

Il pediatra e l'obesità: riprova e vinci in cinque mosse



Rita Tanas*, Guido Caggese**, Riccardo Lera***

*Pediatra Endocrinologo membro della Società di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica, Ferrara

**Anestesista Rianimatore, Ferrara

***Pediatra Diabetologo membro della Società di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica, Alessandria

Presentazione

Del miglioramento della comunicazione medico-paziente si parla molto, ma spesso in modo generico e confuso: talora la si riduce a una maggiore attenzione alla cortesia, altre volte la si dipinge con una complessità tecnico-teorica difficilmente applicabile nelle cure primarie. Eppure la comunicazione medico-paziente resta la componente fondamentale di ogni "visita medica" e dovrebbe essere promossa con semplicità. La *relazione terapeutica*, che si realizza durante la visita, coinvolge non solo la sfera razionale ma anche quella emozionale: è il più potente mezzo per curare poiché permette di informare sulla patologia, sulle proposte terapeutiche, sull'importanza della prevenzione, sull'andamento delle condizioni di salute. Solo rispecchiandosi negli occhi della persona che abbiamo davanti si può capire se si sta realizzando una buona relazione terapeutica, cosa che non avviene se ci si limita a svolgere una "commedia di ruolo" senza coinvolgimento emotivo, limitandosi ad atteggiamenti automatici difensivi per evitare spreco di tempo, piuttosto che investire nell'ascolto e nel coinvolgimento della famiglia alle decisioni terapeutiche. Il ruolo della relazione terapeutica è enorme in ambiti solitamente lasciati alla libera scelta delle persone, come la nutrizione e gli stili di vita. *Nutrirsi bene* significa garantire l'evoluzione e la crescita della persona, individuando uno spazio e un tempo da dedicare a sé, in cui ciò possa realizzarsi; *mangiare troppo e male* può significare avere un cattivo rapporto con il cibo (e non solo) a volte è collegato a bisogni profondi inconsapevoli, aspettative non altrimenti soddisfatte, cui dare una compensazione. Così il ragazzo, divenuto adulto, può perdere e sacrificare in questo rapporto parti essenziali della sua vita e del suo benessere.

Quale *mission* per il pediatra? Accogliere, ascoltare i ragazzi e le loro famiglie, far emergere possibilità di relazioni che valorizzino l'autonomia e il senso di sé e indichino la direzione per una sana crescita, al

cui interno si ritrova un sano e piacevole rapporto con il cibo e con il movimento; insomma una sana cura del sé e non solo del corpo.

Premessa

La frequenza di sovrappeso e obesità in età evolutiva, specie quella definita "severa", è aumentata in modo allarmante negli ultimi quarant'anni in Italia. Studi sulla persistenza e le complicanze, che l'accompagnano già nell'infanzia, fanno temere per il destino delle prossime generazioni. I professionisti delle cure primarie, i pediatri e soprattutto i pediatri di famiglia (PdF) si domandano ancora se occuparsi davvero di eccesso ponderale, con quali tempi, formazione e strumenti, o piuttosto considerarla "una battaglia inutile" in attesa di scelte sociopolitiche di supporto. Ma senza guide la popolazione ricorre alla "dieta" in modo autogestito o con professionisti non adeguatamente formati, rischiando un problema anche più grave: un disturbo del comportamento alimentare. L'obesità è una "malattia cronica" [1] e incide profondamente nella vita delle persone. Quale giustificazione per dire alle famiglie che non siamo in grado di aiutarla a curarla?

Obiettivo

Obiettivo di questo modulo è aiutare i pediatri a realizzare un progetto di cura nuovo per bambini/ragazzi in eccesso ponderale.

Il progetto è rivolto a tutti i professionisti impegnati nel trattamento del sovrappeso in età evolutiva, non solo medici, ma possibilmente anche dietisti, psicologi, fisioterapisti, educatori motori, infermieri, insegnanti e genitori. Agli operatori delle cure primarie, pediatri e medici di famiglia, tuttavia, spetta un ruolo fondamentale in quanto sono la struttura portante del progetto. Tutti gli altri professionisti sanitari e non, come gli educatori della scuola e le famiglie (genitori, nonni, zii, fratelli maggiori), dovrebbero collaborare con loro per realizzarlo appieno.

La cura dell'obesità in cinque tappe

- 1 Fare la diagnosi.
- 2 Comunicare la diagnosi.
- 3 Curare con l'educazione terapeutica del paziente.
- 4 Valutare la fase del cambiamento e adottare lo spirito del colloquio di motivazione.
- 5 Lavorare in rete.

1. Fare la diagnosi

Nel visitare un bambino/ragazzo con eccesso ponderale occorre utilizzare grande sensibilità: anche accettare che non voglia spogliarsi o pesarsi, e, se accetta, evitare di spogliarlo completamente, lasciandogli la biancheria e sollevando i singoli indumenti, secondo necessità, usando un paravento. Inoltre si consiglia di evitare di dare notizie generiche sull'obesità durante la visita, ma focalizzarsi su pochi temi, che possano interessare proprio lui.

Per una valutazione ponderale in età evolutiva non basta il peso in kg. Prima dei due anni occorre usare il rapporto peso/lunghezza (P/L), dopo i due anni l'Indice di Massa Corporea (BMI): $\text{peso (kg)} / [\text{altezza (metri)}]^2$, prendendo le misure con accuratezza fino al decimale e valutando il risultato con Carte di riferimento o software che lo trasformano in percentile o meglio in z-score. La scelta delle Carte è fondamentale. Dal 2017 in Italia si è concordato di utilizzare le Carte del WHO 2006-2007 e i suoi cut-off (Tabella 1) [2]. Utilizzando altre Carte (CDC 2000, IOTF Cole o SIEDP) la diagnosi può essere differente e creare confusione nelle famiglie. Il calcolatore WHO è online. I software free Anthro e Anthro-Plus possono essere scaricati e utilizzati anche senza connessione. Guardando il grafico dello z-score, è possibile evidenziare chiaramente l'andamento della situazione ponderale nei mesi prima dell'intervento e poi durante il follow-up e condividerlo con i genitori. PdF e pediatri dei centri di secondo livello, utilizzando le stesse carte, possono all'occorrenza lavorate agevolmente insieme.

TABELLA 1. "Fare la diagnosi" con le Carte del WHO						
A) Valori diagnostici di peso/lunghezza (P/L) e BMI con z-score e percentili nei bambini di 0 a 5 anni e 5 a 19 anni						
P/L E BMI		GRADO DI ECCESSO PONDERALE				
Z-score	Percentile	Età 0-5 anni		Età 5-19 anni		
1-2	85-97,7°	Rischio sovrappeso		Sovrappeso		
2-3	97,7-99,9°	Sovrappeso		Obesità		
≥ 3	≥ 99,9°	Obesità		Obesità severa		
B) Valori soglia di BMI per fare diagnosi di rischio di sovrappeso, sovrappeso e obesità da 2 a 5 anni						
ETÀ	DIAGNOSI					
	Rischio sovrappeso		Sovrappeso		Obesità	
ANNI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI
2	17,1	17,3	18,7	18,9	20,6	20,6
3	16,8	16,9	18,4	18,4	20,3	20,0
4	16,8	16,7	18,5	18,2	20,6	19,9
5	16,9	16,6	18,8	18,3	21,1	20,3
C) Valori soglia di BMI per fare diagnosi di sovrappeso, obesità e obesità severa da 6 a 18 anni						
ETÀ	DIAGNOSI					
	Sovrappeso		Obesità		Obesità severa	
ANNI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI
6	17	16,8	19,2	18,5	22,1	18,5
7	17,3	17	19,8	19	23,3	19,0
8	17,7	17,4	20,6	19,7	24,4	22,8
9	18,3	17,9	21,5	20,5	25,5	24,3
10	19	18,5	22,6	21,4	28,4	26,1
11	19,9	19,2	23,7	22,5	30,2	28
12	20,8	19,9	25	23,6	31,9	30
13	21,8	20,8	26,2	24,8	33,4	31,7
14	22,7	21,8	27,3	25,9	34,7	33,1
15	23,5	22,7	28,2	27	35,5	34,1
16	24,1	23,5	28,9	27,9	36,1	34,8
17	24,5	24,3	29,3	28,6	36,3	35,2
18	24,8	24,9	29,5	29,2	36,3	35,4

I software, solitamente utilizzati dai PdF (Infantia, Juniorbit, Camilla, ecc.), possono essere impostati a usare le Carte del WHO, al posto delle loro carte di default (spesso non dichiarate con chiarezza). Quindi occorre che l'operatore faccia una scelta competente delle Carte da usare. Solitamente l'uso dei software per i PdF non permette il calcolo del BMI z-score! Per i criteri di sospetto di un'obesità secondaria, la valutazione del rischio cardio-metabolico o la diagnosi di eventuali comorbidità si rimanda alla Consensus [2].

2. Comunicare la diagnosi

Comunicare la diagnosi è una tappa fondamentale nella cura di ogni malattia. Una buona comunicazione permette di creare consapevolezza positiva cioè motivazione a curarsi. Su una malattia stigmatizza-

ta come l'obesità la comunicazione è una sfida: richiede un atteggiamento non solo "non-giudicante", ma addirittura "de-colpevolizzante" per avere un effetto motivante piuttosto che deridente. Per realizzarla occorre essere convinti che la responsabilità principale dell'obesità sia genetica, ambientale e sociale, e non personale. La "colpa" riduce il valore della persona, la fa sentire diversa e isolata. Si manifesta come "vergogna" che paralizza, riducendo motivazione e fiducia nel cambiamento, porta alla rinuncia alla cura o al suo fallimento. La buona comunicazione nasce da una buona relazione empatica e può aumentare la motivazione e l'autoefficacia della famiglia.

Nei casi in cui il paziente o il genitore esprima per primo la volontà di affrontare il problema del peso, le cose sono più

semplici. Quando invece viene alla visita per altri motivi, è necessario chiedergli il permesso di occuparsi del "peso" prima di aprire l'argomento! Questa tappa, chiamata *Ask* nel *counseling* breve delle 5A del Network Canadese, nato per offrire una versione realizzabile di counseling alle cure primarie, ha lo scopo di ridurre lo stigma e quindi l'aggressività della famiglia: potrebbe sembrare superflua, ma in realtà è un modo semplice per superare resistenze e offrire aiuto (Tabella 2).

A volte i genitori hanno persino paura di pronunciare la parola "obesità", perché percepiscono la derisione a essa associata. Il professionista deve rispettare tali sentimenti ed evitare qualsiasi atteggiamento giudicante e stigmatizzante. Per identificare il loro problema si consiglia di evitare parole come "obeso", "grasso", "molto gras-

TABELLA 2. Counseling comportamentale breve per l'obesità nelle cure primarie [da Vallis M. Behaviour change counselling-how do I know if I am doing it well? The development of the Behaviour Change Counselling Scale (BCCS). Can J Diabetes. 2013 Feb;37(1):18-26]

- > **Ask** Chiedere il permesso di parlare del peso. Il peso è un tema delicato che potrebbe causare imbarazzo e vergogna nei genitori e nei bambini, chiedere il permesso comunica rispetto e apre la strada a una relazione di cura serena e rispettosa.
- > **Assess** Fare diagnosi. Valuta BMI, circonferenza vita, stadio di obesità; esplora le complicanze.
- > **Advice** Comunicare la diagnosi. Informa sui rischi per la salute, i benefici di una modesta perdita di peso o anche dell'evitare un aumento di peso, la necessità di una strategia a lungo termine e le opzioni di trattamento.
- > **Agree** Progettare insieme alla famiglia il percorso. Concorda aspettative e obiettivi di peso e cambiamenti comportamentali realistici. Pazienti e molti medici hanno aspettative eccessive; gli interventi dovrebbero concentrarsi sul cambiamento dei comportamenti.
- > **Assist** Aiutarli a individuare/affrontare gli ostacoli, offrire risorse.
- > **Arrange** Organizzare un percorso con controlli programmati.

so" che non sono motivanti, ma stigmatizzanti, magari scegliendo quelle già usate dalla stessa famiglia. Nel colloquio clinico, come anche nel suo lessico quotidiano, inoltre, è vantaggioso che il professionista cerchi di separare l'immagine del bambino e della famiglia dall'"obesità": non "bambino-obeso", magari con una "famiglia-obesa", ma "bambino con obesità", cioè un bel bambino con qualità, aspettative, desideri, capacità, che ha "un problema di obesità" con una famiglia con le sue doti e i suoi problemi, che ha anche un "problema di peso" [3].

Per realizzare una cura basata sulla fiducia, infatti, occorre prendere coscienza del fenomeno del pregiudizio e della derisione, e lavorare per ridurlo. Nella nostra società, in cui l'immagine e la magrezza sono diventati valori primari e indispensabili, non solo la persona con obesità, ma anche quella in sovrappeso, è percepita come *senza volontà, pigra, poco intelligente, fallita e spiacevole* da tutti, persino dai bambini. Purtroppo tutto ciò non motiva a curarsi, ma anzi è responsabile di un insieme di conseguenze negative sulla salute:

- 1 aumento di depressione, ansia, bassa autostima, comportamenti alimentari insani/estremi, insoddisfazione per il corpo, disordini del comportamento alimentare e idee di suicidio;
- 2 aumento del peso, delle sue comorbilità e della mortalità per qualunque causa;
- 3 riduzione della motivazione all'attività motoria, richiesta di cure, adesione agli screening, intenzione di cambiare e self-efficacy.

In ambito sanitario si associa a visite più brevi, messaggi più veloci e meno convincenti, maggiore distanza fisica medico-paziente. La derisione può essere consapevole o inconsapevole; occorre averla subita molte volte per riconoscerla. Se ripetuta nel tempo fin dall'infanzia, evolve in autoderisione, che porta le persone con obesità a sen-

tirsi inferiori e colpevoli per la loro condizione. Ciò è ancor più doloroso in adolescenza, quando tutti i ragazzi agognano a un bel fisico come biglietto da visita e sono continuamente "messi alla berlina" da tutti (insegnanti, medici, allenatori), al punto che la paura della derisione fa sì che la si avverta anche quando non c'è. Gli stessi genitori per fare aderire i figli a progetti dietetici spesso cercano di motivarli, con frasi infelici come: "guarda quanto hai mangiato... che pancia che hai..." oppure "così non potrai comprarti i vestiti della tua marca preferita... non vedi che non riesci a correre come gli altri... che non hai amici...". Da queste parole nasce così la prima derisione: quella familiare, già a 2-3 anni, cui poi si aggiunge quella di operatori e compagni di scuola. Lo stigma è presente anche in sanità in tutte le discipline, è in aumento ed è difficile da sradicare [4]. I sanitari deridenti avvertono i soggetti con obesità come meno aderenti ai loro suggerimenti, hanno meno desiderio nell'aiutarli, considerano prendersene cura una perdita di tempo!

È noto che gli episodi di derisioni sul corpo sono più precoci e frequenti nei bambini/ragazzi in eccesso ponderale rispetto ai normopeso. In adolescenza, scoprire di far parte di una categoria aborrita dai più, ostacola la costruzione dell'identità personale. Pertanto occorre far emergere questo problema durante il trattamento e fornire ai genitori strumenti e strategie appropriate per affrontarlo (Tabella 3), ricordare a tutti coloro che si interfacciano con questi ragazzi che la derisione è estremamente dannosa non solo al benessere psicologico, ma anche al peso e per tempi molto lunghi. Il PdF può essere l'unico in grado di farla emergere, allertare i genitori sulla sua inefficacia e responsabilità nell'aumentare lo stress e il cortisolo realizzando fame emotiva e aumento di peso. Purtroppo è ancora frequente osservare pediatri, stanchi dei fallimenti, credere di poter ottenere

risultati spaventando e colpevolizzando le famiglie piuttosto che impegnarsi a creare un ambulatorio adeguato a ridurre lo stigma e chiedere a tutti i collaboratori dello studio di adottare un linguaggio non stigmatizzante sul peso.

Per creare un ambulatorio sensibile al tema predisporre [3]:

- sedie robuste e senza braccioli;
- riviste in sala d'attesa e poster sulle pareti con immagini non deridenti sul peso e non ammiccanti a un'immagine corporea distorta;
- area riservata per pesare e visitare i pazienti;
- strumenti professionali adeguati: bilance che pesano fino a 200 kg, metro a nastro di 200 cm, bracciali per la pressione di varia dimensione per le persone di taglia elevata.

3. Curare con l'educazione terapeutica del paziente (ETP)

Per la cura dell'obesità si consiglia di utilizzare l'ETP che, fin dal 1998, il WHO [5] ha proposto a tutti gli operatori sanitari per occuparsi delle malattie croniche, sviluppando i principi dell'educazione *empowering*, nel rispetto delle persone e del loro inalienabile diritto alla libertà e alla ricerca della felicità. Per far ciò, i professionisti sanitari in tutti i livelli di cura devono rinunciare alla prescrizione, sia nutrizionale che motoria, al loro tradizionale ruolo di primo piano, centrando invece la cura davvero sul paziente e sulla sua famiglia, offrendo loro formazione affinché riescano a scegliere autonomamente comportamenti più sani. Essi, inoltre, hanno il compito di continuare a promuovere, in tutti i contesti, provvedimenti legislativi per "rendere facili le scelte sane".

L'ETP è un processo complesso che, partendo dall'ascolto empatico fra pari, il "sentire con", riesce a convogliare l'energia evocata nella famiglia verso la motivazione e la nascita di scelte sane condivise. L'ETP è un trasferimento di competenze terapeutiche dal curante al curato, che permette a quest'ultimo di imparare i comportamenti necessari all'autogestione.

Occorre far emergere le emozioni della famiglia sul tema (se negate, generano sofferenza e aggressività), smantellare pregiudizi, ristrutturare conoscenze e aspettative per creare un percorso ragionevole e condiviso. Occorre dare tempo ai curati di riflettere, capire, accettare o dissentire e discutere il nuovo percorso, provarlo e quindi valutarne l'esito insieme. Solo così si può realizzare il potenziamento delle competenze dell'intera famiglia.

Per curare bambini e famiglie con l'educazione occorre conoscere il loro livello

TABELLA 3 Considerazioni per aiutare i genitori e familiari ad affrontare lo stigma sul peso [da Baggiani F. P(r)eso di mira. Pregiudizio e discriminazione dell'obesità. Clichy 2014]

Non incolpate il bambino per la forma del suo corpo. Il peso è gestito da una rete complessa di fattori biologici, non dalla sua forza di volontà: alcuni individui sono geneticamente predisposti a essere più pesanti. Superate voi per primi i pregiudizi sul "facile" controllo del peso.
Il movimento ha un ruolo fondamentale nel suo benessere, ma non spingetelo a fare sport in contesti dove sia costantemente deriso o perdente. Esistono discipline nelle quali può eccellere, anche grazie al peso: gli sport in acqua, il rugby, le arti marziali, il football, il tiro con l'arco. Se il bambino chiede l'esonero dall'educazione motoria, può darsi che si stia difendendo.
I commenti provocatori o addirittura ridicolizzanti durante un pasto, instillano senso di colpa e inadeguatezza, e portano il bambino a un cattivo rapporto con se stesso, mettendo a repentaglio il suo equilibrio. Evitate di parlare di grasso, linea, peso e aspetto fisico, sia che vi riferiate a voi stessi, a vostro figlio o ad altre persone: sono gocce salate su ferite aperte. Lamentarsi davanti allo specchio dicendo «Le mie gambe fanno schifo!», o parlare di "prova costume" dà eccessiva importanza all'aspetto esteriore e insegna al bambino che va bene denigrare se stessi e che per essere felici è necessario essere magri.
Non trattate il bambino come se avesse – o fosse – un guasto da riparare. Questo lo farà sentire sbagliato e inferiore. Aiutatelo, invece, concentrandovi sulle sue buone qualità, incoraggiando il buon senso, la socievolezza e la capacità di fronteggiare i problemi. La sua autostima è messa ogni giorno a repentaglio dall'ambiente esterno.
Non ignorate o trascurate eventi di derisione o peggio di bullismo. Se sospettate che possa esserne vittima, parlatene apertamente con lui. Domande semplici come «A chi eri seduto vicino a pranzo?» permetteranno di aprire una possibile narrazione e valutare se abbia alleati e sostegno fra i pari. Se necessario non esitate a fornirgli un supporto psicopedagogico.
Non suggeritegli che, se fosse dimagrito non sarebbe stato vittima di prese in giro o bullismo: il dolore provocato dalla vessazione rischia di sommarsi a quello della colpa. Spesso la derisione, una volta instauratasi, persiste anche dopo il dimagrimento; molti da adulti la raccontano ancora!
Riconoscete ed elaborate tutti i vostri pregiudizi ponderali. Non possiamo offrire un aiuto efficace ai ragazzi se non superiamo, noi per primi, certe visioni stereotipate e sbagliate e intraprendiamo un percorso di riduzione del <i>mito della magrezza</i> e di accettazione delle diversità. Parlate con le persone che si occupano della formazione e dell'educazione del bambino, invitandole a informarsi sui pregiudizi sul peso e sui danni che la derisione può fare.
Suggerite strategie di adattamento: di fronte al rifiuto dei compagni, il bambino può provare a valorizzare le proprie competenze sociali anziché ricorrere all'aggressività o alla chiusura; può iniziare un percorso di selezione degli amici, cercando quelli più affini, tenendosi alla larga da modelli irraggiungibili e spesso avversi. Aiutatelo invitando i compagni a casa vostra e favorite la formazione di cerchie di amici meno allargate in ambienti protetti.
Osservate insieme a lui con spirito critico gli errori commessi dai <i>media</i> nel promuovere stereotipi o false soluzioni apparentemente miracolose. Cercate modelli positivi: personaggi pubblici con obesità stimati, film, libri e cartoni animati dove il protagonista sovrappeso o con altro difetto fisico non sia perdente o cattivo (<i>Kung-Fu Panda</i> , <i>Obelix</i> sono un bellissimo esempio!). Siate sereni e non temete che questo incoraggi il bambino a ingrassare: lo renderà consapevole che il suo valore non è legato al corpo.
Infine non sentitevi in colpa per le forme corporee dei vostri figli. Spesso si fa ricadere sui genitori la responsabilità del peso del bambino. Un genitore che si addossa la colpa finirà col ricoprire il ruolo di "poliziotto del cibo", innescando tensioni, incomprensioni e rabbia.

culturale, la loro situazione contingente, i loro pensieri sulla salute e le loro priorità, sia che si tratti delle coliche del lattante che del raffreddore, cosa spesso non facile neppure per il loro medico/pediatra di fiducia. È noto inoltre che popolazioni di basso livello culturale ed economico sono poco interessate a prevenire i problemi di salute futura, come spesso ci si propone nel trattamento dell'obesità in età evolutiva, essendo assorbiti da quelli in atto.

Il programma di cura dell'obesità deve essere familiare: nei bambini di età inferiore

ai 10 anni è rivolto esclusivamente a genitori, nonni, ecc. e dopo i 10 anni a famiglia e ragazzi insieme e incentrato sulla fiducia, sul sostegno ad autostima e autoefficacia. Deve utilizzare la terapia narrativa, unico modo per ricercare e costruire insieme un percorso di successo in una storia precedente spesso vissuta come una sequela di fallimenti.

4. Valutare la fase del cambiamento e adottare lo spirito del colloquio di motivazione (CM)

Il programma utilizza la valutazione del cambiamento di Prochaska Di Clemente e

lo spirito del CM¹ [6,7] (Figura 1 e Tabella 4) per sostenere la motivazione del paziente favorendo il passaggio dalla fase in cui la persona non sa di avere un problema, *precontemplazione*, o non ha ancora deciso se e quando occuparsene, *contemplazione*, a quella in cui ha deciso di farlo, *determinazione*, e ci sta già provando, *azione*, e può essere aiutata, consigliata, guidata.

Tutti i PdF sanno che la maggior parte delle famiglie nel loro ambulatorio sono in fase *precontemplazione/contemplazione*, soprattutto se hanno figli piccoli e obesità non gravi. Un intervento delicato, rispettoso della loro libertà, può favorire il passaggio da questa fase, a quella di *determinazione/azione* (senza questo passaggio, d'altronde, non si può proporre neppure il ricorso ad altri operatori di secondo livello).

Proviamo ora a usare questo spirito nei tre momenti centrali della cura:

- la prima visita;
- il percorso educativo;
- il piano terapeutico successivo.²

La prima visita

La prima visita è fondamentale perché pone le basi di una buona relazione e cerca di aumentare la motivazione e l'autoefficacia della famiglia. Se all'apertura del discorso sul peso si è usata la *Ask*, occorre comportarsi di conseguenza.

Se i genitori non hanno dato il permesso di occuparsi del peso, si può chiedere loro di pensarci e il permesso di rivalutare l'andamento dopo un paio di mesi.

Se chiedono solo di parlarne in un altro momento, va dato loro un appuntamento.

Se ci hanno dato il permesso, possiamo far emergere la loro motivazione e capire in quale fase del cambiamento sono.

Nell'*anamnesi comportamentale* ricordiamo che lo scopo non è dare la "caccia" agli errori della famiglia, ma permettere loro una riflessione sui propri comportamenti, scoprendo l'eventuale presenza di alimentazione emotiva, soprattutto in adolescenza, e situazioni che fanno pensare a un disturbo del comportamento alimentare (mangiare di nascosto, di notte, abbuffarsi con o senza eventuali meccanismi di compen-

1 Lo spirito del CM è il rispetto dell'autonomia, cioè della libertà del paziente e del suo diritto anche a non cambiare, riconoscendo che il paziente è il maggior esperto della sua malattia.

2 Per una descrizione più completa si rimanda al manuale *Il gioco delle perle e dei delfini* (<https://ilmiolibro.kataweb.it/libro/medicina-e-salute/397331/perle-e-delfini-2/>).

TABELLA 4 Le fasi del cambiamento e le azioni terapeutiche più efficaci [6]		
FASE	POSIZIONE DEL PAZIENTE	AZIONE DEL TERAPEUTA
Precontemplazione	Non sa o non vuole riconoscere di avere un problema da affrontare	Fornire informazioni che accrescono la consapevolezza del problema senza colpevolizzare
Contemplazione	Ambivalenza verso il cambiamento	Rinforzare le ragioni a favore del cambiamento
Determinazione	Ha deciso di avviare il cambiamento e sta programmando	Aiutarlo a trovare strategie accettabili, facili per lui ed efficaci
Azione	Ha avviato azioni di cambiamento da meno di 6 mesi	Aiutare a valutare le strategie di cambiamento scelte, verificarne l'efficacia e affrontare le difficoltà
Mantenimento	Continua le azioni di cambiamento da più di 6 mesi	Aiutare a monitorare il cambiamento, verificare l'efficacia delle strategie scelte, sostenerlo con il rinforzo positivo e aiutarlo ad affrontare le difficoltà
Ricaduta	Riprende il comportamento precedente	Ridurre la demoralizzazione. Imparare dagli errori. Riavviare il processo di cambiamento

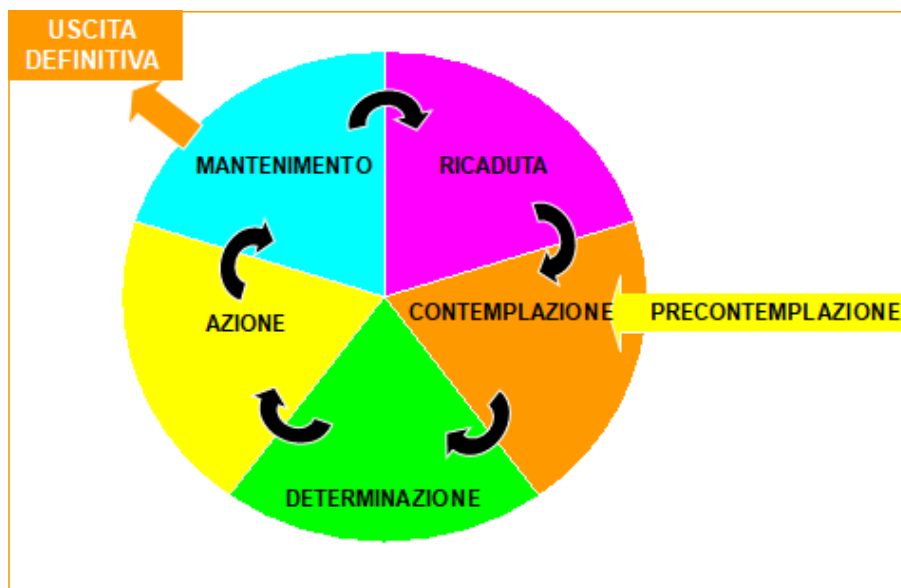


Figura 1. La ruota del cambiamento secondo il modello trans-teorico [6].

so come vomitare o praticare attività motorie eccessive).

Dalla storia precedente del peso il pediatra può far emergere come il problema sia vissuto in famiglia, da quanto tempo sia evidente e con quali azioni sia stato finora gestito. Se sono stati effettuati tentativi di cura, si possono riconsiderare metodi e risultati, far luce sulle ragioni dell'esito: successi parziali, fallimenti reali, valutazioni errate fatte solo sul peso in chilogrammi, come per l'adulto, oppure cali ponderali considerati insignificanti rispetto ad attese eccessive. Ricordiamo che un BMI z-score stabile nel tempo o una sua crescita inferiore a quella precedente sono ottimi risultati in età evolutiva, spesso sottovalutati. Talvolta si può scoprire che i risultati precedenti non erano così negativi, come riferito, e possono essere rilette in modo nuovo. Evidenziare buoni risultati permette di sostenere il percorso nel tempo mentre non vederli o svalutarli fa sì che il percorso venga abbandonato lasciando una sensazione di fallimento. Ogni falli-

mento però condiziona e favorisce il fallimento successivo!

Alla valutazione clinica va aggiunta la ricerca di segni di sofferenza psicologica (cattivo andamento scolastico, isolamento, tristezza, aggressività, episodi di derisione in casa o a scuola). Occorre fare attenzione alla sofferenza legata a episodi di derisione sul corpo o bullismo subiti e ai possibili investimenti eccessivi sull'immagine corporea di bambini/adolescenti e genitori e sostenerne la cura.

Ogni volta che si cerca di realizzare un cambiamento vi sono ostacoli (barriere): qualcosa che si perde (costi) e qualcosa che si guadagna (benefici). Tali temi non possono essere ignorati: il cambiamento si avvia, ma soprattutto si mantiene nel tempo, solo quando la percezione soggettiva dei benefici supera quella dei costi e si cercano e affrontano le barriere che lo ostacolano. Il primo obiettivo della terapia è il cambiamento dei comportamenti. La valutazione del risultato deve basarsi, non sul peso, ma sul conseguimento di un comportamento "più sano".

In base ai dati anamnestici e clinici raccolti si può consigliare un programma di diagnostica di laboratorio e radiologica per inquadrare meglio il problema *peso*: cause, conseguenze e rischi. Tuttavia in molte occasioni la diagnostica è poco utile al bambino, anche se spesso richiesta dalla famiglia. Molti professionisti, inoltre, utilizzano l'informazione degli esami sul rischio di complicanze come metodo per aumentare la motivazione delle famiglie, ma in realtà le colpevolizzano ulteriormente per cui a una iniziale aderenza al progetto con ottimi risultati segue un abbandono, con esiti che nessuno racconta.

Solo alle famiglie che durante la prima visita sono o arrivano in fase determinazione/azione si può chiedere di costruire un progetto terapeutico. Esso dovrà essere molto semplice e contenuto e costruito *insieme* sul tema centrale del "muoversi di più e mangiare meglio" tenendo in conto le capacità e possibilità della famiglia e soprattutto il bisogno di realizzare il cambiamento *con piacere*, affinché possa durare. Il percorso va costruito su piccoli cambiamenti graduali autodeterminati e autogestiti, realizzati dai genitori in prima persona e offerti con il ruolo di "modello" all'intera famiglia. In assenza, e in attesa di loro proposte, sicuramente più efficaci, il pediatra può suggerire con delicatezza qualcosa che, in base alla loro storia, sembri utile e realizzabile.

Il percorso educativo

Il percorso educativo successivo va adattato all'età dei bambini: sotto i 2 anni è solo un percorso di prevenzione più accurato, dopo, in età prescolare, è una prevenzione con maggior investimento professionale e rivalutazione programmata nel tempo. Nelle età successive il percorso può essere strutturato individualmente, cioè con una sola famiglia, o con un gruppetto di famiglie; può essere facilitato dalla lettura di materiale stampato e/o affidato ad altri

operatori (dietisti, pedagogisti/educatori, sostenitori dell'attività motoria) se disponibili e formati a lavorare come "educatori" e "in team".

Per risparmiare tempo e utilizzare la forza del gruppo, molti sanitari hanno proposto percorsi di gruppo e preparato materiale stampato [8]. Un esempio è il libro *Il gioco delle perle e dei delfini*, coerente con le premesse del progetto presentato, che può essere consegnato per un mese alla famiglia con l'invito a leggerlo e discuterlo successivamente in gruppo. È un manuale di auto-aiuto guidato con una dozzina di schede per facilitare la collaborazione e la condivisione dei pensieri fra famiglia e pediatra.

Temi delle schede:

- farsi aiutare e dare un nome a chi aiuterà;
- valutare le cause dell'eccesso di peso;
- valutare gli obiettivi della famiglia;
- trovare i premi;
- fare da modello;
- raccontare un episodio di derisione;
- dare il nome alle "emozioni";
- fame emotiva: valutazione;
- fame emotiva: ricerca delle alternative;
- fame emotiva: prova delle alternative;
- valutare la sedentarietà;
- trovare alternative alla sedentarietà;
- ostacoli all'attività motoria;
- fare la prima colazione;
- migliorare il sonno.

La lettura del libro può essere completata da un incontro di gruppo rivolto a una o più famiglie contemporaneamente, con l'obiettivo di sostenere la motivazione al cambiamento, far nascere pensieri e domande, dare risposte. Affrontare alcuni argomenti individualmente con le famiglie potrebbe causare sensi di colpa e aggressività, oltre a richiedere più tempo. Gli incontri sono adattati all'età dei pazienti: solo con i genitori in età scolare, con genitori e ragazzi se adolescenti. Per questi ultimi è stato creato un libro simile al precedente nei contenuti *Perle e delfini per ragazzi*. In adolescenza il ruolo della famiglia diminuisce e la collaborazione dei ragazzi diventa indispensabile: solo il pediatra può valutare da quale età e come sia più opportuno coinvolgerli. Un sostegno psicologico individuale o di gruppo per migliorare le relazioni in famiglia e con i pari o le capacità genitoriali, se accettato, è sicuramente raccomandato.

Scopi dell'incontro educativo di gruppo

- 1 Aumentare le conoscenze della famiglia sulle cause, sul ruolo dell'ambiente, sulle proprie abitudini alimentari e motorie, sull'influenza degli adulti sui compor-

tamenti di bambini/adolescenti e sulle possibilità di cambiarli a piccoli passi.

- 2 Formare i genitori ad assumere comportamenti educativi autorevoli per sviluppare responsabilità ed equilibrio nell'alimentazione, nell'attività motoria (comprare meno, preparare cibi con meno calorie, muoversi di più con piacere nel tempo libero, ecc.), piuttosto che rimproverare i figli, perché non collaborano, finendo col deriderli per motivarli.
- 3 Educare spiegando serenamente e senza giudizio il significato odierno di sedentarietà e attività motoria.
- 4 Sottolineare i motivi per evitare la "dieta/restrizione" e il concetto di "piacere" da legare al nuovo stile di vita.
- 5 Fare emergere i loro "ostacoli" al cambiamento (mancanza di tempo, soldi, spazi, problemi familiari) per discuterli insieme.
- 6 Affidare a tutti i membri della famiglia, formati e consapevoli, un programma di cambiamento da personalizzare e autogestire, e l'auto-rinforzo positivo (premiare e premiarsi per tutti i risultati ottenuti).
- 7 Ridurre le attese eccessive sui risultati, enfatizzando la variabilità genetica e l'importanza del cambiamento dei comportamenti anche piccolo, ma mantenuto nel tempo, sul benessere futuro.

Durante l'incontro vengono affrontati vari temi: quelli tradizionali, invertiti nell'ordine di presentazione per dare maggior enfasi a quelli più utili e realizzabili e spesso trascurati, e quelli più nuovi.

Temi tradizionali

- 1 **Attività sedentarie:** ore passate alla tv/pc/smartphone e dispositivi elettronici portatili, che non dovrebbero superare le 2 al giorno e solo dopo i 2-3 anni di vita.
- 2 **Attività motoria** sia strutturata, sia soprattutto svolta nella vita quotidiana e all'aria aperta, piacevole e di almeno un'ora al giorno.
- 3 **Alimentazione più "sana e piacevole"** enfatizzando:
 - il ruolo della prima colazione;
 - il ruolo della porzione adeguata alla persona per peso, statura, sesso, età, costituzione e attività fisica;
 - le trappole: le bibite dolci; i cibi ultraprocesati industriali, che non danno sazietà, alterano il microbiota, peggiorano il tono dell'umore e la regolazione ipotalamica della fame, inducendo dipendenza e maggiori consumi; le dimensioni ecces-

sive di piatti e bicchieri; l'abitudine a chiedere di finire il cibo preparato o messo nel piatto; il mangiare in fretta senza consapevolezza.

Temi nuovi

- 1 **La fame emotiva**, cioè la ricerca di cibo legata a emozioni anziché a carenza di nutrienti (*fame biologica*). Prima di affrontare qualunque modifica dell'apporto calorico occorre indagare se il bambino/ragazzo mangia ai cinque pasti o anche al di fuori, mangia per noia o rabbia anche se ha appena finito un pasto. La fame emotiva spesso inizia nell'età prescolare, per diventare un problema in adolescenza. Diversamente dalla fame biologica, insopprimibile, questa ha un acme e dopo declina. Occorre allertare i genitori a riconoscerla e affrontarla: noia, rabbia, ansia, ecc. si nascondono dietro di essa. Se si individuano comportamenti a rischio, l'aiuto di un professionista con un percorso psicoterapeutico adeguato può giovare, mentre rimproverare e sottolineando la responsabilità personale queste perdite di controllo non aiuta, anzi può trasformare il *mangiare fuori pasto* in un *mangiare di nascosto*, fino a un vero disturbo alimentare.
- 2 **Le stagioni e l'alternarsi scuola/vacanze** condizionano lo stile di vita dei bambini/ragazzi (attività motoria, comportamenti alimentari, vacanze dai nonni, vacanze in albergo, ore di sonno) con cambiamenti prevedibili e spesso gestibili con successo con piccole strategie.
- 3 **Una buona quantità/qualità di sonno** spesso compromessa da cellulari, tablet, tv in camera.
- 4 **Il rinforzo positivo:** tecnica di sostegno con lodi e premi (non alimentari) di ogni cambiamento realizzato o solo progettato. Il rinforzo utilizzato costantemente durante le visite dal pediatra dovrebbe essere insegnato a tutti gli altri operatori sanitari e agli educatori (insegnanti, genitori, nonni) per un uso costante e immediato.

Il piano terapeutico successivo

Dopo l'educazione, il pediatra deve rivalutare l'esito del percorso educativo e sostenere le famiglie nel cammino intrapreso. Una nuova visita dopo 1-3 mesi è indispensabile! Già la sua programmazione comunica interesse e importanza. La sua omissione, invece, fatta spesso perché "non torneranno", "non serve, o "non sarà cambiato nulla", trasforma un ottimo avvio in un ennesimo fallimento. Tutti gli operatori dovrebbero sostenere le famiglie a non trascurarla. Non percependo i pri-

mi piccoli successi ottenuti, o svalutando- li, infatti, le famiglie e i bambini finiscono per abbandonare il percorso con il rapido fisiologico recupero ponderale.

Un forte ostacolo sottovalutato alla terapia è la ricerca, condivisa da operatori e famiglie e sostenuta dalle linee guida del passato, di *obiettivi irrealizzabili*: chiedere risultati sul peso che, stando alla letteratura, quasi nessuno è riuscito a raggiungere porterà le famiglie a sentirsi fallite e rinunciare. Con l'avanzare degli studi la medicina ha oggi accettato la difficoltà di dimagrire e soprattutto di mantenere nel tempo il calo ponderale ottenuto. Nell'organismo in restrizione calorica un insieme di difese ormonali, metaboliche e nervose si attivano per conservare o recuperare l'adipe [9]; bisogna ridurre le attese professionali e quelle delle famiglie!

Il rinforzo dei piccoli risultati raggiunti aiuta a mantenere il progetto con maggiori risultati in futuro; invece il senso di fallimento per un calo valutato come *insufficiente* o una sua ripresa inattesa causano perdita di fiducia e autostima e quindi peggioramento del peso e delle condizioni cliniche.

La ruota del cambiamento di Prochaska (Figura 1) insegna che dopo aver realizzato un intero giro spesso si ricade più volte, ma dai propri errori si impara a sviluppare le varie tappe più velocemente e quindi a evitare di ricadere ancora.

La seconda visita ha vari obiettivi, permette di:

- valutare con i pazienti l'andamento del programma, mostrando e rinforzando

di tutti i miglioramenti registrati: dei comportamenti, del BMI z-score e/o di altri segni clinici, anche meno evidenti come il rapporto circonferenza vita/altezza, la resistenza allo sforzo, l'acantosi nigricans ed eventualmente degli esami di laboratorio;

- indagare se qualcuno fra parenti e amici ha notato i miglioramenti, con lo scopo di enfatizzare gli episodi di rinforzo verificatisi;
- far esprimere le difficoltà incontrate, che ancora ostacolano la piena realizzazione del progetto, cercando di superarle.

Le visite successive vanno calendarizzate secondo la situazione clinica del bambino/ragazzo: età, gravità dell'eccesso di peso, risposta iniziale alla cura, presenza di complicanze e difficoltà logistiche della famiglia (distanza dall'ambulatorio, competenze e impegni lavorativi dei genitori).

Una consulenza telefonica o per posta elettronica o con WhatsApp può essere utilizzata per mantenere e rinforzare la motivazione nel tempo e ridurre l'abbandono.

Questo progetto di cura ha dato mediamente un calo del BMI z-score di 0,44 dopo 3 anni [10].

È diventato un percorso di formazione professionale [11].

I pediatri che lo hanno adottato hanno realizzato ottimi risultati sia nelle cure primarie dopo 1-3 anni [12], sia nel secondo livello di cure dopo 1-2 anni [13].

5. Lavorare in rete

Secondo il modello ecologico di Bronfenbrenner [14] (Figura 2) il bambino è immerso in un ambiente che lo condiziona e che, crescendo, potrà a sua volta modificare. Ogni bambino con obesità ha una sua rete prossimale costituita da famiglia, vicinato, scuola e parrocchia. Sono importanti anche l'ambulatorio pediatrico e tutti i professionisti sanitari incontrati dalla famiglia per qualunque motivo, che possono lavorare in sintonia, permettendo e facilitando l'adozione di stili di vita più sani, o disinteressarsi del peso e persino ostacolarne la cura con parole o toni di derisione e giudizio. Esiste poi la rete più lontana fatta di tradizioni, consuetudini e leggi che possono aiutare la soluzione del problema, anche se non sono modificabili rapidamente da parte del singolo pediatra. L'assistenza all'obesità andrebbe articolata in tre livelli (Figura 3) [15], come proposto dalla Consensus SIP-SIEDP, ancora inesistenti in quasi tutte le città italiane o inadeguate per tempi, professionisti e strutture.

Il PdF (primo livello) ha il carico di lavoro maggiore: porre e comunicare la diagnosi, creare o sostenere la motivazione al cambiamento, realizzare un percorso di cura di 2-3 anni. Agli altri livelli resta il compito di accogliere i pazienti più gravi, resistenti e/o già complicati, motivati alla cura dal PdF, con esiti e risultati inficiati da elevatissimi drop-out, oltre all'importantissimo compito organizzativo e culturale di formazione continua della rete, raccol-

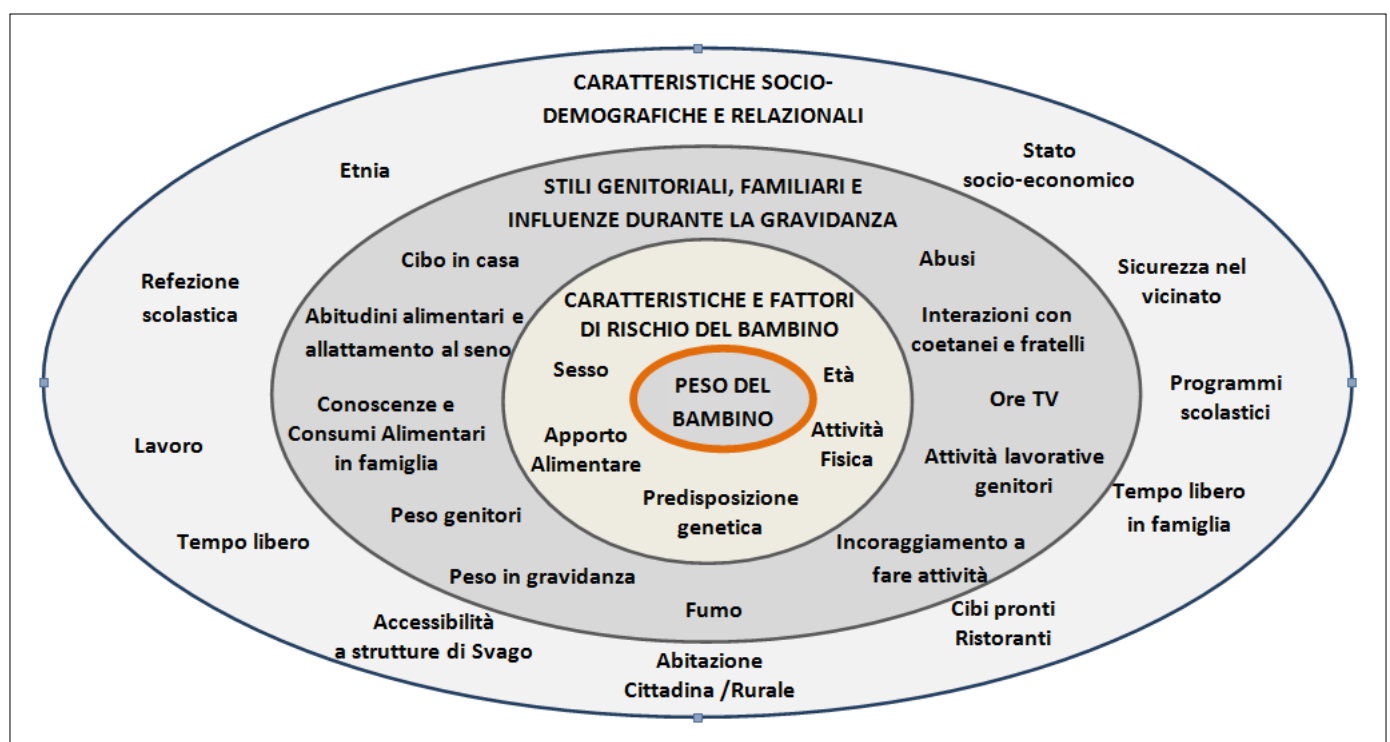


Figura 2. Il modello ecologico di Bronfenbrenner adattato all'obesità infantile [14].

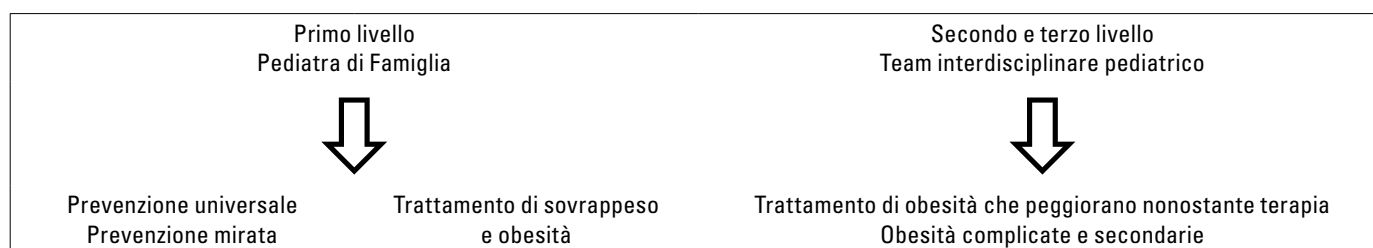


Figura 3. La rete professionale integrata dedicata alla cura dell'obesità in età evolutiva: i livelli di assistenza [15].

ta dati, valutazione degli esiti ed eventuali aggiustamenti del programma e ricerca. Per l'uso di terapie farmacologiche o chirurgiche associate alla terapia comportamentale familiare, riservati al secondo e terzo livello, si rimanda alla Consensus.

Concludendo

All'inizio del 2019 sono state pubblicate le linee guida europee per la cura dell'obesità dell'adulto [16] nelle cure primarie: uno splendido riassunto di quanto si potrebbe realizzare anche in Italia. Chiedere al PdF di calcolare il BMI z-score, usare l'educazione terapeutica, adottare il colloquio di motivazione, valutare le comorbidità psicologiche e il rischio DCA: tutto ciò potrebbe apparire eccessivo. Li affascina, ma talvolta li fa desistere spaventati. Non tutti i PdF possono realizzarlo: ognuno ha la sua formazione, il suo percorso personale e professionale, ma tutti possono usare meglio le loro risorse e fare un passo.

Per questi motivi propongo una scaletta semplificata di quattro azioni:

- 1 chiedere il permesso di parlare di peso, diventare consapevoli dello stigma (professionale, familiare, scolastico) per evitarlo/ridurlo;
- 2 sostenere le buone qualità dei genitori, dimostrate in passato e/o in altri contesti;
- 3 valutare la fase del cambiamento della famiglia;
- 4 Agire secondo la "loro" fase del cambiamento.

La prima azione è complessa ma indispensabile, la seconda fa parte del lavoro abituale del PdF, la terza è una competenza già sviluppata dai PdF. La quarta è un'azione nuova, in base alla fase del cambiamento riscontrata in quella famiglia il PdF deve scegliere.

- Se in Fase precontemplazione/contemplazione occorre:
 - dare tempo e dati per riflettere;
 - dare un appuntamento preciso per condividere i loro pensieri e valutare l'andamento del peso;
 - se in Fase determinazione/azione si può:
 - proporre una scaletta di azioni standard (muoversi di più, ridurre il tempo sedentario, ridurre le bibite, aumentare le porzioni di frutta e verdura, comprare meno cibo industriale, mangiare in famiglia, dormire meglio) e concordare con la famiglia i primi passi;
 - dare un appuntamento preciso per rivalutare il percorso entro 1-2 mesi;
 - accontentarsi e sostenere i risultati!
- Tutti i PdF possono provarci e riuscirci!

✉ tanas.rita@gmail.com

1. Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, et al. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care—a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obes Facts*. 2015;8(5):342-9.
2. Valerio G, Saggese G, Maffei C, et al. Consensus SIP – SIEDP su diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente. <https://www.sip.it/2017/12/04/consensus-su-diagnosi-trattamento-e-prevenzione-dell-obesita-nei-bambini-e-negli-adolescenti/>.
3. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, et al. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017 Dec;140(6). pii: e20173034.
4. Tanas R, Begoña G, Baggiani F, et al. Professional Stigma on Weight in the Pediatric Care in Italy and Andalusia: Recognize it to Successfully Treat Obesity. *J Obes Ther* 2017;1:1.
5. WHO working group. World Health Organization, Regional Office for Europe. The Reproductive Patient Education. Continuing education programs for healthcare providers in the

field of prevention of chronic diseases. Geneva, 1998.

6. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif*. 1992;28:183-218.
7. Miller RW, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York, 2002.
8. Boutelle KN, Norman GJ, Rock CL, et al. Guided self-help for the treatment of pediatric obesity. *Pediatrics*. 2013 May;131(5):e1435-42.
9. Rosenbaum M, Leibel RL. Models of energy homeostasis in response to maintenance of reduced body weight. *Obesity (Silver Spring)*. 2016 Aug;24(8):1620-9.
10. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gili G. L'educazione terapeutica familiare nel trattamento dell'obesità. *Medico e Bambino* 2007;26:393-6. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2007; 10(6); http://www.medicoebambino.com/index.php?id=RI0706_10.html.
11. Tanas R, Caggese G, Rossato E, et al. 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.
12. Briscioli V, Bellesi MS, Benaglio I, et al. Affrontare l'obesità nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia. *Quaderni acp* 2017;24: 63-7.
13. Purromuto S, Tanas R, Romano MN, et al. Ricominciare a Curare i bambini in eccesso ponderale con la Consensus SIP-SIEDP. Successi e Problemi di un percorso in Rete fra Pediatria di Famiglia e Ambulatori di 2° Livello a Ragusa. *Area Pediatrica* 2019;20:110-4.
14. Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Dev Psych* 1986;22:723.
15. Purromuto S, Tanas R, Romano MN, et al. Ricominciare a Curare i bambini in eccesso ponderale con la Consensus SIP-SIEDP. Successi e Problemi di un percorso in Rete fra Pediatria di Famiglia e Ambulatori di 2° Livello a Ragusa *Area Pediatrica* 2019;20:110-4.
16. Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.