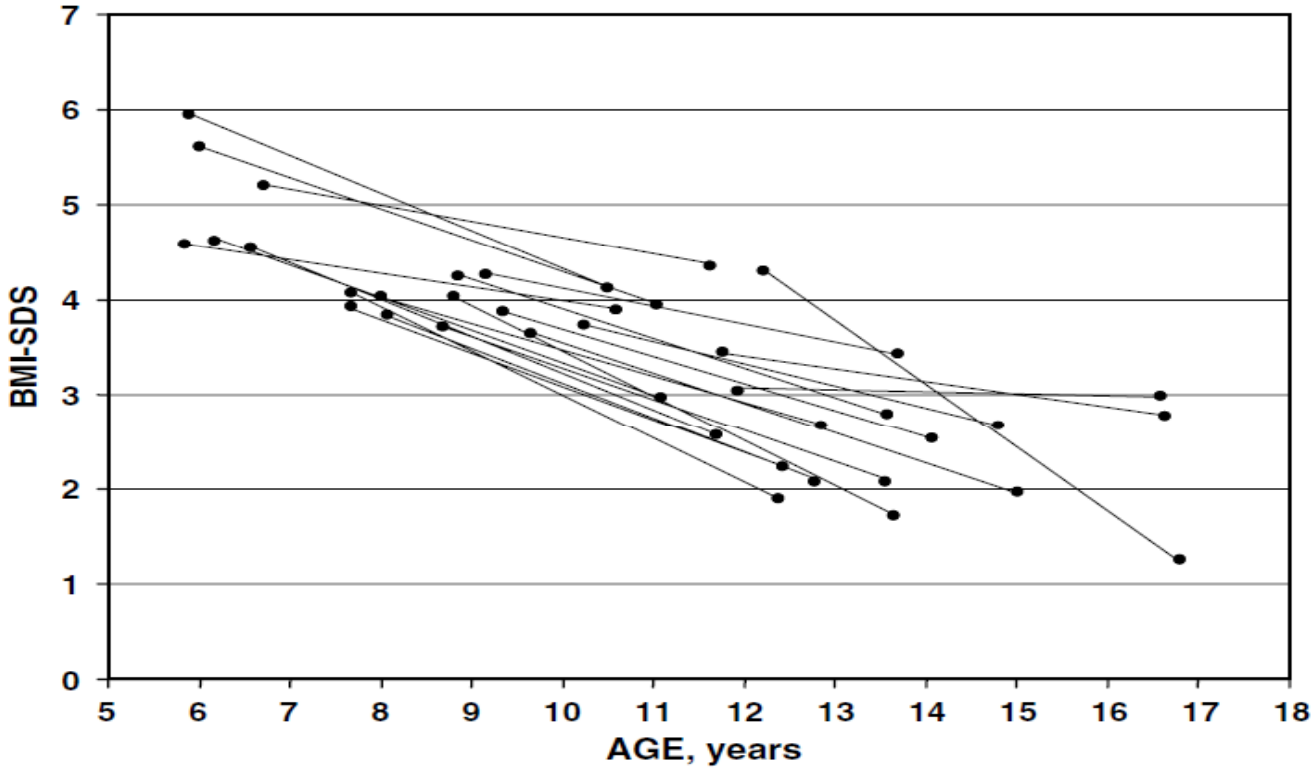


Figure 1 Individual BMI-SDS at baseline and at 5-year follow-up visit.

11% : percentuale di pazienti afferenti al Centro per anno inseriti nel programma di trattamento
MI PIACE PIACERMI

- **66%** Drop-out dopo I^ visita e DH (inviati dal Curante per evidenziare patologie/disfunzioni)

- **21%** Drop out di pazienti seguiti individualmente in ambulatorio dopo la II – III^ visita

- **2%** Pazienti seguiti individualmente in ambulatorio con follow-up superiore a un anno

Realizzato sinora in un contesto di ricerca mirato a testarne l'efficienza con forte controllo interno da parte degli sperimentatori, "MI PIACE PIACERMI" può tradursi in pratica terapeutica effettiva attraverso un ulteriore percorso di studio basato sui metodi e procedure della ricerca di trasferimento ("translational research")

RICERCA DI TRASFERIMENTO

partendo dalla verifica della capacità di un 'intervento di produrre cambiamenti significativi nella direzione voluta (efficacia), questo tipo di ricerca è volta alla identificazione degli elementi che possono consentire la diffusione, implementazione e mantenimento di un intervento.

Protocollo di studio (parte I)
Obiettivo:

valutare l'efficienza del programma "MI PIACE PIACERMI" realizzando e testando l'intervento all'interno delle regolari attività assistenziali di un "centro" dedicato al trattamento dell'obesità infantile (*under real-life conditions*)

Protocollo di studio (parte II)
Questionario su opinioni, attitudini, conoscenze, pratiche, livello di motivazione

Obiettivo

mettere a punto un questionario* su tematiche relative al trattamento dell'obesità infantile, rispettivamente per :

1. pediatri che operano nel settore delle cure primarie
2. genitori di bambini che presentano una condizione di obesità
3. responsabili delle decisioni medico-amministrative in tema di politiche sanitarie

---

* seguendo le procedure del metodo di ricerca Delphi



con un sorriso…, grazie