

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino" cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche. I testi in extenso sono pubblicati on line.

## LA TERAPIA DEL BAMBINO SOVRAPPESO E OBESO NELL'AMBULATORIO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA CON L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA FAMILIARE: FOLLOW-UP DI TRE ANNI

R. Limauro<sup>1</sup>, E. Farris<sup>1</sup>, P. Gallo<sup>1</sup>, L. Cioffi<sup>1</sup>, R. Tanas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra di Libera Scelta, Centro Studi FIMP, Napoli

<sup>2</sup>Centro Obesità, Villa Igea, Forlì

Indirizzo per corrispondenza: raffaele.limauro@fastwebnet.it

### THE TREATMENT OF PAEDIATRIC OBESITY AT THE PRIMARY CARE PAEDIATRICIAN'S USING THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION: 3-YEAR FOLLOW UP

**Key words** Children obesity, Therapeutic Patient Education, Primary care

**Summary** The treatment of paediatric obesity is one of the main objectives of the Public Health System in the industrialized world. Prevention and treatment of not complicated obesity are common tasks for primary care practitioners. Therapeutic Patient Education is an effective approach for this disease. The present study shows how this treatment is effective if it is employed by Primary Care Paediatricians. In addition, it shows the results of the approach on weight decrease at a 3-year follow up compared to a traditional dietetic therapy.

**Introduzione** - L'epidemia di eccesso ponderale ha coinvolto il mondo industrializzato e in particolare l'Italia meridionale e la Campania, dove circa il 49% dei bambini tra gli 8 e i 10 anni presentano obesità (O) o sovrappeso (SP). Pertanto la Pediatria di Libera Scelta (PLS) è chiamata a occuparsi non solo della sua prevenzione ma anche del suo trattamento.

Il trattamento dieto-terapeutico (DT) tradizionale ha dimostrato la sua scarsa efficacia, mentre sempre più spesso la letteratura propone di utilizzare percorsi educativi. Negli ultimi anni sono comparse le prime revisioni sull'efficacia dell'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) nel trattamento dell'eccesso ponderale dell'adulto, i primi lavori sul suo utilizzo in età evolutiva e sulla possibilità che tale cura possa essere affidata con risultati positivi anche al medico delle cure primarie, cioè al PLS.

L'ETP è un metodo professionale innovativo, cioè un modo di pensare e agire assunto dai professionisti nel curare i pazienti, prendendo in considerazione non tanto la malattia quanto i malati con i loro pensieri, aspettative e difficoltà, realizzando, inoltre, la collaborazione interprofessionale indispensabile a garantire una reale e sostenibile continuità di cure fra i vari livelli di assistenza (Tabella). Non si identifica con la semplice informazione, costituita da un insieme di consigli, raccomandazioni e istruzioni che fa parte del dialogo abituale tra curante e malato, ma implica precisi percorsi strutturati di apprendimento, per sviluppare i quali non basta la buona volontà o il talento naturale, ma occorre formazione professionale, perché l'iniziale dipendenza dal curante lasci progressivamente il posto alla responsabilizzazione e alla collaborazione attiva.

Scopo di questo studio è valutare l'esito di un intervento terapeutico della durata di 2 anni, seguito da un 3° anno di follow-up, con-

dotto nell'ambito delle cure primarie pediatriche in Campania, confrontando un gruppo di bambini trattato con un approccio di ETP rispetto a un gruppo trattato con percorsi DT tradizionali.

**Materiali e metodi** - Hanno aderito allo studio 4 PLS, di cui 2 formati con corsi di 2 giorni sul trattamento ambulatoriale del bambino sovrappeso con l'Educazione Terapeutica Familiare (ETF). Gli altri due PLS seguivano le procedure abituali di cura con consigli sullo stile di vita e dietoterapia. I pediatri, correttamente formati all'uso degli strumenti di misurazione, hanno messo in terapia e monitorato tutti i bambini con eccesso ponderale, sovrappeso (BMI  $\geq 85^{\circ}$  e  $< 95^{\circ}$  percentile) e obesità (BMI  $\geq 95^{\circ}$  percentile) secondo le curve del *Center for Disease Control*, che si sono presentati in ambulatorio dal 15 dicembre 2008 al 30 giugno 2009.

Il trattamento, sia ETF di gruppo che DT, era costituito da una prima visita inserita nel bilancio di salute, in cui è stata posta diagnosi di sovrappeso e obesità e avviato il percorso terapeutico, e da una serie di visite nei 2 anni successivi di numero e durata personalizzata, numero medio di visite 6 (range 4-8), tempo medio totale 2,3 ore/due anni (range 1-4 ore). Dopo i due anni di trattamento i bambini sono stati rivisti per un anno di follow-up ogni 3 mesi, tempo medio totale ore 0,6 (range 0,3-0,8).

Sono stati arruolati all'inizio dello studio 531 bambini obesi o sovrappeso (femmine 48%) di età 2-14 anni; hanno portato a termine il trattamento nel luglio 2011 394 bambini (femmine 46,7%); 159 di età media  $7,1 \pm 2,7$  (69 SP e 90 O) sono stati trattati dai 2 PLS formati all'ETF e 235 di età media  $6,1 \pm 2,6$  (93 SP e 142 O) dai 2 PdF con la DT. Non c'erano differenze statistiche nella distribuzione di maschi e femmine né nel grado di eccesso ponderale, né nel BMI z-score dei 2 gruppi ETF e DT all'inizio dello studio. I dati antropometrici e il drop-out sono stati rilevati dopo i due anni di trattamento e nel successivo anno di follow-up dopo  $2,9 \pm$

### L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA FAMILIARE DI GRUPPO PER LA CURA DEL SOVRAPPESO E DELL'OBESITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA

#### Strumenti utilizzati

- Il colloquio di motivazione
- L'ascolto pro-attivo, non giudicante
- La *decolpevolizzazione*: attribuire la colpa all'ambiente e alla malattia
- La *narrazione terapeutica*: evocare la storia dei tentativi di cura precedenti, bloccata dalla colpa e le ripicche, per far nascere una storia nuova, fatta da loro, con le loro esperienze precedenti rivalutate
- Il *rinforzo positivo* dei piccoli risultati ottenuti sui comportamenti e sulla clinica (BMI, acantosi nigricans, smagliature)

#### Temi condivisi nel cambiamento dello stile di vita

- Ridurre le attività sedentarie
- Aumentare l'attività motoria piacevole
- Scegliere un'alimentazione più sana e piacevole:
  - la prima colazione
  - la porzione adeguata
  - il mangiare a casa/fuori casa
  - le bevande dolci

0,5 anni dall'inizio del trattamento sui 109 bambini trattati con ETF e 96 con DT presenti al follow-up.

I risultati sono stati valutati con l'uso del T-Student test, il Fisher's exact test e con il calcolo del Rischio Relativo (RR). In particolare, è stato valutato il decremento ponderale dei pazienti come BMI z-score e il drop-out, cioè il numero di pazienti che non si erano ripresentati al controllo da oltre 6 mesi in due momenti: dopo 2 anni di trattamento e alla fine dell'anno successivo di follow-up.

**Risultati** - Tutti i bambini hanno avuto un ottimo calo del BMI z-score medio al termine del trattamento di 2 anni e alla rivalutazione di follow-up nel terzo anno dall'avvio dello studio. In particolare, alla fine dello studio, il gruppo trattato con ETF ha riportato un calo del BMI z-score di  $0,37 \pm 0,5$ ; quello trattato con DT di  $0,24 \pm 0,5$ ; la differenza è statisticamente significativa,  $p < 0,02$ .

Suddividendo i bambini in base al grado di eccesso ponderale, il BMI z-score dei bambini obesi è diminuito significativamente in entrambi i periodi di terapia e follow-up e in entrambi i gruppi terapeutici, anche se in misura maggiore in quello ETF; il BMI z-score dei bambini sovrappeso, invece, è diminuito significativamente solo nel gruppo ETF, mentre è rimasto praticamente invariato in quello DT (Figura).

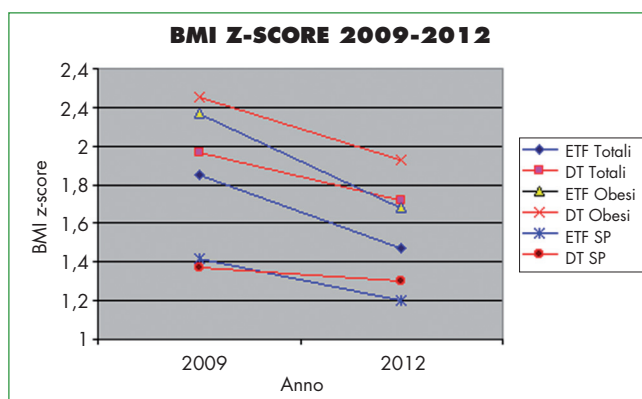
Nel gruppo DT il rischio di persistenza della malattia, cioè il rischio dei bambini sovrappeso di diventare obesi (OR) e quello dei bambini obesi di restare tali, è stato rispettivamente 1,4 e 3,1, considerato 1 quello dei bambini ETF. Il drop-out è significativamente inferiore nei bambini ETF, sia presi in toto che divisi per sottogruppi, secondo il grado di eccesso ponderale sia nel periodo di trattamento che nel follow-up.

**Discussione** - I risultati sul calo ponderale dei bambini dopo 3 anni di trattamento sono molto buoni con entrambi gli approcci rispetto a quanto riportato in letteratura. La differenza significativa fra i due gruppi ci suggerisce che la formazione all'ETF può sostenere i pediatri e le famiglie nel percorso terapeutico e permettere migliori risultati. I pediatri che hanno effettuato tale formazione, inoltre, hanno dimostrato di essere in grado di affrontare con efficacia anche il bambino sovrappeso, ottenendo una riduzione del suo peso rispetto al lieve aumento registrato dai pediatri non formati.

La valutazione del RR di persistenza dall'avvio alla fine dello studio, inoltre, indica che l'ETF ha una evidente azione protettiva terapeutica nei confronti dell'obesità pediatrica.

La buona accettazione della terapia da parte delle famiglie è stata testimoniata da un drop-out annuale complessivamente basso rispetto a quello rilevato nei centri di 2°-3° livello e inferiore nel gruppo ETF rispetto al gruppo DT.

Il drop-out superiore nei bambini sovrappeso trattati con DT rispetto agli ETF può essere dovuto alla scarsa consapevolezza delle famiglie e conseguente rifiuto del percorso terapeutico più prescrittivo, proposto per un eccesso ponderale lieve. Il drop-out superiore nel gruppo delle femmine potrebbe essere spiegato dal fi-



**Figura.** Andamento dello BMI z-score nei pazienti che hanno portato a termine i tre anni dello studio, secondo l'approccio terapeutico utilizzato.

more che i consigli dietetici, a differenza di un percorso educativo piacevole allo stile di vita sano, favoriscano l'esordio di comportamenti alimentari poco sani o veri e propri disturbi del comportamento alimentare, così frequenti in età evolutiva.

**I limiti dello studio** - Lo studio ha dei limiti metodologici. L'adiposità è stata valutata con il solo BMI, metodica di valutazione accettabile nell'ambito delle cure primarie, ma non perfetta. Non è stata valutata l'obesità all'interno del nucleo familiare, né l'attività motoria ludica o programmata svolta dai bambini.

I PLS partecipanti allo studio non sono stati randomizzati, ma si sono autocandidati; quindi, potrebbero essere di per sé professionisti più interessati al problema. Il gradimento delle famiglie potrebbe essere valutato meglio con appositi questionari di gradimento e la valutazione dei pazienti potrebbe essere completata con lo studio del loro benessere psicologico e della qualità della vita.

**Conclusioni** - I risultati del nostro studio pilota confermano da una parte la capacità di PLS motivati di affrontare con successo i problemi del sovrappeso e dell'obesità e dall'altro l'utilità di una formazione all'educazione terapeutica per migliorare i risultati sul calo ponderale e soprattutto sul gradimento del percorso terapeutico, sia dei professionisti che delle famiglie, rispetto alle metodiche tradizionali. Il gradimento del percorso di cura è uno dei fattori di mantenimento del risultato. La formazione è indispensabile per sostenere la motivazione dei PLS ad occuparsi di una patologia complessa, e l'ETF potrebbe costituire un percorso di successo per la presa in carico del bambino obeso nella sanità pubblica. Nuovi studi dovrebbero confermare i risultati di simili percorsi formativi nelle cure primarie, la cui implementazione potrebbe permettere di creare una rete di assistenza sanitaria efficace e sostenibile per gestire l'elevato numero di bambini con eccesso ponderale con le risorse disponibili.

Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano la sintesi di alcuni dei contributi che compaiono per esteso sul **sito web** della rivista ([www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 617. Sovrappeso e obesità: la Ricerca presentata dimostra che i pediatri sono in grado di affrontare con successo tali patologie e, se formati all'educazione terapeutica familiare, possono ottenere risultati migliori rispetto al tradizionale utilizzo di consigli dietetici. Il caso di Sofia, il primo dei due **Casi contributivi**, sottolinea l'importanza della diagnosi precoce della Stiff-Baby syndrome: limita l'esecuzione di indagini invasive ed evita un trattamento farmacologico inappropriato. Nel secondo caso è riportato un esempio di trombocitopenia neonatale alloimmune HLA correlata. Colelitiasi, distress respiratorio, difetto di IgA, infarto cerebrale perinatale sono gli argomenti trattati nei **Poster degli specializzandi**. Può una tosse dipendere dall'orecchio? Può una trasfusione di troppo peggiorare un quadro clinico? Queste e altre domande trovano risposta nei **Casi indimenticabili**. "Quando un adulto canta per un bambino, i benefici sono di entrambi, di chi canta e di chi ascolta": *Fare musica in famiglia* è un articolo in cui viene illustrato il progetto di **Nati per la Musica**. Questo lavoro accompagna l'inserito cartaceo che ha l'intento di fornire al pediatra delle cure primarie alcuni semplici strumenti per implementare il progetto nella pratica quotidiana: staccatelo e conservatelo!