

## Valutazione di fattibilità di progetti di formazione dei pediatri per la prevenzione e la cura dell'obesità

RITA TANAS<sup>1</sup>, GUIDO CAGGESE<sup>2</sup>, ELISA ROSSATO<sup>3</sup>, ELENA DESIDERIO<sup>1</sup>, RAFFAELE LIMAURO<sup>4</sup>, RENZO MARCOLONGO<sup>5</sup>

<sup>1</sup>UO Pediatria Ospedaliera, Ambulatorio e DH di Endocrinologia Pediatrica e dell'Adolescenza, AOU Ferrara

<sup>2</sup>Formazione, Dipartimento Emergenza, AOU Ferrara

<sup>3</sup>Struttura Interaziendale di Formazione e Progetti Internazionali, AOU Padova

<sup>4</sup>Centro Studi Federazione Italiana Medici Pediatri, Sezione di Napoli

<sup>5</sup>Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, AOU Padova

Indirizzo per corrispondenza: [tanas.rita@tin.it](mailto:tanas.rita@tin.it)

### Feasibility of educational programmes on childhood obesity prevention and treatment

#### Key words

Childhood obesity, Therapy, Therapeutic Patient Education, Primary Care, Family Group Therapy

[Riassunto](#)

[Materiali e metodi](#)

[Risultati](#)

[Discussione e conclusioni](#)

[Bibliografia](#)

#### Summary

**Objectives.** In 2000, the Paediatric Department of Ferrara (Italy) started a Family Group Therapeutic Educational programme to treat childhood obesity. Following its positive results, a practical professional training in therapeutic education, addressed to healthcare personnel involved in the treatment of childhood obesity, was planned in 2008. The training is meant to promote the development of a shared therapeutic educational strategy for obesity, involving specialists, primary care physicians/paediatricians and families. The article presents the preliminary results of this training and discusses its acceptance and feasibility.

**Methods.** The integrated professional training consists of an on-line course followed by a two-day practical training at the Paediatric Department of Ferrara University Hospital or, alternatively, by a two-day classroom group training. The feasibility assessment of the training project takes into account the following criteria: a multidimensional questionnaire (a pre- and post-test investigating knowledge, motivation, self-efficacy, methodology, communication, modelling etc.), an appreciation questionnaire, and the observed outcomes for the implementation of daily professional practice.

**Results and conclusions.** Preliminary results prove its feasibility and a great interest and appreciation by participants. Moreover, the professional training has a low cost and could be even cheaper by making accessible each seminar to more than one participant.

#### RIASSUNTO

**Obiettivi.** Dal 2000 a Ferrara stiamo utilizzando un programma di educazione terapeutica familiare di gruppo. Il programma ha un impegno temporale contenuto, è interamente gestito da un pediatra e a esso hanno già aderito più di 300 famiglie con buoni risultati su fattibilità, gradimento e riduzione del BMI. Dal 2008 abbiamo sviluppato due progetti di formazione professionale, rivolti ai pediatri, specialisti e di famiglia. In questo studio valutiamo la fattibilità di questi progetti e il gradimento dei professionisti, cioè la loro capacità, dopo una formazione accettabile per tempi e contenuti, di migliorare la gestione dei problemi di peso.

**Metodi.** Sono stati attivati 2 tipi di formazione professionale integrata. Il primo consiste in una fase di formazione a distanza (FAD) sull'obesità in età evolutiva, la terapia comportamentale, l'educazione terapeutica del malato e il nostro approccio terapeutico e 2 fasi sul campo di 2 giorni ciascuno di attività pratica nell'ambulatorio specialistico dedicato dell'UO Pediatria di Ferrara. Il secondo progetto, attivato solo una volta nel 2008, dopo la FAD prevede 2 giorni di formazione in aula sugli stessi temi, organizzati presso la sede di lavoro dei professionisti da formare. La valutazione dei 2 progetti ha utilizzato questionari, compilati prima, al termine dei corsi e un anno dopo, sull'aumento delle conoscenze e della motivazione, l'apprezzamento dei professionisti e la possibilità di implementare il programma in altri ambulatori.

**Risultati e conclusioni.** I risultati preliminari di entrambi i progetti formativi sembrano indicare la loro fattibilità. Il primo è stato seguito con interesse dai partecipanti, che successivamente hanno attivato incontri formativi con altri pediatri e dichiarato di aver modificato il percorso terapeutico con soddisfazione loro e delle famiglie assistite. Il secondo è stato seguito dall'avvio di un progetto di ricerca, che verrà svolto con circa 1000 bambini in 8 ambulatori di pediatria del territorio. Altri professionisti delle cure primarie hanno richiesto percorsi formativi più contenuti per impegno e durata, nella loro sede di lavoro, già realizzati a Cesena, Reggio Emilia e Rovigo.

L'obesità è oggi uno dei maggiori problemi di salute pubblica: una reale epidemia. Come per le malattie infettive, il rischio di ammalarsi aumenta frequentando altri obesi: genitori, compagni, amici, a causa, non di un contagio, ma della forte influenza dell'ambiente e in particolare di quello familiare nel determinare i comportamenti che favoriscono l'aumento di peso<sup>1</sup>. In Italia il 60% degli adulti è sovrappeso o obeso<sup>2</sup>. Anche nei bambini l'incidenza è elevata e si è triplicata negli ultimi trenta anni<sup>3-6</sup>. Inoltre, il rischio di persistenza nell'età adulta è alto, come i costi per l'incremento di patologie cardiovascolari, diabete e cancro, che spesso la accompagnano<sup>7,8</sup>.

Pertanto gli esperti consigliano di iniziarne la gestione precocemente sin dall'infanzia<sup>9</sup>. Purtroppo anche le ultime revisioni<sup>10,11</sup> molto positive sui risultati delle cure, dicono che non esistono prove di efficacia per la cura dei bambini al di sotto dei 5 anni, né per quelli solo sovrappeso. Inoltre, gli studi clinici randomizzati pubblicati sugli adolescenti e quelli condotti nell'ambito delle cure primarie sono limitati per numero e durata del follow-up<sup>12</sup>. Gli unici programmi che raggiungono evidenza di efficacia hanno un tempo di contatto professionale elevato, superiore alle 25 ore<sup>13</sup>. Tempo, costi e sfiducia sono, inoltre, importanti ostacoli anche per le famiglie<sup>14</sup>. In tale situazione gli operatori sono poco motivati, mentre i ricercatori esplorano percorsi sempre più complessi<sup>15,16</sup>.

L'andamento dell'epidemia e l'importanza delle cure precoci ha costretto i Sistemi Sanitari ad affidare la gestione dell'eccesso ponderale ai pediatri e ai medici di famiglia (PdF, MMG)<sup>17,18</sup>, riservando allo specialista solo le forme più gravi: secondarie o complicate. In Italia il Piano Sanitario Nazionale<sup>19</sup> ha previsto azioni per prevenire l'obesità soprattutto nelle donne e nei bambini e la Società Italiana di Pediatria ha pubblicato una Consensus<sup>20</sup> per la sua gestione. Tuttavia, ancora molti pediatri in vari paesi hanno poca fiducia nel trattamento, non si sentono abbastanza preparati a gestirlo e raramente intraprendono interventi completi, limitandosi più spesso a consigli dietetici, solo se i genitori lo richiedono<sup>13,21</sup>. Così, sebbene la letteratura e l'esperienza insegnino che la prescrizione di una dieta non è la soluzione<sup>22</sup>, anzi può dare dei risultati assolutamente negativi, sia sul BMI che sui comportamenti alimentari<sup>23,24</sup>, la maggior parte dei medici e delle famiglie continua a limitarsi al massimo a ciò<sup>21</sup>.

Avendo sviluppato da circa dieci anni un programma innovativo di terapia dell'obesità in età evolutiva, basato sull'educazione terapeutica, con risultati soddisfacenti<sup>25-27</sup>, gli autori di questo studio si propongono di trasferirlo ad altri ambulatori pediatrici, formando operatori motivati e mettendoli in rete fra loro per promuovere una "contro-epidemia" di stile di vita sano, in alternativa alla dieta. Questo studio vuole valutare la fattibilità e il gradimento di due progetti di formazione, attuati con tempi e costi contenuti, per richiamare l'attenzione delle società mediche e delle organizzazioni di sanità pubblica e ottenerne il sostegno in futuro.

#### Il Programma di Educazione Terapeutica Familiare di Gruppo

Il programma di terapia familiare di gruppo con l'educazione terapeutica, avviato nel 2000 a Ferrara, è stato chiamato "il gioco delle perle e dei delfini",

come proposto dai bambini, per spogliare i termini "obesità" e "dieta" dei suoi significati negativi<sup>28</sup>, sostituendoli con immagini di bellezza e dinamismo. Il programma base include solo due visite e un incontro di gruppo con le famiglie, per essere realizzato in tempi contenuti, anche nell'ambito delle cure primarie. È un intervento breve, condotto con entusiasmo, sfruttando il ruolo di modello dell'operatore e la valorizzazione delle competenze delle famiglie. Attraverso una ristrutturazione cognitiva, esso si propone di modificare rappresentazioni mentali, atteggiamenti emotivi e comportamenti dei ragazzi e delle loro famiglie nei confronti del cibo e dell'attività motoria, realizzando con loro un processo di empowerment (miglioramento dell'auto-efficacia e capacità di autogestione)<sup>29</sup> per la presa in carico consapevole e autonoma delle proprie scelte per migliorare lo stile di vita senza peggiorarne la qualità.

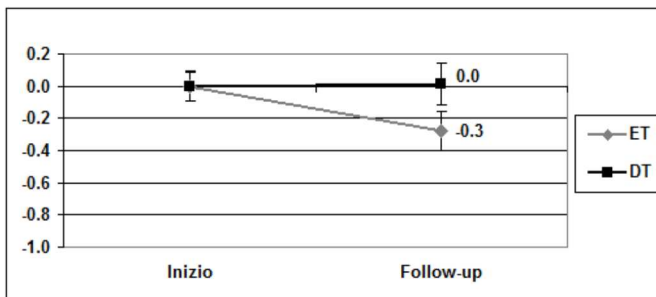
I programmi di terapia tradizionali sono caratterizzati da indagini anamnestiche finalizzate a scoprire gli "errori nutrizionali" della famiglia in esame, dando loro le informazioni più corrette per migliorare il comportamento alimentare, se non addirittura le regole precise per attuare un "regime" alimentare. Anche i programmi di prevenzione oggi sono basati prevalentemente sulla restrizione alimentare, nonostante sia ben noto che la dieta, in quanto restrizione, porti a comportamenti alimentari insani e perdite di controllo e, quindi, non faccia che peggiorare lo stile di vita, il BMI e aumentare il rischio di disturbi del comportamento alimentare<sup>23,24</sup>. Il nostro programma cerca, invece, di spogliare le famiglie dei sensi di colpa, attribuendo la maggiore responsabilità del fenomeno all'ambiente. Il senso di colpa, infatti, le paralizza impedendo la nascita di nuove alleanze.

Viene spiegato che l'ambiente sta favorendo il diffondersi di stili di vita poco sani, offrendo a tutti quantità di alimenti eccessive rispetto ai bisogni calorici, in porzioni standard non rispettose delle esigenze dei soggetti a minor fabbisogno, stimolando all'acquisto con una pubblicità sempre più intrigante. A questo si aggiunge che la vita di tutti i giorni è spesso scandita da impegni sedentari, e lascia poche opportunità all'attività motoria.

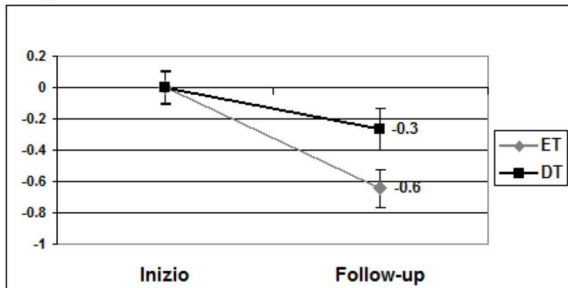
Il programma chiede a queste famiglie di fare nuovi tentativi autonomi di terapia con le loro capacità sostenute dagli operatori, nel rispetto dei loro tempi e disponibilità con la filosofia che "ognuno può fare almeno un passo" e ogni passo, fatto da tutti i membri del gruppo familiare, aumenta significativamente la salute. Tra gli scopi del programma c'è la riduzione dei conflitti che si creano in queste famiglie e il sostegno nel ricercare insieme e affrontare le barriere allo stile di vita sano, lasciando esprimere difficoltà e delusioni e sostenendo i piccoli risultati e persino le buone intenzioni con la tecnica del rinforzo positivo<sup>30-32</sup>.

Questo programma educativo è stato gestito da un solo pediatra con formazione multidisciplinare alla cura dell'obesità e dei disturbi alimentari e all'approccio educativo con il supporto scientifico di due professionisti di Padova, un medico e un'educatrice, specializzati nell'educazione terapeutica del paziente. Una valutazione retrospettiva del programma dopo 5 anni dal suo avvio ha registrato risultati soddisfacenti sul calo del BMI SDS dei bambini trattati e sulla riduzione delle forme di obesità severa (BMI > 99 percentile), con differenze statisticamente significative rispetto alla dietoterapia tradizionale<sup>26</sup>. Le [Figure 1 e 2](#) mostrano i risultati sul BMI SDS prima e dopo 2,7 anni dal trattamento educativo (ET) confrontato con quello dietologico tradizionale (DT), valutati secondo le curve di crescita della SIEDP e del WHO<sup>33,34</sup>.

**Figura 1.** Variazioni del BMI SDS, dopo 2,7 anni di trattamento con Educazione Terapeutica (ET) o Dietoterapia Tradizionale (DT), rispettivamente di 144 e 123 bambini e ragazzi sovrappeso e obesi, età media 10,5 ± 5 anni, secondo le curve di crescita della SIEDP.



**Figura 2.** Variazioni del BMI SDS, dopo 2,7 anni di trattamento con Educazione Terapeutica (ET) o Dietoterapia Tradizionale (DT), rispettivamente di 144 e 123 bambini e ragazzi sovrappeso o obesi, di età media 10,5 ± 5 anni, secondo le curve di crescita del WHO.



## I due Progetti di Formazione Professionale (Tabella 1)

Per offrire il programma terapeutico descritto a più famiglie, nel 2007 abbiamo preparato un primo progetto di formazione a Ferrara per pediatri, dietisti e nutrizionisti, che, insoddisfatti dei loro risultati, ce ne facevano richiesta<sup>35</sup>. I corsi, avviati nel 2008, consistono di una fase di formazione a distanza (FAD) su obesità pediatrica, terapia comportamentale ed educazione terapeutica e due brevi fasi di formazione sul campo (FSC) di due giorni ciascuna, con il medico formatore nei nostri ambulatori, distanziate di 2 mesi per permettere ai professionisti tentativi ed esperienze personali<sup>36</sup>.

Uno degli obiettivi principali del corso è la promozione dell'autoefficacia<sup>37,38</sup>, processo mentale che si costruisce sulle esperienze pregresse e consiste nella convinzione di avere capacità e competenza per svolgere un compito con successo. Si tratta di un costrutto fondamentale per la motivazione, in quanto, ognuno si impegna maggiormente in ciò che ritiene di poter svolgere bene. Nella pratica, convincere l'operatore di avere le capacità e le competenze per trattare l'obesità aumenta inconsapevolmente il suo impegno e migliora i risultati. Tale obiettivo è perseguito fornendo informazioni e strumenti, mostrando nella pratica i risultati, ma soprattutto sostenendo i partecipanti, tramite la relazione, nel difficile compito di occuparsi di questa patologia.

Dopo la formazione questi professionisti dovrebbero essere in grado di offrire alle famiglie un percorso terapeutico da proseguire poi con l'aiuto dei loro MMG o PdF, anch'essi motivati e capaci di sostenerli. Dove sono state istituite le Pediatrie di gruppo si valuta l'affido del programma al pediatra più interessato, che potrebbe svolgere il ruolo di operatore di secondo livello.

La formazione mista permette di fondere i risultati positivi di un corso FAD, gestito con poche risorse e secondo i propri tempi nella propria sede di lavoro, ai vantaggi del contatto diretto con il formatore e con le famiglie. Tale tipologia di formazione si sta affermando in quanto più efficace di quella tradizionale "frontale" nel migliorare le conoscenze e soprattutto nell'innescare cambiamenti nella pratica clinica. I progetti formativi sul campo permettono di rivedere i concetti teorici e illustrarli direttamente attraverso casi clinici, toccando con mano i risultati. La creazione di una comunità virtuale fra coordinatori del progetto, specialisti, PdF e MMG e famiglie, infine, costituisce un ulteriore sostegno al percorso terapeutico. Per ogni pediatra formato, si propone un incontro conoscitivo di 2-4 ore con i PdF, MMG e specialisti della zona per far conoscere il metodo e permettere una collaborazione alla realizzazione di una rete assistenziale.

Se tale progetto si rivelerà fattibile e ben accetto ai professionisti potrebbe permettere di realizzare su larga scala a costi possibili i principali obiettivi, condivisi da tutti i SSN nella cura delle patologie croniche a elevato impatto sociale: curarle in luoghi e tempi più accessibili, coordinando in rete i servizi sanitari e offrendo a tutti l'accesso a cure di buona qualità.

Il progetto è stato approvato dal Comitato Etico di Ferrara il 26 giugno 2008, in accordo con la corrente legislazione.

Il secondo progetto di Napoli. Durante il primo anno di attivazione abbiamo ricevuto molte richieste di colleghi interessati a partecipare, con modalità differenti da quelle proposte, per motivi di tempo o distanza da Ferrara o desiderio di coinvolgere l'intero gruppo di lavoro in quest'esperienza. Così abbiamo sviluppato progetti con altre modalità e tempi più praticabili. Uno dei pediatri di famiglia, in particolare, dopo lo svolgimento del nostro progetto

formativo a Ferrara ha richiesto e organizzato a Napoli nel novembre 2008 un corso in aula di 2 giorni (18 ore) per 10 pediatri, tenuto dai 2 formatori originali: il pediatra endocrinologo responsabile del programma di Educazione Terapeutica e l'educatore professionale di Padova. Anche questo percorso è stato preceduto dalla formazione a distanza (FAD) e costituisce il secondo progetto in studio di questo lavoro.

**Tabella I.** Caratteristiche dei 2 progetti di formazione.

Caratteristiche	Stage integrato teorico-pratico a Ferrara		Corso in aula a Napoli	
	Caratteristiche	Tempo	Caratteristiche	Tempo
<b>Partecipanti</b>	9 pediatri 1 nutrizionista 4 dietisti Totali 14		8 pediatri di famiglia e 2 ospedalieri	
<b>Formazione a Distanza (Parte teorica)</b>	3 capitoli 3 supplementi	6 h	3 capitoli 3 supplementi	6 h
<b>Attività ambulatoriale</b>	4 mattinate 20 visite	20 h	-	-
<b>Attività didattica</b>	4 pomeriggi	16 h	2 giornate	12 h
<b>Incontro di Gruppo</b>	Con le Famiglie e gli Adolescenti	2 h	Simulazione	2 h
<b>Lezione di Educazione Terapeutica</b>	Con Educatore Professionista	2 h	Con Educatore Professionista	4 h
<b>Impegno orario Totale</b>		46 h		24 h

## MATERIALI E METODI

### Partecipanti

Il primo progetto è stato presentato a pediatri e dietisti, che si occupano di obesità in età evolutiva, interessati a tecniche di cura innovative, durante riunioni e congressi della Società Italiana di Diabetologia ed Endocrinologia Pediatrica, dell'Associazione Culturale Pediatri e della Società Europea di Educazione Terapeutica. Con le attuali risorse riteniamo di poter formare circa 10 professionisti all'anno. Nel 2008-09 tale progetto è stato seguito da 14 professionisti di diverse regioni italiane: 9 pediatri (2 pediatri di famiglia e 7 ospedalieri), una nutrizionista e 4 dietisti.

Il secondo progetto è stato proposto e organizzato dal pediatra di famiglia responsabile di formazione di Napoli, che dopo aver partecipato al progetto a Ferrara, voleva condividere l'esperienza con un gruppo di suoi colleghi interessati e farne un loro progetto di ricerca nella regione italiana con la maggiore prevalenza di obesità infantile. Tale progetto è stato realizzato nel novembre 2008 da 8 pediatri di famiglia e 2 pediatri ospedalieri di Napoli.

### Strumenti

Un pediatra endocrinologo e 2 educatori, esperti in obesità, educazione terapeutica e formazione hanno costituito il Comitato Scientifico con il compito di svolgere e coordinare i percorsi formativi, valutarne lo sviluppo, l'implementazione, le eventuali modifiche, nonché l'impatto finale dello stesso sulle cure. È stato sviluppato un sito web (<http://moodle.edu-care-salute.it/>) con strumenti on-line ed è stato istituito un network di comunità virtuale, in cui è possibile consultarsi liberamente per revisione di argomenti specifici, discussione di casi clinici e journal club. Le comunicazioni attraverso internet permettono risposte immediate da e verso il comitato scientifico. I medici formati hanno accesso al materiale didattico dedicato ai professionisti e a quello dedicato alle famiglie e a tutte le risorse necessarie per svolgere autonomamente il programma terapeutico.

Per valutare l'efficacia del primo progetto sulla formazione, motivazione e auto-efficacia, nonché il suo impatto sulla pratica clinica, sono stati predisposti dei questionari, sia a risposta multipla, auto-compilati, che a risposta aperta, compilati con il formatore, riguardanti il trattamento dell'obesità, le aspettative prima e le esperienze dopo il corso. I questionari sono stati somministrati ai professionisti in formazione al reclutamento, al termine del percorso formativo e un anno dopo.

Tutti i professionisti formati hanno dato il consenso allo studio.

Il corso di Napoli è stato valutato con 3 questionari: prima, subito dopo e un anno dopo il corso.

## RISULTATI

Il progetto di Ferrara è stato completato da 10 professionisti nel 2008 e 4 nel 2009, che hanno cominciato a riformulare il loro approccio terapeutico con soddisfazione; altri due partecipanti non lo hanno ancora completato.

Dai questionari compilati, emerge che dopo il corso i partecipanti dimostrano più fiducia nelle proprie capacità: hanno iscritto i loro collaboratori, consigliato il programma ai colleghi e hanno richiesto sostegno per promuovere corsi per i PdF del loro territorio e per la costituzione della rete locale.

I punti chiave più significativi dei colloqui alla fine del corso sono riassunti nella [Tabella II](#).

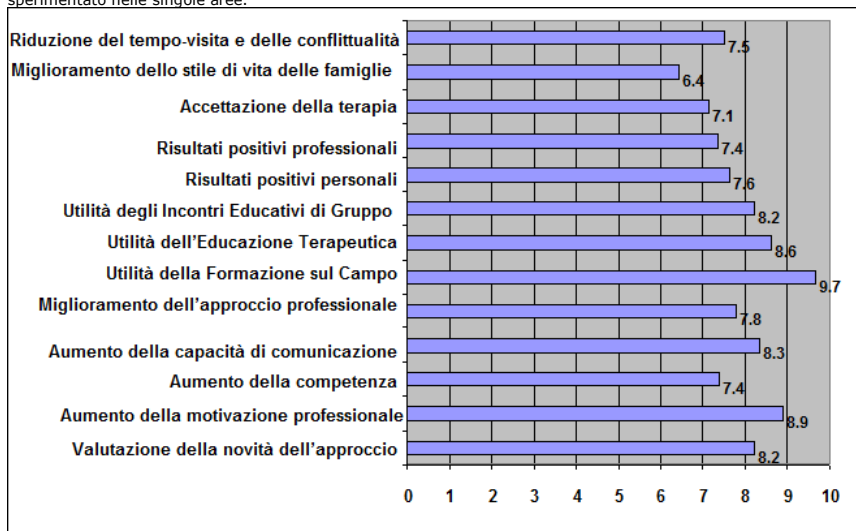
Per valutare i risultati del loro percorso formativo abbiamo utilizzato:

- Un colloquio al termine del corso, che ha rilevato un aumento di motivazione, competenza, capacità di comunicare ed efficacia. Il progetto è sembrato a tutti: fattibile, vantaggioso ed efficace, anche se il 50% ritiene che il cambiamento sia faticoso. Le novità del percorso che hanno più colpito gli stagisti sono state: il concetto di empowerment, il lavorare con le famiglie, la decolpevolizzazione, la gestione della conflittualità, l'uso della terapia narrativa, l'approccio specifico per l'adolescente, l'incontro educativo di gruppo e la gestione del percorso con un solo operatore a competenze multidisciplinari. La maggior parte dei professionisti formati si sono dichiarati disponibili a collaborare a uno studio multicentrico ([Tabella II](#)).
- Un questionario sulla persistenza dei risultati, spedito a domicilio 6-12 mesi dopo la fine del corso a 10 stagisti evidenzia che, anche dopo questo intervallo di tempo, tutti ritengono il programma innovativo e descrivono con entusiasmo le novità più significative. Tutti si sentono molto più motivati, competenti e capaci di sviluppare una buona comunicazione con le famiglie; solo 2 non hanno ancora valutato la migliore efficacia del progetto, che è per tutti fattibile. Attualmente tre sono disponibili a uno studio multicentrico. Tutti riferiscono di aver messo in atto dei cambiamenti che hanno portato vantaggi per se stessi, per i bambini e per le famiglie; alcuni hanno già riportato anche iniziali risultati positivi sul loro calo ponderale. Alla domanda aperta sulle loro proposte ci chiedono di formare più professionisti, di sviluppare un percorso di formazione continua, ci consigliano di aumentare gli incontri di gruppo con le famiglie e dedicare più tempo alla ricerca delle barriere al cambiamento.
- Per quantificare le risposte abbiamo inviato ai partecipanti dopo 6-12 mesi anche un questionario Likert a 10 punti di 13 domande. La sua lettura conferma che il percorso è stato considerato innovativo e ha aumentato motivazione, competenza e capacità di comunicazione. Le tecniche utilizzate: formazione sul campo, breve approccio all'educazione terapeutica, partecipazione all'incontro di gruppo, sono state ritenute molto valide. Si sono registrati un cambiamento dello stile di vita personale e dell'approccio terapeutico dei professionisti e un iniziale cambiamento dei comportamenti nelle famiglie ([Figura 3](#)).

I primissimi risultati del collega di Lecce su 39 adolescenti di età media  $13,1 \pm 1,3$  anni con BMI iniziale  $30,4 \pm 4$ , dimostrano un calo del BMI di 1,5 dopo 3 mesi 2,5 dopo 6 mesi e 2,8 kg/m<sup>2</sup> dopo 12 mesi (solo 23 ragazzi hanno già completato 1 anno di follow-up).

Il progetto di Napoli è stato valutato con un questionario identico, somministrato prima, subito dopo e 12 mesi dopo il corso. Da quest'ultimo si evidenzia che quasi tutti i pediatri formati sono molto motivati (7/8), ma il 50% ancora insoddisfatti del loro operato. La loro valutazione dell'importanza della cura dell'obesità è elevata (punteggio 9 decimi), quella della fiducia di poterla curare buona (6,3 decimi). Tutti segnalano difficoltà per mancanza di tempo e di compliance delle famiglie, mancanza di strutture sociali che favoriscano lo stile di vita sano e quasi tutti (7/8) chiedono di essere sostenuti da altre figure professionali (psicologi o esperti). Tutti hanno una buona formazione sui concetti di educazione, educazione terapeutica, valutazione e gestione della motivazione delle famiglie, importanza della narrazione terapeutica. Quasi tutti (7/8) forniscono consigli completi su alimentazione, attività motoria e sedentaria, anziché limitarsi a parlare solo di alimentazione, esprimono una valutazione positiva dei piccoli risultati e hanno una risposta corretta alla richiesta delle famiglie di risultati rapidi, ai dimagrimenti eccessivi e all'eventuale voglia di abbandono della terapia di famiglie e ragazzi ([Figura 4](#)).

**Figura 3.** Questionario tipo Likert a 10 punti, eseguito dai 10 partecipanti al Corso di formazione di Ferrara 2008, dopo 1 anno dal suo termine. Punteggi medi, sul cambiamento sperimentato nelle singole aree.



**Figura 4.** Valutazione dei risultati positivi (in percentuale) dei questionari compilati dagli 8 pediatri di famiglia 1 anno dopo il corso a Napoli.



**Tabella II.** Valutazione dei questionari dei 14 partecipanti al Corso di Ferrara.

Area di valutazione	Pensieri tratti dalle interviste dopo il Corso
1. Autoefficacia Sensazione di avere le capacità per affrontare il problema obesità	"In concreto penso che sia un progetto alla portata anche del PdF cioè dotato di buona volontà e disposto più che a formarsi a ripensare al suo modo di rapportarsi al paziente" "L'impressione che cercherò di comunicare e che l'esperienza è realizzabile (in fin dei conti non abbiamo bisogno di un laboratorio di biologia molecolare)" "questo lavoro nasce dal lavoro di tutti i giorni e non da esperienze da "torre d'avorio""
2. Formazione Teorica Capacità di fornire informazioni precise e aggiornate trattamenti possibili, abilità, strumenti pratici e consigli	"Per i principianti ci sono tanti strumenti, tante informazioni, ma soprattutto la prospettiva corretta: io non devo affrontare direttamente il problema con i bambini piccoli e devo sempre valutare e formare anche gli adolescenti con il loro gruppo familiare perché da soli non ce la possono fare"
3. Comunicazione e sostegno Capacità di sostenere e aiutare le famiglie nel prendere decisioni e provarci	"devo comporre la conflittualità familiare per trovare percorsi di collaborazione" "mi pare di avere cambiato ruolo da giudice alla ricerca dei loro errori o difetti a sostegno al loro percorso"
4. Efficacia sulle famiglie e sui ragazzi Capacità di insegnare a monitorare pianificare e controllare comportamenti e situazioni problematiche	"Capisco che la chiave del successo non è la mia prestazione ma la capacità di entrare in relazione e creare motivazione, competenze e soddisfazione" "sto cominciando a capire come coinvolgere l'adolescente al percorso senza fargli danno, senza metterlo in prigione, senza rischiare che esageri e sviluppi un disturbo alimentare" "Sono il loro aiuto, capisco il loro dolore"
5. Motivazione Capacità di trattare l'obesità nonostante fallimenti e esperienze insoddisfacenti già vissute dalle famiglie	"Ciò che ho imparato nel corso risponde al mio pensiero e sento che funziona!" "Ora che so che i piccoli passi, la collaborazione familiare e la riduzione della conflittualità sono più importanti di un vero calo ponderale, tutto è più facile" "Ho scoperto che con motivazione e abilità si possono trovare nuovi percorsi e nuove alleanze anche in situazioni familiari raccontate e vissute come "senza speranza", in cui "tutto" è già stato fatto senza alcun risultato" "mi si sono accese tante lampadine che c'erano, ma spente. Voglio provarci!"
6. Organizzazione professionale Capacità di trattare l'obesità nonostante i problemi di tempo	"prendo un appuntamento doppio per un paziente obeso per la prima visita e lo invito subito all'incontro di gruppo" "So che quando voglio una cosa, trovo il tempo per realizzarla"
7. Organizzazione sociale Capacità di coinvolgere la famiglia nel cambiamento	"l'incontro di gruppo mi è piaciuto moltissimo, insieme tutto è più facile e farsi aiutare dal gruppo familiare è meglio"
8. "Modelling" Capacità di cambiare i comportamenti con il ruolo di modello, anche del curante:	"Durante il Corso mi sono iscritta ad un corso di balli latino-americani, ci pensavo da tanto tempo, mi diverto moltissimo" "ho perso qualche kg e sono riuscito a mantenere il calo ponderale, sono più attivo da quando ho iniziato questo percorso"

apprendimento indiretto.	
9. "Il rinforzo positivo" Capacità di indurre e stabilizzare nuovi comportamenti in un clima positivo di sostegno	Un ragazzo all'incontro ha detto "il dottore è l'occhiale, che aiuta a vedere meglio in modo più consapevole i problemi e trovare soluzioni"

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I nostri progetti sono ancora ai primi passi e non è possibile quantificare i risultati su così pochi pediatri formati né quelli più significativi su un eventuale aumento del numero dei bambini presi in carico e sulla riduzione del loro BMI. Nonostante questi limiti, noi siamo soddisfatti di quanto registrato e ci sembra di poter dire che entrambe i progetti hanno aumentato in modo stabile, per tutta la durata dello studio, l'interesse e le capacità professionali dei PdF di fare diagnosi e comunicarla alle famiglie e la motivazione a curare il bambino con eccesso ponderale, ricercando nuove opportunità terapeutiche.

Il progetto di formazione di Ferrara, rispetto al corso esclusivamente in aula di Napoli, sembra registrare nei partecipanti più sicurezza e soddisfazione e, quindi, potrebbe avere un maggior impatto sul cambiamento della pratica clinica dei professionisti formati. Il progetto in aula, invece, lasciando una minore sensazione di autoefficacia nei professionisti, ci sembra non rispondere completamente alla loro richiesta di sostegno nella quotidianità. La valutazione potrebbe essere comunque influenzata dalla diversa formazione e motivazione dei professionisti che hanno fatto i 2 corsi: maggiore in quelli che hanno completato il corso proposto da noi a Ferrara, rispetto a quella di chi ha aderito al corso di 2 giorni a Napoli.

In altre 3 città italiane (Cesena, Reggio Emilia e Rovigo) sono stati richiesti e organizzati dal responsabile del programma incontri frontali, della durata di 3-5 ore, per tutti i PdF della provincia.

I dati oggi a nostra disposizione sono ancora troppo limitati e non permettono valutazioni statistiche, ma suggeriscono che il progetto di formazione è fattibile e ben accolto dai pediatri e in particolare dai PdF. Dopo le ultime revisioni della letteratura, un programma di cura, fatto di sole tre tappe e 4 ore di contatto professionale, è una sfida rispetto alle raccomandazioni ufficiali di utilizzare solo programmi di durata superiore alle 2-5 ore<sup>15</sup> da offrire a tutti i bambini di età superiore a 6 anni, sottoposti a screening<sup>39</sup>. Quest'anno altri gruppi di PdF e ospedalieri di altre località italiane ci hanno contattato e hanno chiesto la presentazione del programma per valutarlo e scegliere un rappresentante che svolga il corso a Ferrara e poi sostenga il cambiamento nella loro équipe. Inoltre, il gruppo di pediatri di Napoli sta iniziando un progetto triennale di ricerca sulla cura dell'obesità con il nostro metodo che coinvolgerà 1000 bambini per tre anni.

Purtroppo i corsi regionali proposti dalla SIEDP negli ultimi 3 anni e quelli iniziati dalla SIP quest'anno non sono stati ben accolti dalla pediatria di famiglia e, almeno nella nostra regione, sono stati caratterizzati da una ridotta partecipazione dei professionisti ai quali erano dedicati. Noi riteniamo che, come per curare l'obesità dei bambini dobbiamo fare nascere la motivazione nella famiglia, piuttosto che dare regole o soluzioni preconfezionate, anche per far nascere programmi terapeutici dei pediatri di famiglia dobbiamo facilitare la motivazione aumentare l'interesse e l'autoefficacia e aspettare che attivino le loro risorse. Il programma di cura da noi proposto, come altri in sperimentazione in diversi paesi<sup>40</sup>, ulteriormente perfezionato e attuato sinergicamente da molti professionisti, potrebbe determinare un cambiamento significativo nella terapia dell'obesità in età evolutiva e influire positivamente sugli obiettivi finali: l'innovazione nell'organizzazione sanitaria per la sua prevenzione e gestione, il miglioramento della qualità della vita, del grado di soddisfazione delle famiglie e dei bambini trattati e la riduzione del loro BMI SDS. Ovviamente, non si può dimenticare che l'obesità non può essere affrontata solo in ambito sanitario e che per contrastare il corrente ambiente "tossico", che la favorisce, sono necessarie scelte politiche allargate a molti ambiti.

### Ringraziamenti

Ringraziamo tutti coloro che hanno permesso questo studio, in particolare i pediatri e le dietiste che hanno partecipato al corso e fra loro Nicola Corciulo, che ha gentilmente fornito i primi risultati sulla riduzione del BMI dei bambini da lui trattati con il nostro programma educativo.

### Abbreviazioni

BMI Body Massa Index  
 BMI-SDS BMI Deviation Score  
 DT Dietoterapia Tradizionale  
 ET Educazione Terapeutica  
 FAD Formazione a Distanza  
 FSC Formazione sul Campo  
 MMG Medico di Medicina Generale  
 PdF Pediatria di Famiglia  
 SSN Sistema Sanitario Nazionale

*Gli Autori dichiarano che non ci sono conflitti d'interesse.*

### Bibliografia

- Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357:370-9.
- IL sistema di sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI). Rapporto Nazionale 2008 pag. 21-22 [<http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2009/report-passi08.pdf>].
- Maffei C, Consolaro A, Cavarzere P, et al. Prevalence of overweight and obesity in 2- to 6-year-old Italian children. *Obesity* 2006;14:765-9.
- Baratta R, Degano C, Leonardi D, Vigneri R, Frittitta L. High prevalence of overweight and obesity in 11-15-year-old children from Sicily. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2006;16:249-55.
- Albertini A, Tripodi A, Fabbri A, et al. Prevalence of obesity in 6- and 9-year-old children living in Central-North Italy. Analysis of determinants and indicators of risk of overweight. *Obes Rev* 2008;9:4-10.
- Tanas R, Albertini A, Casarini T, Armari S, Bottazzi M. Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Bologna, Italy: 1974-2002. *Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza* 2006;4:38-40.
- Deshmukh-Taskar P, Nicklas TA, Morales M, Yang SJ, Zakeri I, Berenson GS. Tracking of overweight status from childhood to young adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Eur J Clin Nutr* 2006;60:48-57.
- Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med* 2007;357:2329-37.
- Perrin EM, Finkle JP, Benjamin JT. Obesity prevention and the primary care pediatrician's office. *Curr Opin Pediatr* 2007;19:354-61.
- Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD001872.
- Whitlock EA, O'Connor EP, Williams SB, Beil TL, Lutz KW. Effectiveness of weight management programs in children and adolescents. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2008;(170):1-308.
- Nova A, Russo A, Sala E. Long-term management of obesity in paediatric office practice: experimental evaluation of two different types of intervention. *Ambulatory Child Health* 2001;7:239-48.
- Whitlock EP, O'Connor EA, Williams SB, Beil TL, Lutz KW. Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF. *Pediatrics* 2010;125:e396-418.
- Lakerveld J, Ijzelenberg W, van Tulder MW, et al. Motives for (not) participating in a lifestyle intervention trial. *BMC Med Res Methodol* 2008;8:17.
- Walker O, Strong M, Atchinson R, Saunders J, Abbott J. A qualitative study of primary care clinicians' views of treating childhood obesity. *BMC Fam Pract* 2007;8:50.
- Golley RK, Magarey AM, Baur LA, Steinbeck KS, Daniels LA. Twelve-month effectiveness of a parent-led, family-focused weight-management program for prepubertal children: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2007;119:517-25.
- Iaia M. "Early adiposity rebound": indicatore precoce di rischio per lo sviluppo di obesità e di complicanze metaboliche. *Quaderni acp* 2009;16:72-8.
- Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 2007;120 (Suppl 4):S164-92.
- Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Gli obiettivi di salute del Servizio Sanitario Nazionale. Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete [[http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN\\_2006\\_08\\_28\\_marzo.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08_28_marzo.pdf)]
- Obesità del bambino e dell'adolescente: consensus su prevenzione diagnosi e terapia. Argomenti di pediatria 1/06 [[http://www.ecog-obesity.eu/papers/Consensus\\_Italia.pdf](http://www.ecog-obesity.eu/papers/Consensus_Italia.pdf)]
- Huang JS, Donohue M, Golnari G, et al. Pediatricians' weight assessment and obesity management practices. *BMC Pediatr* 2009;9:19.
- Pinelli L, Elerdini N, Faith MS, et al. Childhood obesity: results of a multicenter study of obesity treatment in Italy. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1999;12 (Suppl 3):795-9.
- Field AE, Austin SB, Taylor CB, et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics* 2003;112:900-6.
- Neumark-Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Eisenberg ME. Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from project EAT-II: a 5-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc* 2007;107:448-55.

25. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. A family-based education program for obesity: a three-year study. *BMC Pediatr* 2007;7:33.
26. Tanas R, Marcolongo R. Una cura senza dieta per l'adolescente sovrappeso: l'educazione terapeutica. *Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza* 2007;5:17-24.
27. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. L'educazione terapeutica familiare nel trattamento dell'obesità. *Medico e Bambino* 2007;26:393-6  
[http://www.medicoebambino.com/index.php?id=RI0706\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/index.php?id=RI0706_10.html)
28. Wadden TA, Didie E. What's in a name? Patients' preferred terms for describing obesity. *Obes Res* 2003;11:1140-46.
29. Anderson R, Funnell M. *The Art of Empowerment: Stories and Strategies for Diabetes Educators*, 1 edn. Alexandria, VA: American Diabetes Association; 2003
30. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002;22:267-84.
31. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. 1990 Dulwich Centre, Adelaide. South Australia. ISBN: 0-393-70098-4.
32. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
33. Cacciari E, Milani S, Balsamo A, et al. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2-20y). *J Endocrinol Invest* 2006;29:581-93.
34. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007;85:660-7.
35. Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara. Edicola Form@zione. Corso di formazione professionale teorico pratico su Terapia educativa del sovrappeso e dell'obesità in età evolutiva. <http://www.ospfe.it/index.phtml?id=317>.
36. McQuigg M, Brown J, Broom J, et al. Empowering primary care to tackle the obesity epidemic: the Counterweight Programme. *Eur J Clin Nutr* 2005;59 (Suppl 1):S93-100; discussion S101.
37. Katz S, Feigenbaum A, Pasternak S, Vinker S. An interactive course to enhance self-efficacy of family practitioners to treat obesity. *BMC Med Educ* 2005;5:4.
38. Wilfley DE, Tibbs TL, Van Buren DJ, Reach KP, Walker MS, Epstein LH. Lifestyle interventions in the treatment of childhood overweight: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Health Psychol* 2007;26:521-32.
39. US Preventive Services Task Force, Barton M. Screening for obesity in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics* 2010;125:361-7.
40. Pomietto M, Docter AD, Van Borkulo N, Alfonsi L, Krieger J, Liu LL. Small steps to health: building sustainable partnerships in pediatric obesity care. *Pediatrics* 2009;123 (Suppl. 5):S308-16.

Vuoi citare questo contributo?  
R. Tanas, G. Caggese, E. Rossato, E. Desiderio, R. Limauro, R. Marcolongo. VALUTAZIONE DI FATTIBILITÀ DI PROGETTI DI FORMAZIONE DEI PEDIATRI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELL'OBESITÀ. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2010; 13(8) [http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1008\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1008_10.html)