



Se la mappa non è il territorio

IV Congresso SIRIDAP

L'AMBULATORIO INTEGRATO PER L'OBESITA' INFANTILE

Pediatra dr. Salvatore Purromuto
Responsabile Ambulatori Obesità Infantile
ASP Ragusa

Siracusa 25/05/2019

PREVENZIONE

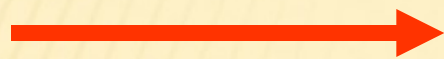
... prevenire oggi per non curare domani

Sovrappeso ed obesità nei bambini di 8-9 anni

Sovrappeso

ITALIA 22,0%

SICILIA 24,1%



2012

Obesi

ITALIA 10,6%

SICILIA 13,4%

ASP RG

Sovrappeso 21,4%

Obesi 10,3%

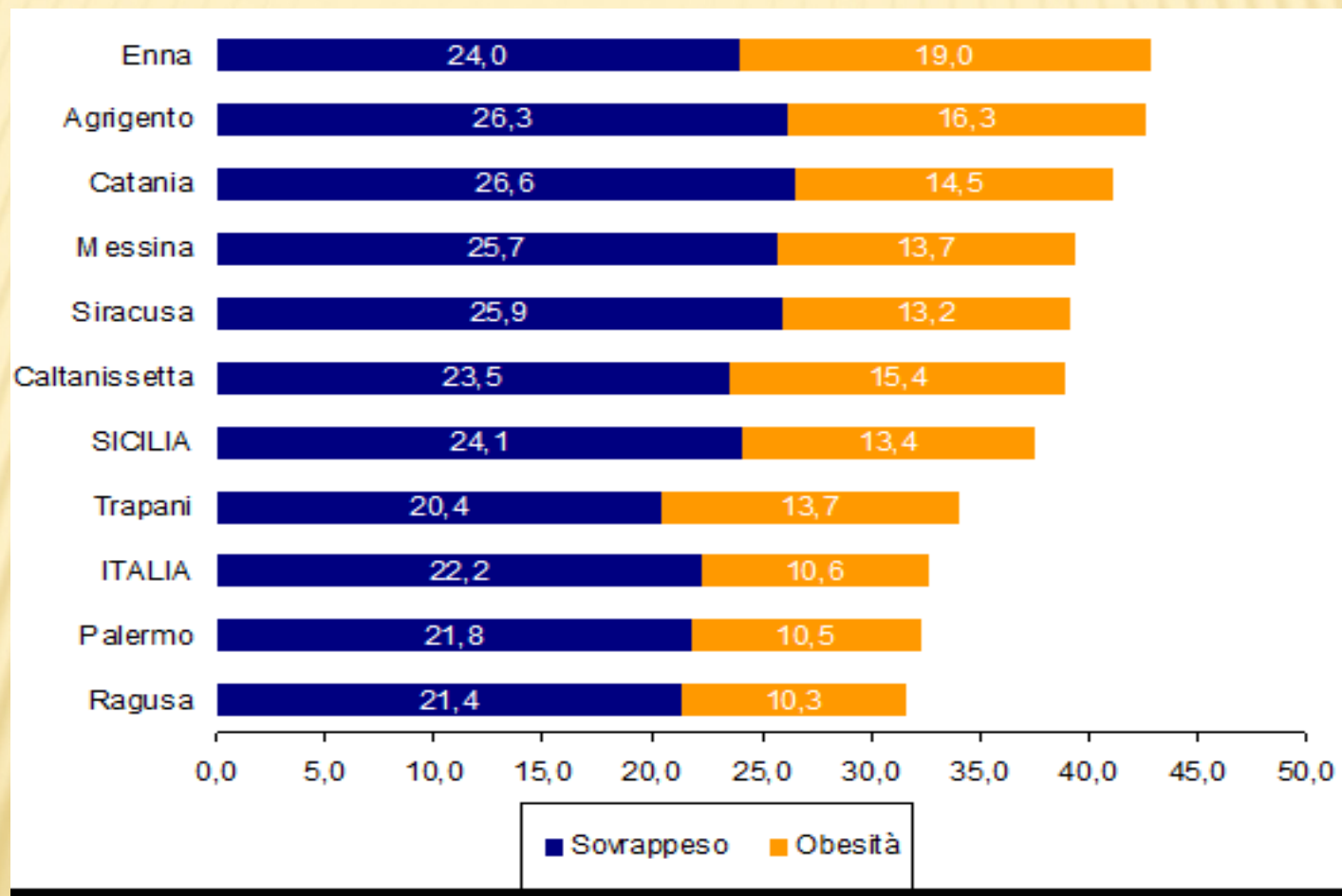
Proiezione ASP RG Popolazione 6-11 aa

Sovrappeso n. 4239

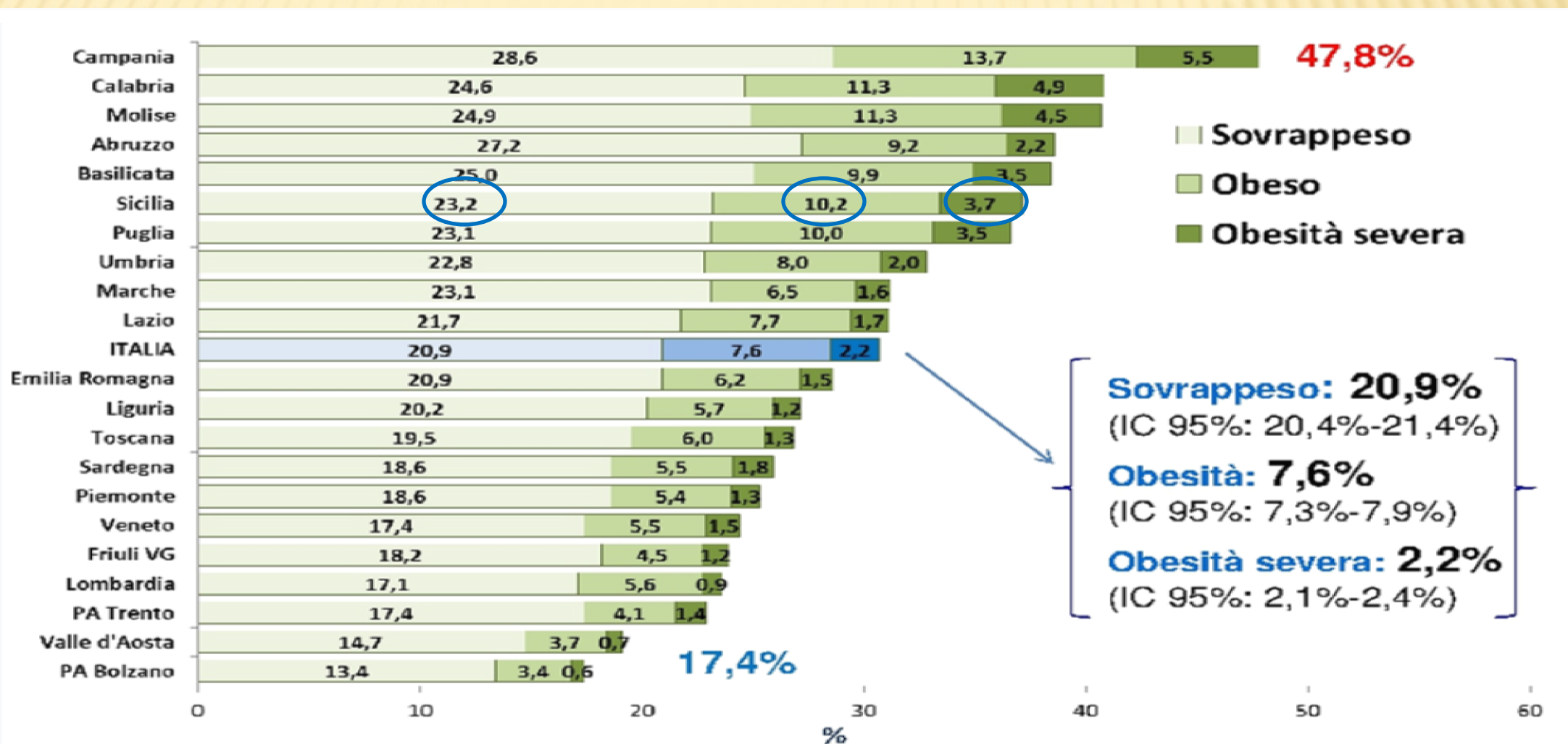
Obesi n. 2040



Sovrappeso ed obesità in Sicilia, bambini di 8-9 anni, Okkio alla Salute 2012



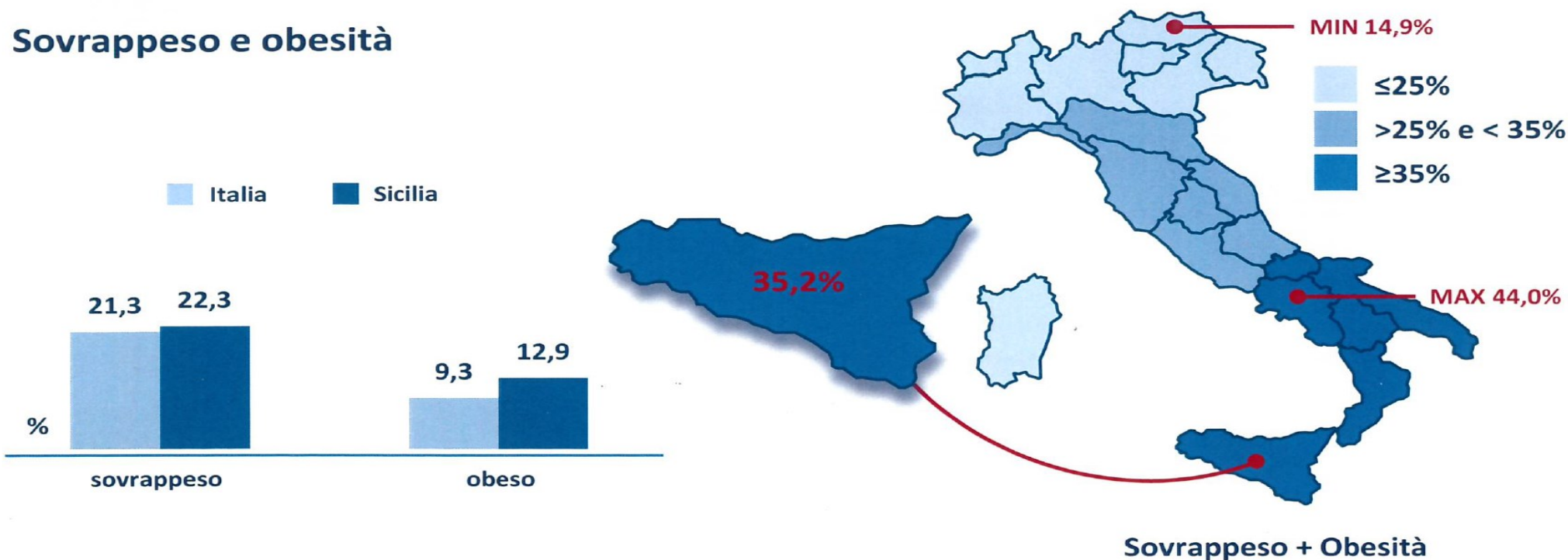
Sovrappeso ed obesità per regione, bambini di 8-9 anni, Okkio alla Salute 2014



Sovrappeso ed obesità in Sicilia ed in Italia, bambini di 8-9 anni, Okkio alla Salute 2016

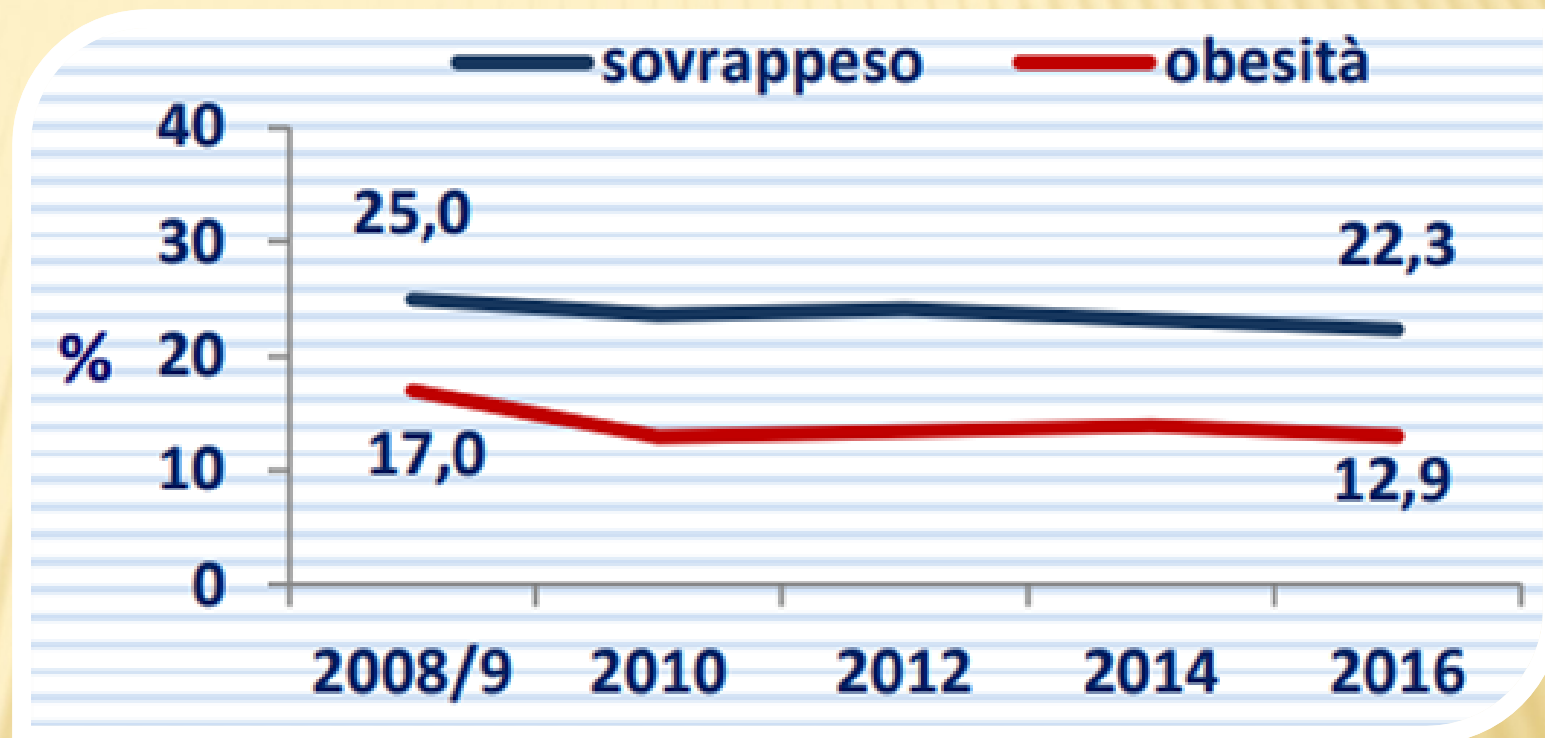
CONFRONTI: Regione Sicilia – Italia 2016

Sovrappeso e obesità





Sovrappeso ed obesità nei bambini di 8-9 anni



Regione Sicilia

OKkio alla SALUTE: risultati dell'indagine 2016



**Circolo
Didattico
Palazzello**

**Classe V
S. Primaria**

16 aprile 2019

COMPLICANZE DELL'OBESITA' INFANTILE

Psicosociali

- Scarsa autostima
- Isolamento sociale e stigmatizzazione
- Disturbi del comportamento alimentare
- Depressione

Endocrino-metaboliche

• **Sindrome Metabolica**

Resistenza Insulinica
Intolleranza glicemica
Dislipidemia
Iperensione arteriosa

- Diabete Mellito di tipo II
- Sindrome dell'ovaio policistico

Ortopediche

- Piede piatto
- Ginocchio valgo
- Distorsioni della caviglia
- Epifisiolisi della testa del femore
- Fratture dell'avambraccio
- Tibia vara (M. di Blount)

Neurologiche

- Pseudotumor cerebrali

Cardiovascolari

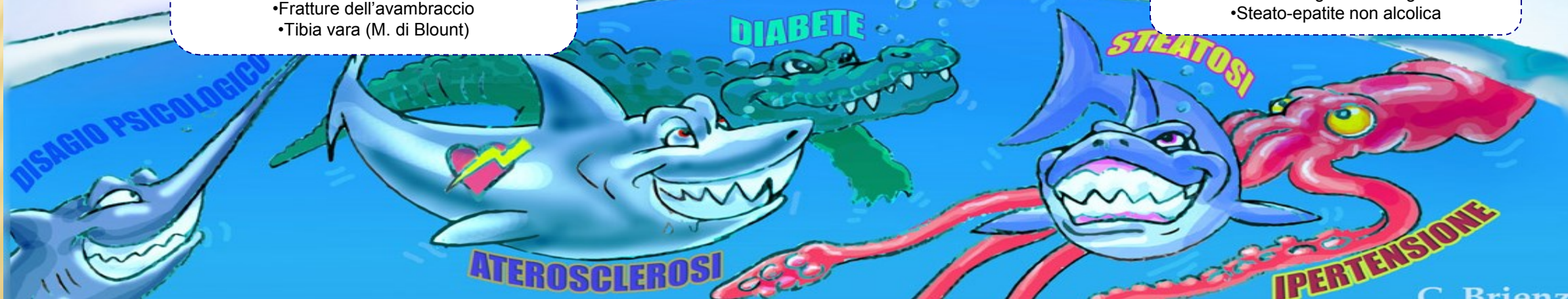
- Iperensione arteriosa
- Aterosclerosi

Respiratorie

- Asma
- Apnee ostruttive del sonno
- Scarsa tolleranza all'esercizio

Gastrointestinali

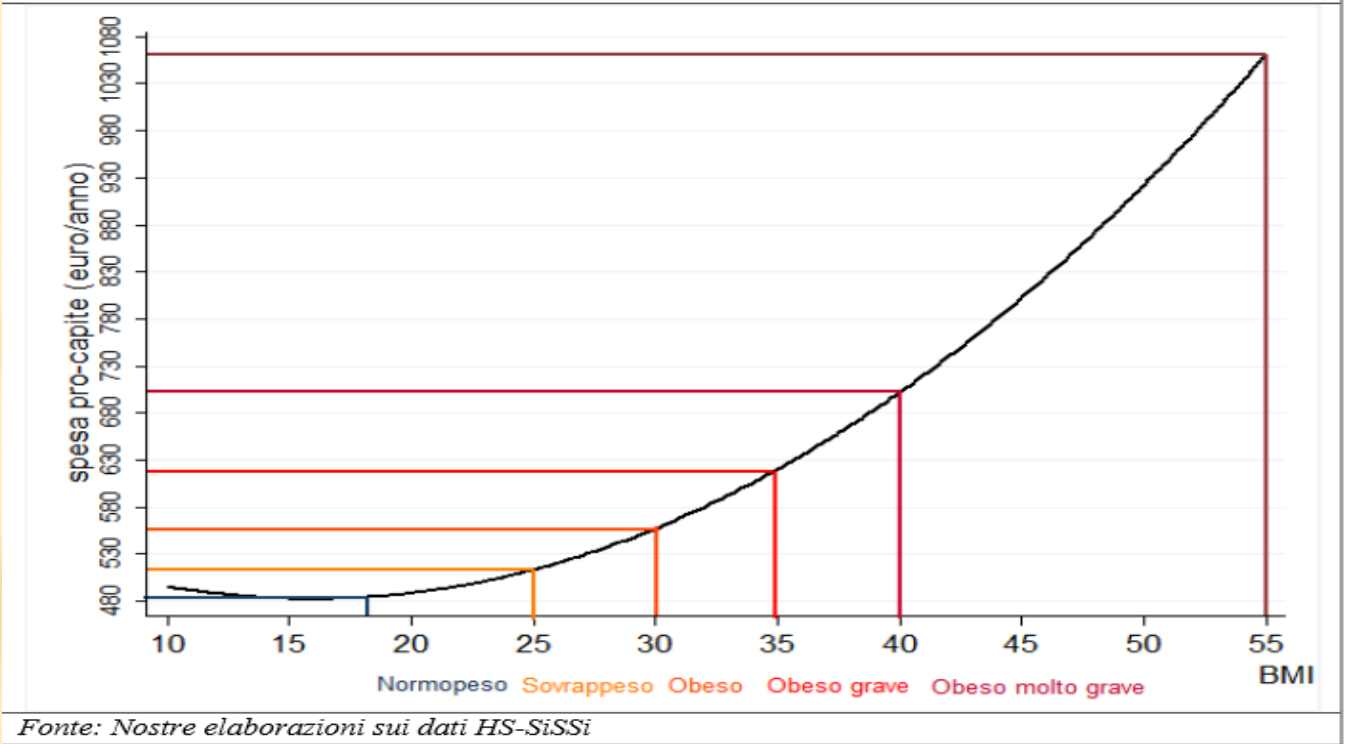
- Calcolosi
- Reflusso gastroesofageo
- Steato-epatite non alcolica



COSTI SANITARI DELL'OBESITÀ

- L'incremento di BMI di 1 unità nella classe normopeso corrisponde a un aumento del costo per le spese sanitarie di 4.7 euro pro-capite/anno.
- Al di sopra del BMI di 25 (limite del normopeso) la crescita della spesa sanitaria è molto superiore:
 - Nel soggetto sovrappeso è di 40 euro/anno in più rispetto al normopeso
 - Nel soggetto obeso è di 65 euro/anno in più rispetto al sovrappeso e di 105 euro/anno rispetto al normopeso

Figura 13. Spesa in funzione del BMI - stime

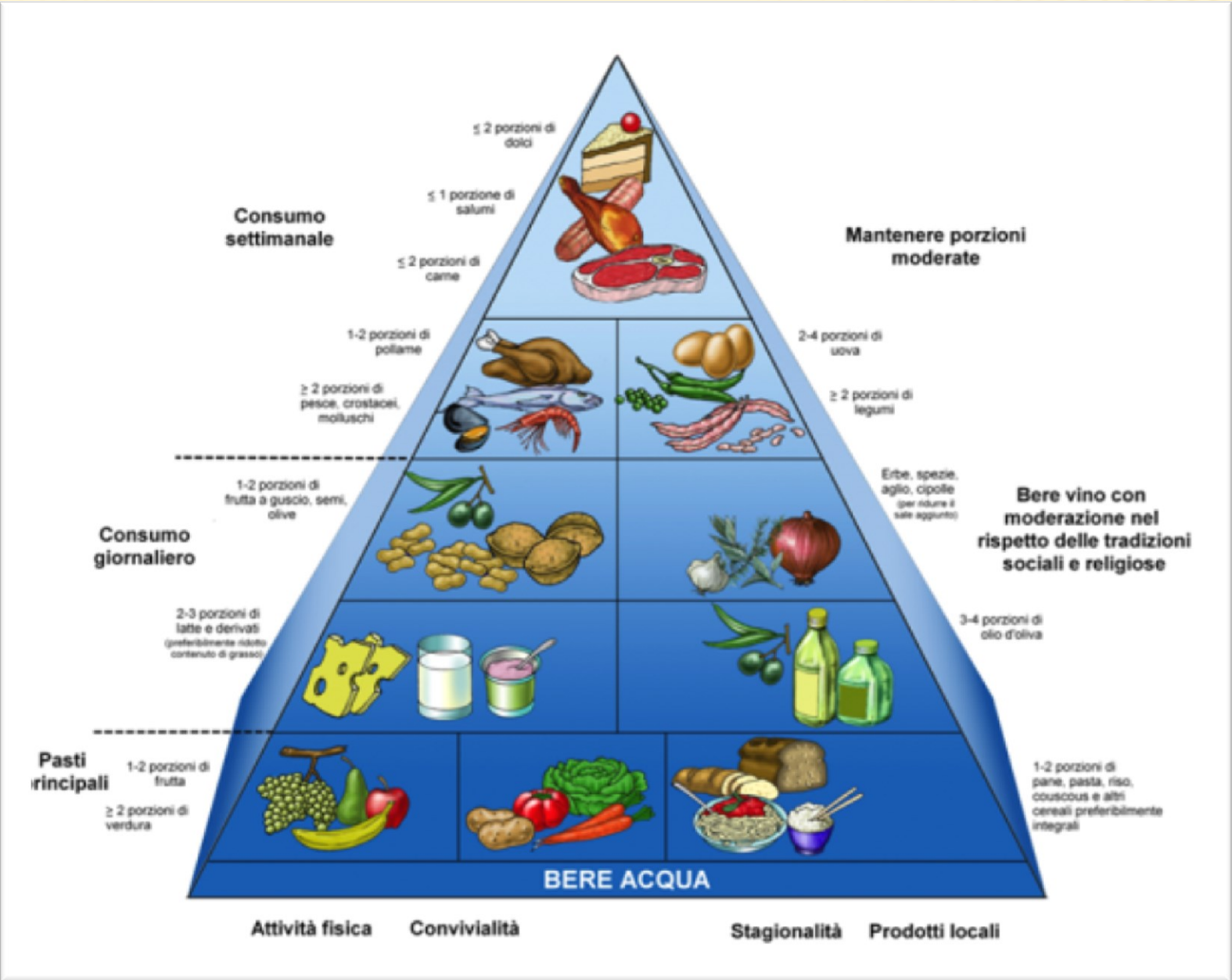


Atella e Kopinska, I costi dell'obesità in Italia (2012)

DIAGNOSI



TERAPIA



LA PIRAMIDE DELLA ATTIVITA' FISICA

RIDURRE

- COMPUTER
- VIDEOGAMES
- GUARDARE LA TV
(non più di 2 ore al giorno)

2-3 VOLTE A SETTIMANA

- arrampicata
- arti marziali
- canoa
- danza
- nuoto

- monopattino
- mountain bike

3-5 VOLTE A SETTIMANA

Almeno 20 minuti, meglio se 1 ora

- CALCIO
- BASKET
- PALLAVOLO

- andare in bicicletta
- andare in skate board
- correre
- pattinare
- saltare la corda

ATTIVITA' SPORTIVE

TEMPO LIBERO

TUTTI I GIORNI

Almeno per 30 minuti al giorno

- giocare all'aria aperta
- andare a scuola a piedi

- fare una passeggiata
- preferire la bicicletta allo scooter

- aiutare in casa
- riordinare i giochi



PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Defining "Success" in Childhood Obesity Interventions in Primary Care
Sarah C. Armstrong and Asheley Cockrell Skinner
Pediatrics 2016;138;; originally published online September 12, 2016;
DOI: 10.1542/peds.2016-2497

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Downloaded from by guest on September 30, 2016

Defining “Success” in Childhood Obesity Interventions in Primary Care

Sarah C. Armstrong, MD,¹ Ashley Cockrell Skinner, PhD²

In “Brief Primary Care Obesity Interventions: A Meta-Analysis,” Sim and coauthors find that primary care

concludes that asking about tobacco use and providing tailored counseling consistently and significantly reduces

In “Brief Primary Care Obesity Interventions: A Meta-Analysis,” Sim and coauthors find that primary care interventions are not associated with a clinically significant effect on BMI

BMI surveillance and counseling for those with high BMI should be revised. This well-conducted meta-analysis compels us as responsible clinicians, researchers, and policymakers to take a hard look at our interventions. After all, primary care is not free. However, this study also compels us to pass that same level of scrutiny over the targeted outcome. Is BMI the right measure of screening success?

Let us reconsider the purpose of primary care–based screening and the expected outcomes. BMI is a screening tool, like vision charts or the Modified Checklist for Autism in Toddlers. The number of conditions we

We are learning that it is a reliable surrogate for elevated risk of cardiometabolic morbidity and mortality, perhaps even at lower cutoff points than we currently use.⁵ Reduction of BMI in adolescence

Effective obesity treatments that reduce BMI are limited to intensive behavioral interventions

interventions, medications, and surgery. Yet these interventions are not accessible to all children. BMI screening with primary care counseling is considered “clinically” because it results in reduction in a child’s BMI, as changes in smoking to reduced morbidity from chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer, so improved diet and activity behaviors lead to improved glucose tolerance, lipid profiles, and blood pressure.⁷ Primary care nutrition and activity counseling should improve nutrition and activity behaviors. Failing to reduce BMI should not be equated with failing to adopt healthier behaviors.

The authors also appropriately address the potential harms of

¹Department of Pediatrics and ²Duke Clinical Research Institute, Duke University, Durham, North Carolina

Address correspondence to Sarah C. Armstrong, MD, Duke University, 4020 North Roanoke St, Durham, NC 27701. E-mail: sarah.c.armstrong@dm.duke.edu

PEDIATRICS ISSN Numbers: Print, 0031-4009; Online, 1098-4275.

Copyright © 2016 by the American Academy of Pediatrics

FINANCIAL DISCLOSURE: The authors have indicated they have no financial relationships relevant to this article to disclose.

FUNDING: No external funding.

POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST: The authors have indicated they have no potential conflicts of interest to disclose.

COMPANION PAPER: A companion to this article can be found online at www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2016-0149.

To cite: Armstrong SC and Skinner AC. Defining “Success” in Childhood Obesity Interventions in Primary Care. *Pediatrics*. 2016;138(4):e20162497

Is BMI the right measure of screening success?

In letteratura...

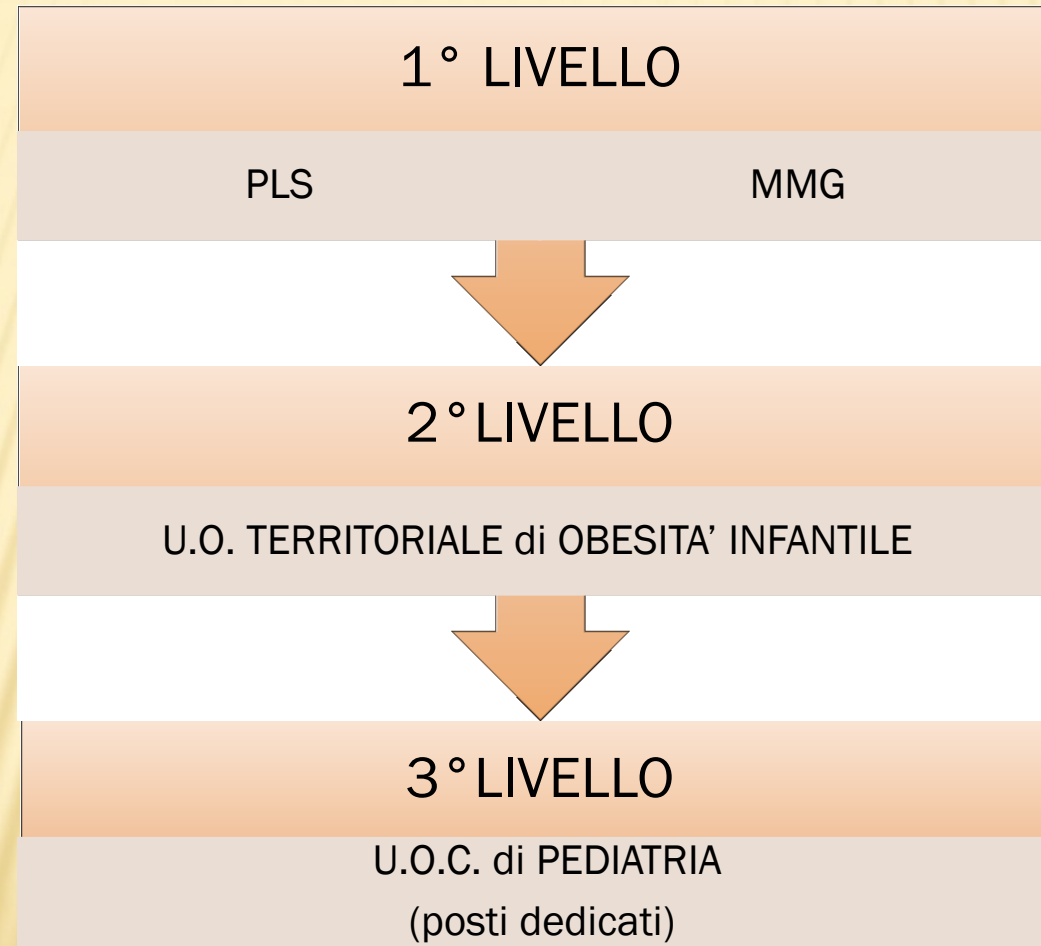


Ricominciare a curare i bambini in eccesso ponderale

Consensus SIP-SIEDP 2018

SETTING DI CURA OBESITÀ INFANTILE

(RETE TERRITORIALE)



EQUIPE

- ✓ PEDIATRA
- ✓ INFERMIERE
- ✓ DIETISTA
- ✓ PSICOLOGO
- ✓ ASSISTENTE SANITARIO

CONSENSUS SIP-SIEDP 2018

Una nuova strada per affrontare l'obesità infantile



Pediatra

Psicologo

Dietista

Infermiere

Assistente Sanitario

Modello Ragusa

2008

Istituzione Servizio Territoriale Obesità Infantile

Pediatra

Infermiere

2018

Costituzione Equipe Multiprofessionale (come previsto dal PDTA 2018)

Pediatra

Psicologo

Dietista

Infermiere

Assistente Sanitario



Dott. S. Purromuto

Dott.ssa M. Marotta

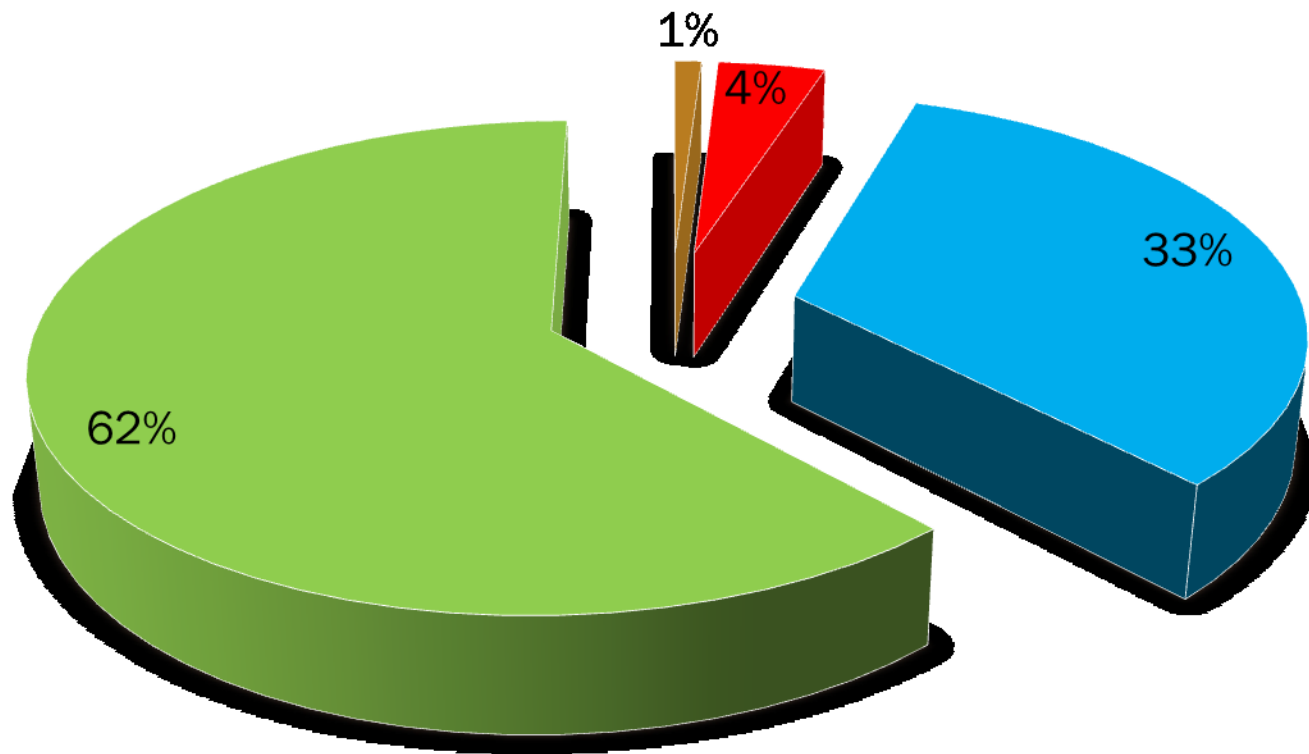
Dott.ssa F. Falci

Inf. M. Romano

Dott.ssa F. Gilestro

LO PSICOLOGO NELL'EQUIPE

ACCETTAZIONE



- Seguiti altrove
- Rifiuto
- Colloquio psicologico
- Colloquio psicoeducativo

Campione di n. 218 soggetti
in 3 mesi

Intervento psicologico

Livelli di intervento	Scopi	Mezzi
Primo livello	Ridurre o eliminare i fattori di rischio che contribuiscono a sviluppare il DCA	Supporto alle famiglie tramite: Psicoeducazione Alimentare, Sensibilizzazione, Informazione
Secondo livello	Ridurre la comorbidità e lo strutturarsi del DCA	Identificazione precoce delle persone a rischio
Terzo Livello	Invio alle strutture di competenza per il trattamento delle persone con DCA ormai conclamato e prevenzione delle complicanze	Trattamento e riduzione dei sintomi

II LIVELLO:

Identificazione precoce dei soggetti a rischio

Strumento di screening

EDQ - C

Eating Disorder Questionnaire in Childhood

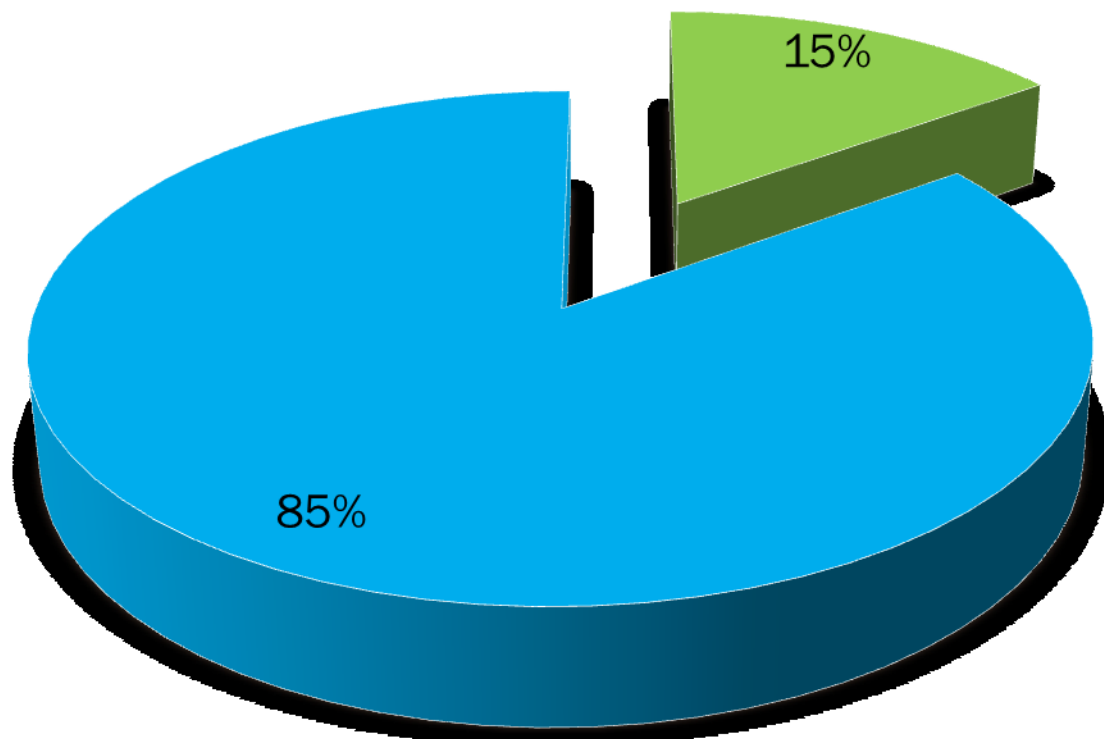
Binge Eating
Disorder (BED)

Loss Of Control
(LOC) Eating
Disorder

Bulimia Nervosa

Anoressia
Nervosa

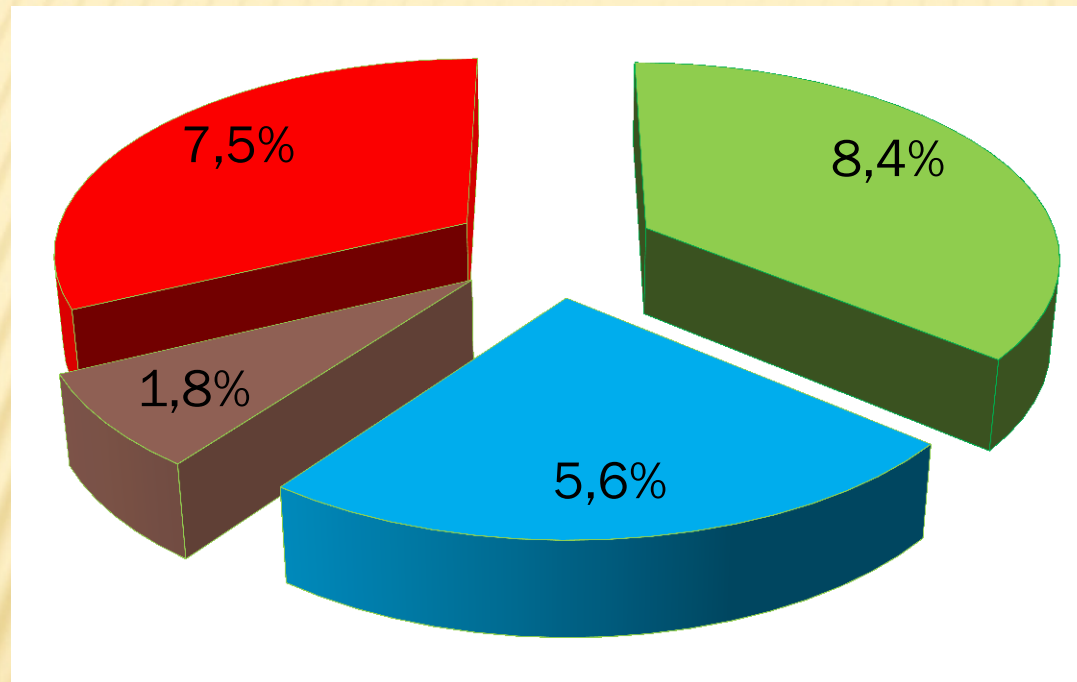
PAZIENTI A RISCHIO DCA CON COMORBILITA'



- Pz a rischio
- Eccesso di peso

Campione di n. 106 pazienti
8-12 anni
Gennaio-Marzo 2019

SCOMPOSIZIONE DEL CAMPIONE A RISCHIO (15%)



- Loc
- Bed
- Anorexia nervosa precoce
- Bulimia nervosa precoce

Campione di n. 106 pazienti
8-12 anni
Gennaio-Marzo 2019

ACP
QUADERNI DI AREA PEDIATRICA
Analisi Anno 2010

S. Purromuto, R. Tanas, M. N. Romano, D. Musso, G. Corsello

AMBULATORIO TERRITORIALE OBESITÀ INFANTILE ASP RAGUSA (2010)



Bambini arruolati (257)
età 5 - 18 anni



Bambini aderenti al percorso di cura (122)

- BMI z-score iniziale 2.91 ± 1
- BMI z-score (a 1 anno) $< 0,53 \pm 0,6$
- CV < 3 cm
- Bambini gravemente obesi (45 → 20)

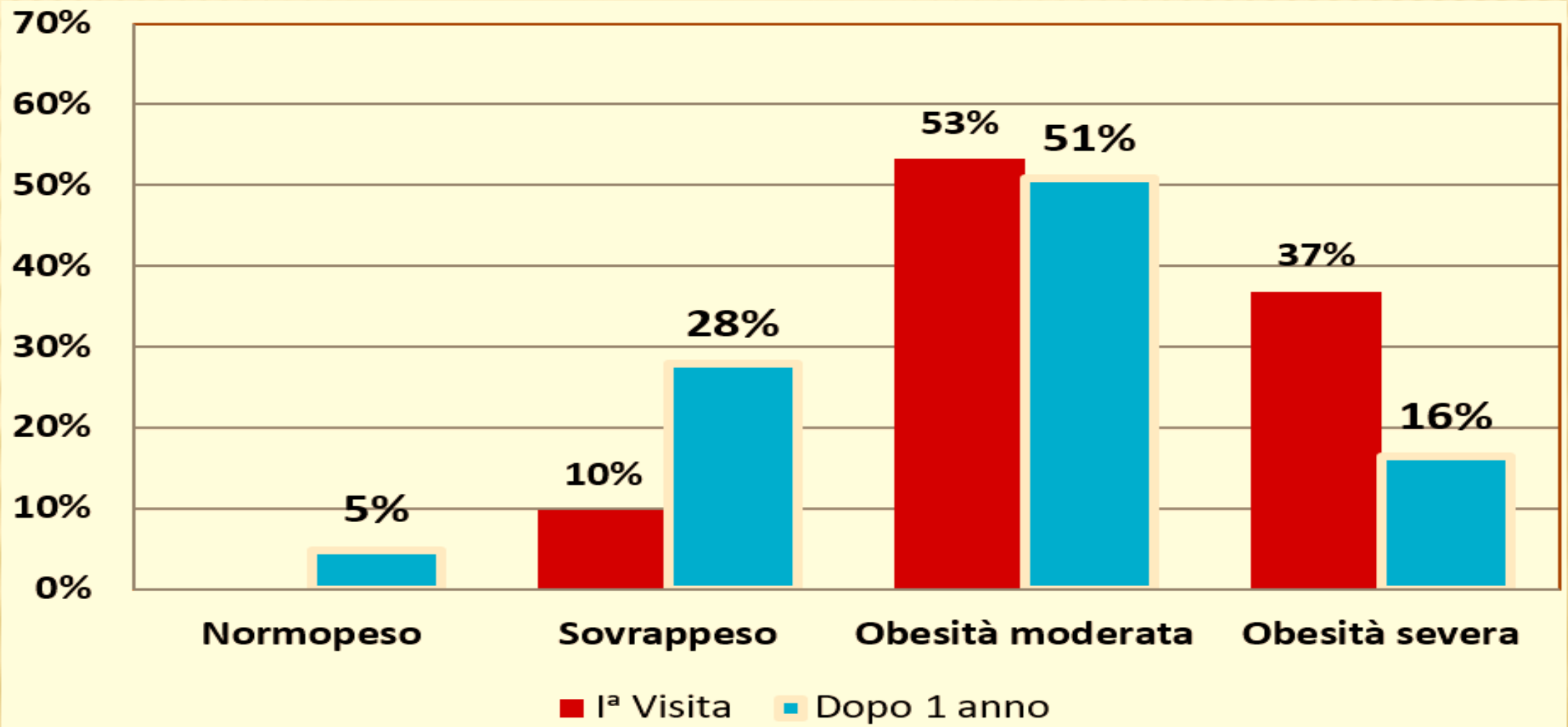


Bambini che hanno continuato (59)

- BMI z-score (a 2 anni) $< 0,92 \pm 0,6$
- CV < 4 cm
- Bambini gravemente obesi (20 → 7)

- PA normale in 9,8% dei pz.
- Es. Lab. alterati in 42 pz.
- Es. Lab. (a 1 anno) in 24 pz normalizzati

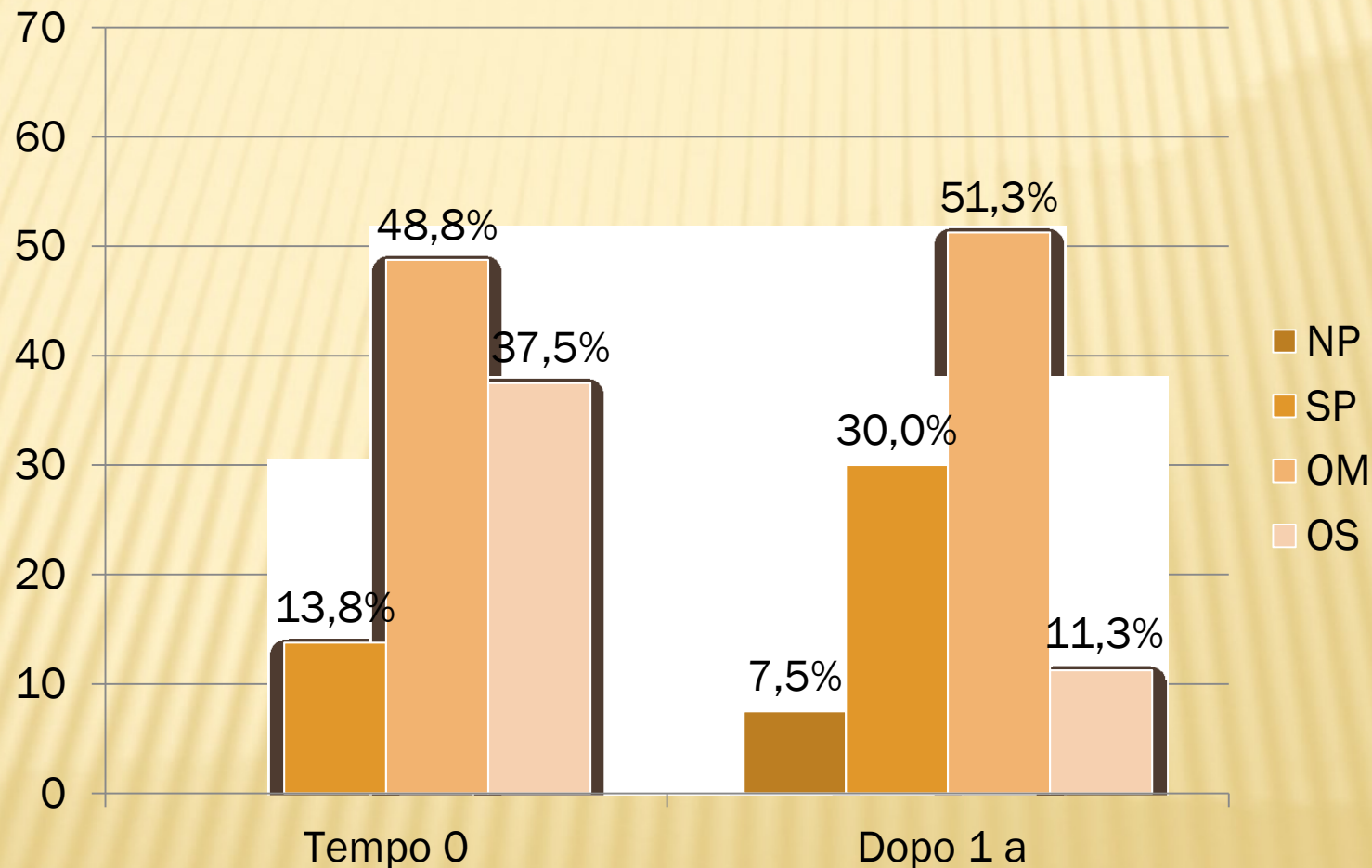
RISULTATI 2010



RISULTATI 2010:

Distribuzione eccesso ponderale:

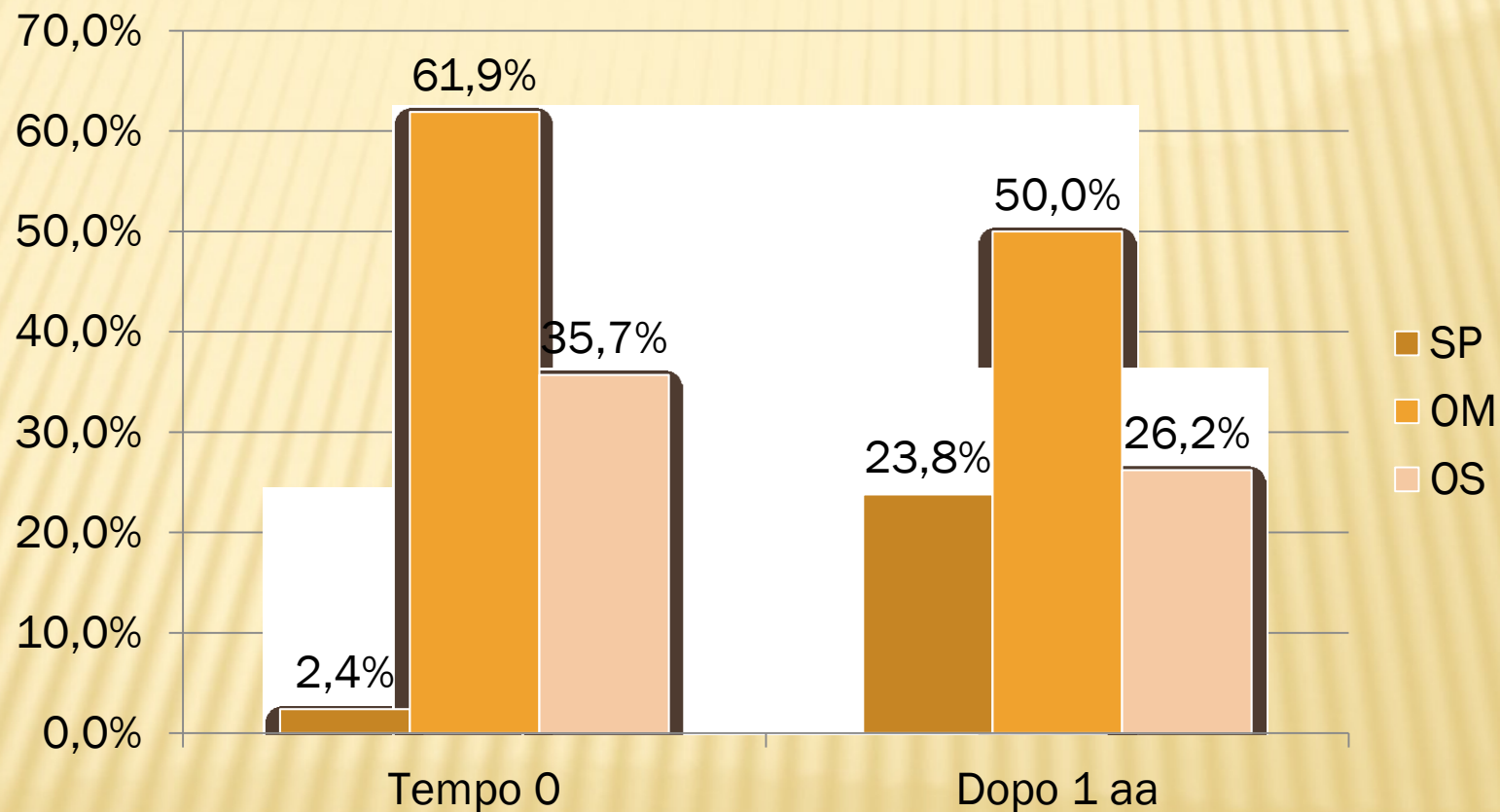
Pz (n.80) con esami negativi al tempo 0



RISULTATI 2010:

Distribuzione eccesso ponderale:

Pz (n.42) con esami patologici al tempo 0



RISULTATI 2010

Questi dati dimostrano che un *setting di cura pediatrico* può dare ottimi risultati:

- ✓ *diminuzione degli indici di rischio cardiometabolico*
- ✓ *riduzione del BMI z-score nell'89% dei pz (2010)*

Metodo di lavoro

Anno 2008-2018

*Percorso di terapia comportamentale
centrato sulla famiglia*

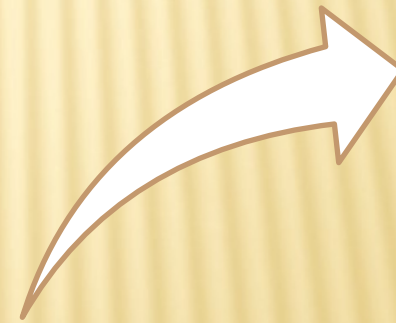
Colloquio motivazionale con i genitori

Anamnesi alimentare e motoria

*Individuazione delle corrette
abitudini alimentari*

*Prescrizione di indagini strumentali
e/o di laboratorio*

Anno 2018
Consensus SIP-SIEDP



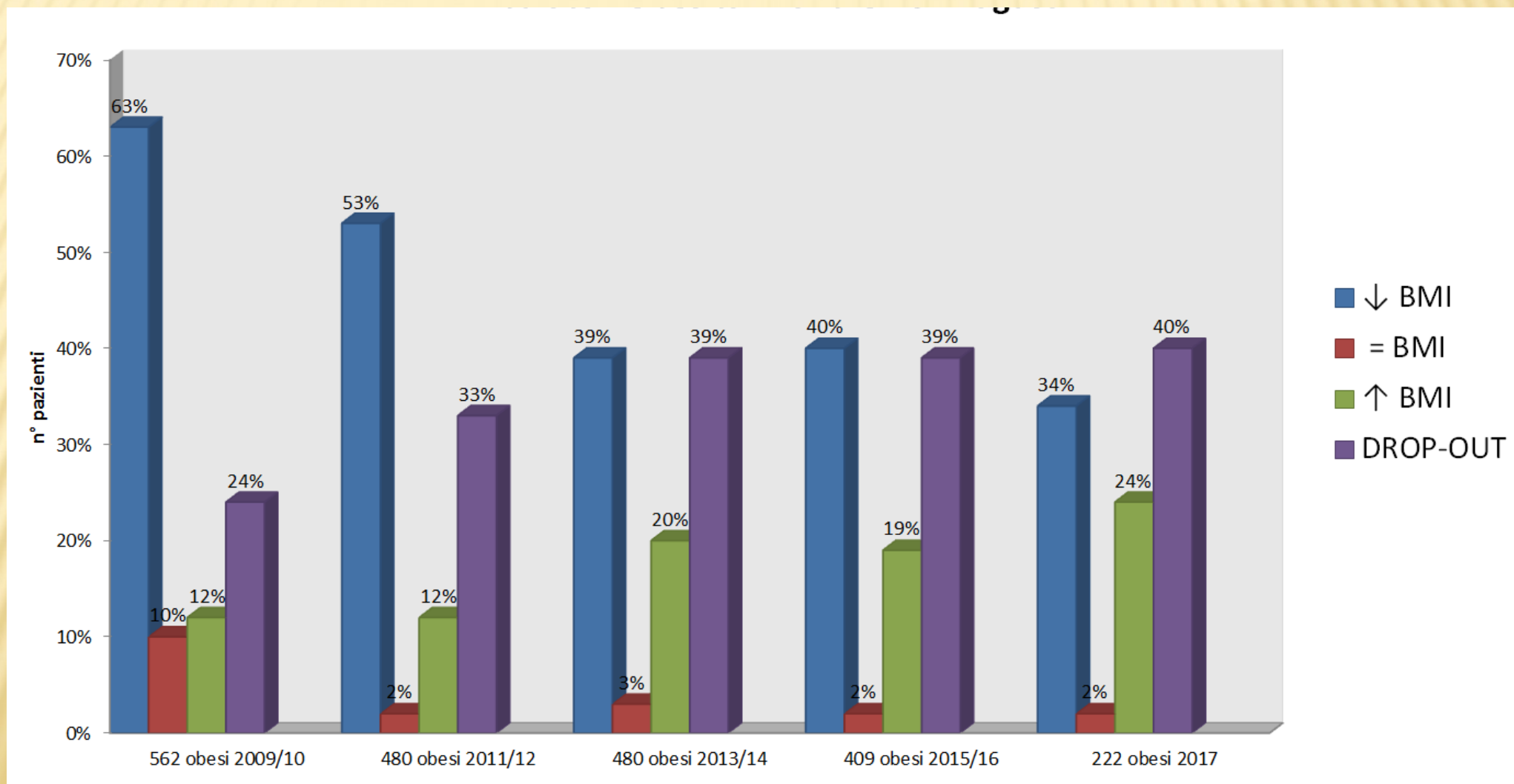
Equipe
multiprofessionale

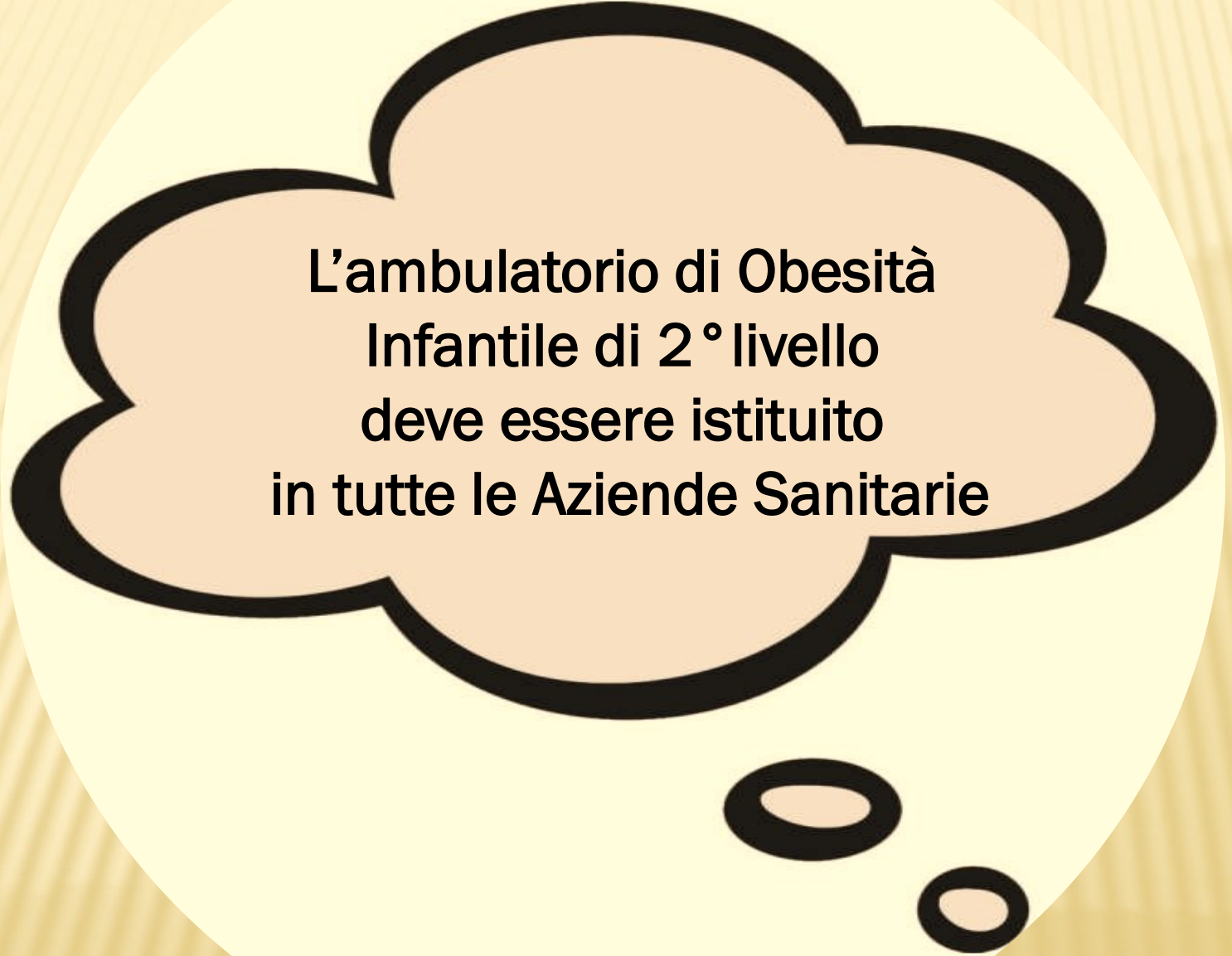


2° LIVELLO

U.O. TERRITORIALE di OBESITA' INFANTILE

Dati Annuali Ambulatori Obesità Infantile ASP Ragusa





**L'ambulatorio di Obesità
Infantile di 2° livello
deve essere istituito
in tutte le Aziende Sanitarie**



Stop
now
please
!!!!

I COSTI DELL'OBESITÀ IN ITALIA

a cura di

Vincenzo Atella e Joanna Kopinska

**RAPPORTO PREPARATO NELL'AMBITO DELLA CONVENZIONE
SCIENTIFICA TRA LA FONDAZIONE ECONOMIA "TOR
VERGATA" E L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ IN
COLLABORAZIONE CON LA SIMG**

Ottobre 2012



IL NOSTRO TEAM MULTIPROFESSIONALE



M.N. Romano, F.B. Falci, S. Purromuto, M. Marotta, F. Gilestro