

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri. Potete inviare le vostre osservazioni ai documenti scrivendo a: redazione@quaderniacp.it. Le vostre lettere verranno pubblicate sul primo numero utile.

Linee guida americane per l'obesità nella pratica clinica: una sfida per tutti

Commento a cura di Rita Tanas¹, Riccardo Dalle Grave², Anna Maria Davoli³, Riccardo Lera⁴, Anita Morandi⁵, Sara Queirolo⁶

1. *Pediatra Endocrinologa, Ferrara*

2. *Endocrinologo, Nutrizionista e Psicoterapeuta, Garda (VR)*

3. *Pediatra di Famiglia, Reggio Emilia*

4. *Pediatra Diabetologo, Alessandria*

5. *Professore Associato di Pediatria, Università di Verona*

6. *Pediatra, Istituto Pediatrico della Svizzera Italiana, EOC, Lugano*

Considerazioni di un gruppo di professionisti sulle Linee Guida dell'Accademia Americana di Pediatria

Nel 2007 l'Accademia Americana di Pediatria (AAP) aveva pubblicato le Raccomandazioni per la Gestione dell'Eccesso di Peso [1]. Un documento costato anni di lavoro ai migliori esperti di obesità pediatrica e in sintonia con i temi principali di un progetto di cura e formazione professionale, che stavamo condividendo con alcuni pediatri italiani interessati. Il documento è stato tradotto, adattato e offerto nel 2015 in tre percorsi di formazione a distanza accreditati da SIP BIOMEDIA, svolti da quasi 1.500 pediatri. Pochi mesi fa l'AAP ha pubblicato, dopo un nuovo ingente lavoro di revisione dei lavori pubblicati dal 1950 al 2020, le prime Linee Guida per la Pratica Clinica per la gestione del sovrappeso e obesità di bambini e ragazzi di 2-18 anni. È un documento relativamente complesso, focalizzato sulla ricerca della migliore risposta a due domande strategiche "Quali sono i trattamenti clinicamente efficaci per l'obesità pediatrica?" e "Qual è il rischio di comorbidità dei bambini con obesità?"

Il documento è ineludibile per i sanitari del nostro paese che in Europa occupa il secondo posto nella prevalenza dell'obesità (dopo l'isola di Cipro, a pari merito con Spagna e Grecia). Esso presenta alcuni temi molto condivisibili ed altri più discutibili.

I temi che possiamo condividere sono:

1. La definizione di obesità come malattia complessa, cronica, progressiva e recidivante e la dimostrazione dell'esistenza di trattamenti efficaci, anche se certamente non sempre risolutivi. La necessità che la cura si estenda a tutto l'arco della vita, con intensità variabile secondo le fasi di progressione, remissione o recidiva.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care

American Academy
of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity

Sarah E. Hampel, MD, FAAP¹, Sandro G. Hassink, MD, FAAP², Ashley C. Skinner, PhD³, Sarah C. Armstrong, MD, FAAP⁴, Sarah E. Barlow, MD, MPH, FAAP⁵, Christopher F. Bolling, MD, FAAP⁶, Kimberly C. Avila Edwards, MD, FAAP⁷, Ikuoma Enehi, MD, MS, FAAP⁸, Robin Hamre, MPH⁹, Madeline M. Joseph, MD, FAAP¹⁰, Doug Lunsford, MD¹¹, Enedis Mendonca, MD, PhD, FAAP¹², Marc F. Michalek, MD, MBA, FAAP¹³, Narsimh Murra, MD, ScD, FAAP¹⁴, Eduardo R. Ochoa, Jr, MD, FAAP¹⁵, Mona Sharifi, MD, MPH, FAAP¹⁶, Amanda E. Staiano, PhD, MPP¹⁷, Ashley E. Weed, MD, MPH, FAAP¹⁸, Susan K. Firth, MA¹⁹, Jeanne Lindros, MPH²⁰, Kymika Okochukwu, MPA²¹

Greetings

You have in your hands, or at your fingertips, the first edition of the American Academy of Pediatrics clinical practice guideline for evaluation and management of children and adolescents with overweight and obesity. Putting together this guideline was no small task, and the Academy is grateful to the efforts of all the professionals who contributed to the production of this document. This work is a true testament to their passion and dedication to combating childhood and adolescent overweight and obesity.

The Subcommittee responsible for developing this guideline comprises a diverse group of professionals from a variety of disciplines representing both governmental entities and private institutions. Experts all, they are united by a common desire to provide the finest, most effective care and treatment to children and adolescents with overweight and obesity. Over the course of several months, the members of the Subcommittee reviewed the technical reports produced from the study review, then worked in concert to develop the Key Action Statements and Expert Consensus Recommendations contained within this guideline. These were crafted with meticulous care by the Subcommittee members, to align with current literature and to place appropriate emphasis on each statement.

While representing such a broad spectrum of perspectives, the members of this committee are all keenly aware of the multitude of barriers to treatment that patients and their families face. These barriers impact not only their access to treatment, but their ability to follow prescribed treatment plans. Whereas some patients are able to adopt the lifestyle changes and habitualize elements of their prescribed treatment plans, so many others struggle to do so for a wide variety of reasons. The members of the Subcommittee understand all of this. To assist with optimizing health equity and overcoming these barriers, guidance on a number of multilevel factors related to barriers to treatment have been included in this guideline. During the course of their work, members of the Subcommittee acknowledged that, although so much has been learned to advance the treatment of children and adolescents with overweight and obesity, there is still so much we have yet

¹Children's Mercy Kansas City Center for Children's Healthy Lifestyles & Nutrition, University of Missouri-Kansas City School of Medicine, Kansas City, Missouri; ²Medical Director, American Academy of Pediatrics, Institute for Healthy Childhood Weight, Wilmington, Delaware; ³Department of Population Health Sciences, Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina; ⁴Department of Pediatrics and Population Health Sciences, Duke Clinical Research Institute, Duke University, Durham, North Carolina; ⁵Department of Pediatrics, University of Iowa, Iowa City, Iowa; ⁶Division of Pediatric Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, University of Florida College of Medicine-Jacksonville, Jacksonville, Florida; ⁷Department of Pediatrics, University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, Ohio; ⁸Children's Health Policy & Advocacy Alliance; ⁹Department of Pediatrics, Dell Medical School at the University of Texas at Austin, Austin, Texas; ¹⁰Department of Pediatrics, The Ohio State University, Center for Healthy Weight and Nutrition, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; ¹¹Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; ¹²Division of Pediatric Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, University of Florida College of Medicine-Jacksonville, Jacksonville, Florida; ¹³Family Representative; ¹⁴Department of Pediatrics and Biostatistics & Health Data Science, Indiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana; ¹⁵Department of Pediatric Surgery, The Ohio State University, College of Medicine, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; ¹⁶Children's National Hospital, George Washington University, Washington, DC; ¹⁷Department of Pediatrics, University of Arkansas for Medical Sciences, Arkansas Children's Hospital, Little Rock, Arkansas; ¹⁸Department of Pediatrics, Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut; ¹⁹Louisiana State University, Department of Pediatrics, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma; ²⁰Medical Writer/Consultant, Washington, DC; ²¹American Academy of Pediatrics, Itasca, Illinois; and ²²American Academy of Pediatrics, Itasca, Illinois

This document is copyrighted and is property of the American Academy of Pediatrics and its Board of Directors. All authors have

To cite: Hampel SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2023;151(2):e202206940.

PEDIATRICS Volume 151, number 2, February 2023:e202206940
Downloaded from http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/151/2/e202206940/1451060_peds_202206940

FROM THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

2. L'attenzione ai suoi molti determinanti, soprattutto sociali, che devono essere conosciuti dai sanitari e trasmessi alle famiglie perché riducano la responsabilità personale che, solitamente, anche se inconsciamente tutti, operatori sanitari e pazienti, le attribuiscono. I determinanti sociali sono molto importanti, perché, essendo diversi nei vari contesti, permettono a curanti e famiglie di progettare insieme un percorso personalizzato di cura.
3. La necessità di una valutazione almeno annuale del Pediatra di Famiglia (PdF) sullo stato ponderale per

tutti i soggetti visitati, con la comunicazione empatica dell'esito alla famiglia, secondo i canoni del colloquio di motivazione, e l'avviamento più tempestivo possibile ad una terapia comportamentale familiare dello stile di vita. In caso di sovrappeso va offerto a tutti un colloquio di motivazione per favorire il miglioramento dello stile di vita alimentare e motorio. In caso di obesità le cure devono essere offerte insieme alla valutazione ed eventuale cura delle comorbilità. La cura va estesa anche ai bambini con altre problematiche di salute fisica e psichica, adeguando i programmi alle loro particolari esigenze.

4. La non indispensabilità della storia alimentare puntuale con i mezzi del recall 24h o del diario alimentare. Tale storia, infatti, è spesso colpevolizzante ed ha un costo elevato rispetto ai risultati, limitati dallo stato socio-culturale e dalle barriere linguistiche poste da alcune famiglie. Nel percorso terapeutico, soprattutto con i bambini e nelle forme di obesità non grave, basta limitarsi a fare educazione con i genitori e stimolare l'autogestione su alcuni punti essenziali. Se a questo si potesse associare un adeguato cambiamento ambientale, sociale e politico, dalla riduzione dell'uso delle bibite dolci e dolcificate ai divieti del marketing rivolto continuamente e ovunque a bambini e adolescenti, all'offerta universale di spazi sicuri dove muoversi e fare sport, come proposto dal WHO [2], i risultati potrebbero essere eclatanti!

Diversi sono gli argomenti che a nostro avviso meritano una discussione

1. La semplificazione della diagnosi, basata solo su Body Mass Index (BMI) percentile o zscore che, se utile nelle indagini epidemiologiche sulla popolazione, ha dei limiti importanti quando è applicata al singolo individuo, sebbene la sua semplicità possa essere utile per incoraggiare l'avvio di una pratica clinica nuova. L'uso del BMI associato all'Edmonton Obesity Stage System for Pediatrics, proposto in Canada e consigliato anche dal WHO [2], potrebbe rendere la diagnosi di obesità più completa, obbligando i sanitari a inserire la valutazione non solo delle comorbilità, ma anche dei determinanti sociali: valutazione fortemente raccomandata anche dall'AAP. Oggi sempre più società scientifiche chiedono di abbandonare il BMI e, quindi, insegnare ai PdF il suo uso esclusivo appare sbagliato e fuori tempo.

2. La semplificazione del trattamento, raccomandando per tutti i bambini e gli adolescenti con sovrappeso,

obesità o obesità severa lo stesso trattamento comportamentale intensivo con almeno 26 ore di contatto professionale. È un trattamento difficilmente realizzabile nella pratica in Italia, sia perché pochi operatori sanitari hanno ricevuto una formazione adeguata, sia perché potrebbe aumentare la già elevatissima percentuale di abbandono riportata nel trattamento dell'obesità infantile [3]. Anche in Canada una ricerca sulla percentuale di bambini realmente accettati ad un progetto di trattamento intensivo dell'obesità mostra risultati davvero disastrosi: solo 1% per anno [4].

3. La raccomandazione sulla "intensità" di almeno 26 ore di contatto professionale in presenza. Nel trattamento multicomponente secondo l'AAP la dose dovrebbe essere la maggiore possibile, dato che la letteratura sostiene la sua correlazione col calo ponderale. Ma questa dose di almeno 26 ore è davvero la minima indispensabile, anche se poco praticabile e soprattutto non sempre innocua per tutti dai bambini dai 2 anni agli adolescenti in eccesso ponderale? Tale dose, infatti, sembrerebbe un obiettivo da dover realizzare anche per bambini con solo sovrappeso/obesità moderata, ed anche dal PdF, se un trattamento coordinato multicomponente non fosse disponibile (evento purtroppo molto frequente sul nostro territorio). Un altro problema del trattamento comportamentale intensivo è aumentare il rischio di sviluppare un Disturbo dell'Alimentazione (DA). Sebbene studi osservazionali precedenti abbiano dimostrato un'associazione tra dieta restrittiva e rischio di comportamenti alimentari disordinati [5] e sviluppo di DA [6], una recente revisione, citata nelle LG, su 36 studi, rivela che il trattamento strutturato e professionale di bambini e adolescenti, includente una dieta, si associa a una riduzione della prevalenza, del rischio e dei sintomi dei DA. Alcuni dei partecipanti, però, hanno sviluppato un DA al follow-up. È stato ipotizzato che i risultati contrastanti degli studi siano dovuti a differenze della dieta intrapresa (rigida o flessibile) o a coorti con caratteristiche diverse (maggiore o minore comorbilità psichiatrica). In ogni caso le revisioni possono analizzare solo quegli studi che fin dall'arruolamento hanno previsto la valutazione di benessere e qualità della vita, oltre a quello del BMI, mentre la maggior parte non ha valutato altro esito che il BMI, per tempi molto limitati e senza troppa attenzione a eventi avversi e qualità della vita. Inoltre, la metà dei soggetti presi in carico abbandona il percorso e quindi non contribuisce alla valutazione finale. Nella vita reale, infine,

molti progetti di cura dell'obesità non sono ancora multidisciplinari e/o non prevedono lo psicologo e continuano ad avere come obiettivo unico o principale il calo di peso.

Si consiglia perciò molta prudenza nel concludere che percorsi di oltre 26 ore non abbiano alcun rischio, o che basti l'attenzione a valutare costantemente che il calo ponderale non sia eccessivo (evento che indica solo un tipo restrittivo puro di DA). Seguendo le LG, mancando il team, il PdF che cercasse di realizzare un simile percorso da solo o con un nutrizionista o allenatore, potrebbe osservare gli effetti negativi della focalizzazione sul peso, sul corpo e sul cibo.

I bambini, già in età prescolare, si chiedono il perché di ogni visita medica, soprattutto se sottoposti a visite più frequenti rispetto ai compagni, facendo ai genitori e a sé stessi domande che potrebbero portarli a pensare di essere “bambini sbagliati”, che il loro peso sia grave, inaccettabile e molto importante nella scala dei valori della famiglia e del loro pediatra. In altre parole, troppe visite focalizzate sul peso potrebbero favorire l'interiorizzazione dello stigma del peso (cioè avere credenze negative su di sé per il proprio peso) che si associa a bassa autoefficacia, depressione, minore qualità della vita fisica e mentale [7], e l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, considerata un fattore di rischio specifico per lo sviluppo dei DA [8]. Per tale motivo sono nati programmi in cui i bambini non vengono coinvolti per nulla nel trattamento, con risultati sul peso uguali o migliori di quelli in cui lo sono, ai quali potremmo ispirarci [9]. La nostra Consensus [10] invita il PdF a fare prevenzione e seguire da solo esclusivamente i bambini con sovrappeso e obesità moderata senza complicanze (sia psichiche che fisiche). Senza risorse di II e III livello a disposizione la soluzione non può essere quella di tentare comunque un trattamento a misura di PdF. Occorre, invece, migliorare la rete così da offrire la cura adeguata a tutti e soprattutto agli adolescenti con obesità grave o complicata. L'enfasi eccessiva sull'obiettivo “calo di peso” è ancora fortemente presente in tutto il documento, a discapito di altri obiettivi, come la salute generale. Tale enfasi rischia di continuare a illudere i sanitari sui risultati miracolistici inseguiti in passato, ancora fortemente condivisi dalle famiglie, ma negati da tutte le revisioni [9] e di indurre un senso di fallimento e di colpa fin dai primi anni di vita nei bambini trattati, aumentando il rischio di abbandono e quindi di peggioramento dello stato ponderale e

delle comorbidità fisiche e psicologiche. Oggi la linea di cura più illuminata chiede agli operatori di porsi come obiettivo la salute generale e il cambiamento dei comportamenti. Il calo di peso e tanto più la sua normalizzazione, potrebbero esserne la conseguenza, ma non devono essere considerati né l'obiettivo principale, né il modo per valutare impegno o successo [11]. L'offerta di terapia farmacologica dagli 8 anni e chirurgica dai 13 anni di età è stata molto criticata. In effetti queste tempistiche sono molto precoci. Il tema della cura dell'obesità con farmaci e chirurgia, però, è ormai universalmente noto, soprattutto alle famiglie che si confrontano con obesità gravi e resistenti. Se la gravità lo richiede, quindi, parlarne e prospettare come possibili in futuro anche per loro, da associare alla terapia comportamentale, se questa non darà esiti adeguati, non ci sembra sempre sbagliato. Attualmente, purtroppo, sulla terapia farmacologica sappiamo poco. Il farmaco più efficace è iniettivo e studiato solo per i suoi effetti a breve termine. Alcuni dati preliminari sottolineano che la sua sospensione comporti un rebound ponderale peggiore del placebo e sono in esame dall'Agenzia Europea per i Medicinali alcuni casi di pazienti con ideazione suicidaria o autolesionismo [12]. Anche la soglia dei 13 anni per la chirurgia bariatrica, inoltre, è davvero inadeguata alla maturazione psicofisica dei ragazzi e, quindi, alla formulazione del consenso.

Crediamo che prima di pensare a percorsi ispirati alle LG dell'AAP per noi ci siano altre priorità, dalle quali potremmo ottenere esiti inaspettati sulla gestione dell'obesità. Pertanto, ai pediatri italiani proporremo di concentrarci su:

1. Ridurre lo stigma professionale e la colpevolizzazione delle famiglie ancora dilaganti in ambito professionale, chiedendo il permesso di parlare di peso e con quali termini adeguati, cambiando linguaggio e immagini sull'eccesso di peso nella pratica e nella formazione professionale. Aiutare le famiglie a divenire consapevoli dello stigma del peso, a cercarlo in famiglia e a scuola, e ad affrontarlo. Solo dopo aver ottenuto ciò, avendo realizzato una buona relazione terapeutica e un'alleanza fra curati e curanti, si può fare “Educazione Terapeutica”.
2. Adattare gli strumenti e gli arredi degli ambulatori per fare sentire i pazienti nel posto giusto: accettati e rispettati.
3. Fare una buona diagnosi e una buona comunicazione.

ne nelle cure primarie per selezionare e offrire la cura secondo disponibilità e gravità.

4. Formarsi sul colloquio di motivazione e farne pratica nella quotidianità (come per tutte le malattie croniche non trasmissibili) per valutare la motivazione alla cura e aumentarla e soprattutto condividere/sostenere i piccoli risultati realizzati, senza banalizzarli.

Le Aziende Sanitarie dovrebbero sostenere il lavoro dei PdF con progetti aziendali gestiti in rete e “supporti informatizzati” adeguati. I PdF e le Equipe interdisciplinari dovrebbero essere formati insieme su obesità e stigma del peso ed essere potenziati per rispondere adeguatamente alle esigenze della popolazione.

L'intervento rispettoso, personalizzato, ma soprattutto non-giudicante, flessibile, piacevole e familiare dovrebbe essere disponibile per tutti [13], ma ancora molti sono gli ostacoli come evidenziato dallo studio internazionale ACTION TEENS (Tabella).

Dobbiamo condividere con le nostre famiglie il sogno, ancora in assenza di forti evidenze scientifiche, che un percorso di cura piacevole possa dare risultati duraturi [14].

Crediamo che ci sia tanto lavoro per tutti!

1. Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. *Pediatrics*. 1998;102(3):E29

2. Tanas R, Carabotta M, Chiarelli F. Dal WHO un'allerta a tutti e in primis ai pediatri: come e perché occuparsi di obesità. Commento al Documento “OBESITY 2022” del WHO, Ufficio regionale per l'Europa. *Pagine elettroniche Quaderni ACP* 2022;29(4):d,1 pag 1-5

3. Pinelli L, Elerdini N, Faith MS, et al, Seminara S, Uasone R, Pietrobello A. Childhood obesity: results of a multicenter study of obesity treatment in Italy. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 1999;12 Suppl 3:795-9.

4. Kuhle S, Doucette R, Piccinini-Vallis H, et al. Successful childhood obesity management in primary care in Canada: what are the odds? *PeerJ*. 2015;3:e1327.

5. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, et al. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007;33:359-69

6. Patton GC, Selzer R, Coffey C, et al. Onset of adolescent eating disorders: population-based cohort study over 3 years. *BMJ*. 1999;318:765-8).

7. Butt M, Harvey A, Khesroh E, et al. Assessment and impact of paediatric internalized weight bias: A systematic review. *Pediatr Obes*. 2023;18:e13040.

8. Stice E, Gau JM, Rohde P, et al. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive

Tabella. Alcuni dei risultati dei questionari dello Studio ACTION TEENS*, compilati da migliaia di adolescenti, caregiver e professionisti sanitari.

- Troppo spesso gli operatori non comunicano la diagnosi né ai genitori né ai ragazzi, per non deriderli.
- Troppi professionisti e genitori pensano che la malattia si risolverà spontaneamente, come avveniva nel secolo scorso quando i bambini crescendo andavano a lavorare in campagna o nelle fabbriche, senza orari né ferie.
- Se pur tardivamente, i pazienti divenuti gravi per situazione ponderale e interiorizzazione dello stigma del peso che cercano cure, non trovano centri e operatori formati, capaci di seguirli e aiutarli, ma spesso solo il rinfacciamento della “loro colpa”.

* Maffeis C, Baur L, Bereket A, et al. ACTION teens global survey: participant characteristics and key information sources for adolescents living with obesity, caregivers and healthcare professionals. Poster presented at the European Congress on Obesity, 5 May 2022, Maastricht, The Netherlands.

specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 2017;126(1):38-51

9. Ells LJ, Rees K, Brown T, Mead E, Al-Khudairy L, Azevedo L, McGeechan GJ, Baur L, Loveman E, Clements H, Rayco-Solon P, Farpour-Lambert N, Demaio A. Interventions for treating children and adolescents with overweight and obesity: an overview of Cochrane reviews. *Int J Obes (Lond)*. 2018;42:1823-33.

10. Valerio G, Maffeis C, Saggese G, et al. Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. *Ital J Pediatr*. 2018;44:88.

11. Jebeile H, McMaster CM, Johnson BJ, et al. The Eating Disorders In Weight-Related Therapy Edit Collaboration. Identifying Factors Which Influence Eating Disorder Risk during Behavioral Weight Management: A Consensus Study. *Nutrients*. 2023;22;15:1085.

12. EU Investigates Ozempic, Weight-Loss Drug Saxenda After Suicidal Thoughts Reported By Ludwig Burger and Maggie Fick. *Reuters* July 10,2023

13. Tanas R, Caggese G, Lera R. Il pediatra e l'obesità: riprova e vinci in 5 mosse. *Quaderni ACP* 2020;271:4-11

14. Togashi K, Masuda H, Rankinen T, et al. A 12-year follow-up study of treated obese children in Japan. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002;26:770-7.