

Affrontare l'obesità nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia



Vincenza Briscioli¹, Maria Stefania Bellesi², Irene Benaglio³, Alessandra Buracci⁴, Laura Imperadori⁴, Ivanna Lascioli⁵, Daniela Caminada⁵, Barbara Corsi¹, Bruna Faletti¹, Barbara Fogazzi⁶, Giuseppe Marchese¹, Pietro Minini¹, Elio Tironi¹, Ettore Tomagra¹, Danilo Viggiani¹, Claudia Pastorelli⁷, Genny Poetini³, Tiziana Torri³, Stefano Poli⁴, Rita Tanas⁸

¹Pediatria di libera scelta, ex ASL Valle Camonica (BS), ora ATS Montagna; ²Responsabile Promozione alla Salute – Direzione Sanitaria Aziendale, ex Asl di Valle Camonica, ora ATS Montagna; ³Psicologa, Consultorio familiare ex Dipartimento ASSI, ex ASL Valle Camonica, ora ASST Valcamonica (BS); ⁴UO di Pediatria, Ospedale di Esine, ex ASL Valle Camonica, ora ASST Valcamonica (BS); ⁵Dipartimento di Cure Primarie, ex ASL Valle Camonica, ora ATS Montagna; ⁶Pediatria di libera scelta, ex ASL Valle Camonica (BS), ora ATS Brescia; ⁷Dietista, ex ASL Valle Camonica, ora ASST Valcamonica (BS); ⁸UO Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ferrara

Negli ultimi decenni in Italia, come negli altri Paesi industrializzati, si è assistito a un significativo aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità nella popolazione di ogni età. Questa “nuova epidemia” sta divenendo un problema sanitario pressante: in Italia l'eccesso di peso a 8-9 anni ha una prevalenza del 31% (21% sovrappeso e 10% obesità). La sanità pubblica sta da anni mobilitando le Cure Primarie (CP) per affrontarla con grande difficoltà e scarsa evidenza di efficacia. **Obiettivi:** Lo studio si propone di valutare sostenibilità, efficacia e gradimento di un progetto in rete (operatori sanitari cure primarie, ospedalieri, pediatri di libera scelta), preceduto da adeguata formazione. **Metodi:** Dopo un percorso di formazione rivolto a tutti i professionisti che si occupano dei bambini localmente di 16 ore, basato sui principi dell'Educazione Terapeutica Empowering e del Counseling di Motivazione, si sono organizzati 2 incontri di gruppo sviluppati da team multidisciplinari per le famiglie e un pomeriggio di attività motoria e merenda sana per bambini, familiari e amici in varie sedi del territorio. I PLS sono stati istruiti a seguire i loro bambini sovrappeso/obesi individualmente con un approccio familiare, secondo i principi del counseling di motivazione e a raccogliere i dati antropometrici. **Risultati:** I questionari di gradimento dei genitori hanno dimostrato una positiva partecipazione delle famiglie al progetto. Nei 45 bambini arruolati, di 9±2 anni, si è evidenziato un calo del BMI z-score, iniziale 2,8±0,6, dello 0,20±0,4 dopo 10 mesi. **Conclusioni:** Il progetto, valutato come sostenibile dagli operatori delle CP e favorevolmente accettato dalle famiglie, sembra determinare un buon calo del BMI z-score, per cui si propone il suo proseguimento e ampliamento localmente per una valutazione su numeri maggiori e tempi più adeguati.

*In the last decades overweight and obesity have significantly increased in any age, both in Italy and developed countries. Overweight and obesity have so far reached epidemic levels with a significant impact on overall health. In Italy 31% of children aged 8-9 are overweight (21% overweight and 10% obese). Over the last years there has been poor evidence of effectiveness and a great of difficulty by the National Public Health System in the attempt of mobilising primary care professionals, family doctors and paediatricians. **Goals:** The aim of this study has been to explore sustainability, effectiveness and value of a multidisciplinary project involving hospital primary care providers and paediatricians to manage childhood obesity and overweight successfully after suitable training. **Methods:** After a training period focused on therapeutic educational empowering and motivation counseling principles, all professionals (psychologists, paediatricians, registered dieticians) were invited to organize two multidisciplinary group sessions for families. The families, parents children and their friends, were also invited to participate to an exercise activity and healthy snack afternoon. The participants came from different parts of the territory. The paediatricians were instructed on how to manage their overweight/obese children, using individualized family approaches based on motivation counseling principles. The paediatricians were then asked to collect relative anthropometric information. **Results:** The parents' reports demonstrated a positive attitude to the project. In the 45 children aged 9±2 who participated to the project, their BMI z-score decreased significantly from 2,8±0,6 to 0,20±0,4 after 10 months. **Conclusions:** A significant decrease in the BMI z-score among the overweight/obese children in this study gave evidence of sustainability for the current project. The project was very well appreciated by primary care providers and families. However, further research is needed on this topic, as regards to investigation on larger cohorts and more convenient times.*

Introduzione

Negli ultimi decenni in Italia, come negli altri Paesi industrializzati, si è assistito a un significativo aumento di peso nella popolazione di ogni età. L'obesità, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “la nuova epidemia”, con le sue comorbilità fisiche e psicologiche e i suoi costi, è diventata un serio problema di salute pubblica. Studi statistici prevedono che, senza interventi mirati ed efficaci, nel 2025 nel mondo ci saranno 91 milioni di bambini di 5-17 anni con obesità, molti dei quali già diabetici o prediabetici, ipertesi o con steato-epatite [1]. Ciò ha indotto sia l'OMS che i Servizi Sanitari Nazionali (SSN) di molti Paesi a intraprendere campagne di sensibilizzazione e prevenzione fin dalla prima infanzia, come quella per l'allattamento al seno.

Un bambino in sovrappeso ha elevate probabilità di diventare un adolescente e quindi un adulto e un genitore obeso. Se un tempo le complicanze cardiovascolari ed endocrino-metaboliche dell'obesità, quali aterosclerosi, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete mellito non-insulinodipendente, erano ritenute di pertinenza dell'adulto, oggi esse sono già individuabili in età evolutiva.

Molti studi hanno evidenziato che i professionisti delle Cure Primarie (CP) non si sentono adeguati a occuparsi dell'eccesso di peso: sostengono di non avere né formazione né risorse adeguate, si rifiutano di investire in un percorso che ritengono troppo difficile e destinato al fallimento [2]. In effetti, un approccio poco sensibile ai problemi di derisione sul peso, strutturato in un contesto sociale poco accogliente, può essere stigmatizzante e avere esiti negativi sulla salute dei bambini [3, 4]. Precedenti tentativi di coinvolgimento delle CP, basa-

ti sull'approccio tradizionale dietetico-pre-scrittivo con incentivi di tipo economico, hanno dato risultati deludenti sia per i professionisti che per famiglie e hanno peggiorato la relazione medico-famiglia.

I dati della sorveglianza epidemiologica di "Okkio alla salute 2014" per la Valle Camonica mostrano che il 20,6% dei bambini di 8-9 anni presenta un eccesso ponderale (sovrappeso 14,2%, obesità moderata 5,8%, obesità severa 0,6%); tali prevalenze, pur se inferiori alle medie nazionali, richiedono il coinvolgimento della sanità pubblica e delle CP.

Questo studio, denominato "Vivere in Salute, Educare al Benessere", avviato in Valle Camonica nel 2013 e ancora in essere, si pone l'obiettivo di valutare sostenibilità, efficacia e gradimento di un progetto basato sull'Educazione Terapeutica [5] e i principi del Colloquio Motivazionale [6], dalla formazione al sostegno del lavoro in rete.

Materiali e metodi

Il responsabile dell'UO di Pediatria di Esine (Valle Camonica, BS) nel 2013, nell'ambito delle valutazioni dei bisogni formativi, ha concordato e organizzato un corso sulla cura dell'obesità, basato sui principi dell'Educazione Terapeutica del paziente [7] e del Counseling di Motivazione con tutti i professionisti locali (9 PLS, 1 dietista, 3 psicologhe, 3 medici dell'UO di Pediatria, 2 medici del Dipartimento Cure Primarie e 1 assistente sanitaria della Direzione Sanitaria Aziendale).

Il programma formativo di 16 ore si è focalizzato su:

- fare diagnosi di sovrappeso/obesità e rischio di complicanze,
- comunicarla alla famiglia evitando sensi di colpa e stigma,
- valutare e sostenere la motivazione a un cambiamento possibile e concordato con la famiglia.

Il percorso, illustrato dalla dott.ssa Tanas, esperta del settore, prevedeva una visita iniziale, un incontro formativo in piccoli gruppi per le famiglie e gli adolescenti, e una rivalutazione diagnostico-terapeutica al fine di contribuire al cambiamento dello stile di vita delle famiglie, realizzando con loro un processo di crescita culturale e di presa in carico consapevole e autonoma delle loro scelte di vita e di salute. I professionisti che usano il counseling di motivazione non suggeriscono soluzioni preconfezionate, ma aiutano le famiglie a raccontarsi e, partendo dal loro racconto, a fare scelte più sane e affrontare gli ostacoli al cambiamento [8, 9]. Dopo la formazione si è costituito un gruppo di lavoro, costituito da pediatri di libera scelta (PLS), ospedalieri, psicologhe, dietista e

operatori sanitari del settore Stili di Vita e delle Cure Primarie, con la supervisione del responsabile dell'UO, per definire un percorso di collaborazione tra i vari livelli di cure e realizzare la presa in carico del bambino/adolescente con sovrappeso o obesità (BMI z-score >1 DS secondo le curve dell'OMS) e della sua famiglia. Si è quindi giunti al progetto "Vivere in Salute, Educare al benessere", costituito da 3 incontri di gruppo teorico-pratici con l'obiettivo di affrontare le tematiche relative agli stili di vita, le opportunità e gli ostacoli al cambiamento, che è stato proposto alle famiglie già seguite nell'ambito della presa in carico della patologia cronica (sovrappeso/obesità), prevista dall'ACN del 2002 per i bambini di 2-12 anni [10-12]. L'adesione verbale iniziale è stata del 70%, ma hanno partecipato agli incontri il 50% delle famiglie convocate.

Nel primo incontro di gruppo le famiglie, ovvero genitori, nonni/zie e babysitter, hanno affrontato con la psicologa e un/a PLS la tematica relativa ai fattori esterni e interni, che facilitano la loro motivazione al cambiamento/miglioramento dello stile di vita (percorso a piccoli passi raggiungibili, ruolo del modeling, sostegno all'auto-efficacia). Sono inoltre stati analizzati gli aspetti emotivi e relazionali, che possono ostacolare o facilitare il percorso di cura. Le famiglie sono state invitate a riflettere sulle proprie esperienze personali attraverso tecniche di comunicazione e il confronto attivo con gli operatori. Tali obiettivi sono stati poi rinforzati dai successivi lavori di gruppo consentendo, attraverso il confronto di esperienze di vita simili, una maggiore motivazione verso l'assunzione di stili di vita sani [7-9].

Nel secondo incontro (a distanza di quindici giorni dal precedente) i genitori hanno incontrato la dietista insieme a un PLS su due principali temi: "mangiare un po' meno e meglio" e "sedersi di meno e muoversi di più". In particolare, si è di nuovo posta l'attenzione sull'importanza del "modeling" in famiglia (cioè del ruolo di esempio dei genitori), della porzione personalizzata, del valore della prima colazione, del consumo di frutta, verdura e cereali integrali, dell'uso dell'acqua come giusta risposta alla sete e di come leggere le etichette dei prodotti alimentari. Si è inoltre discusso con le famiglie il ruolo fondamentale del movimento per la salute e il benessere del corpo e della mente, con consigli pratici (utilizzo del contapassi) per incrementarlo in ogni momento della giornata con qualsiasi tipo di attività (es. lavori domestici, gioco in cortile). All'incontro le famiglie hanno partecipato attivamente raccontando le loro esperienze e difficoltà.

Al termine dell'incontro è stata chiesta la compilazione di un questionario di gradimento.

Per gli incontri di gruppo sono state utilizzate sale civiche; l'iniziativa non è stata pubblicizzata per garantire la privacy.

Nel terzo incontro definito "esperienza di movimento", gli operatori sanitari hanno organizzato insieme ai genitori e ai bambini una camminata di circa 5 km in un pomeriggio festivo, scegliendo un percorso ciclo-pedonale e coinvolgendo anche amici e conoscenti. Alla sua organizzazione hanno contribuito dei volontari (un'infermiera e alcuni operatori dell'Ufficio Promozione alla Salute) (totale numero di partecipanti 73); al termine della camminata è stata offerta una merenda a base di frutta di stagione. Nel 2014 il percorso è stato realizzato in tre sedi (bassa, media e alta Valle Camonica); nel 2015, per l'esiguità numerica dei partecipanti, gli incontri si sono svolti solo in bassa Valle. La giornata in movimento è stata organizzata insieme all'Associazione Diabetici Camuni all'interno del progetto "La scuola della salute per una valle della salute", che mira a creare una rete di soggetti competenti nei diversi settori (alimentazione, attività fisica, promozione della sicurezza ecc.), che con professionalità e competenza rendano il cittadino capace di fare scelte sane.

I dati antropometrici dei pazienti aderenti al progetto sono stati raccolti dai PLS durante le visite di controllo (cadenza trimestrale) ed elaborati nell'ambito dello studio pilota "Perle e Delfini". Nel 2014 sono stati arruolati e seguiti per almeno 6 mesi 45 bambini di 9±2 anni con BMI z-score medio 2,8±0,6; di essi 4 erano in sovrappeso (BMI z-score ≥1 e <2), 28 con obesità moderata (BMI z-score ≥2 e <3) e 13 severa (BMI z-score ≥3) (Tabella 1).

Il tempo lavorativo richiesto dal progetto è specificato nella Tabella 2. Relativamente ai costi i PLS hanno inserito il loro operato nelle progettualità del governo clinico (2014-2016) utilizzando gli incentivi già stanziati. Il costo degli altri operatori sanitari è sulla base dei singoli contratti lavorativi.

Risultati

Risultati del questionario di gradimento

La Figura 1 mostra il gradimento da parte delle famiglie dei due incontri del 2014, simile nel 2015. La Figura 2 mostra la disponibilità a organizzare con gli operatori sanitari la giornata di movimento espressa dai genitori durante gli incontri nel 2014. Il questionario prevedeva domande aperte sugli argomenti da approfondire. I partecipanti del 2014 hanno richiesto approfondimento su: etichette degli alimenti,

TABELLA 1. Dati dei 45 bambini arruolati al nuovo percorso terapeutico alla prima visita e all'ultima dopo 10 ± 4 mesi e loro modifica (Δ)

Tempi	Arruolamento (DS)	Ultima visita (DS)	Δ
Età media	9,22 ± 2,3	10,6 ± 2,3	0,84 ± 0,4
BMI	24,54 ± 3,4	24,95 ± 4,2	0,41 ± 1,75
BMI z-score	2,75 ± 0,6	2,57 ± 0,7	-0,18 ± 0,4
Circonferenza vita	79,6 ± 11,8	80,8 ± 13,6	0,48 ± 3,9
Vita/altezza (W/H)	0,57 ± 0,08	0,56 ± 0,05	-0,02 ± 0,03

TABELLA 2. Tempi utilizzati per la formazione, preparazione e svolgimento del progetto

Tipo di attività	Tempo
Formazione	16 ore
Formulazione e organizzazione progetto "Vivere in salute, Educare al benessere"	8 ore
Incontri preparatori per incontri di gruppo famiglie	6 ore
Incontri di gruppo	4 ore

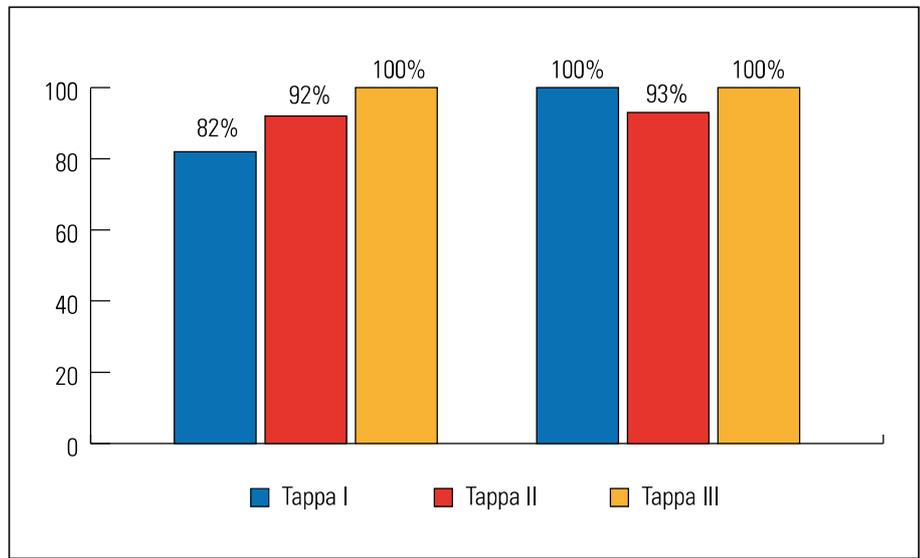


Figura 1. Esito del questionario somministrato ai genitori, relativo alla loro valutazione di gradimento dei due incontri di gruppo (2014).

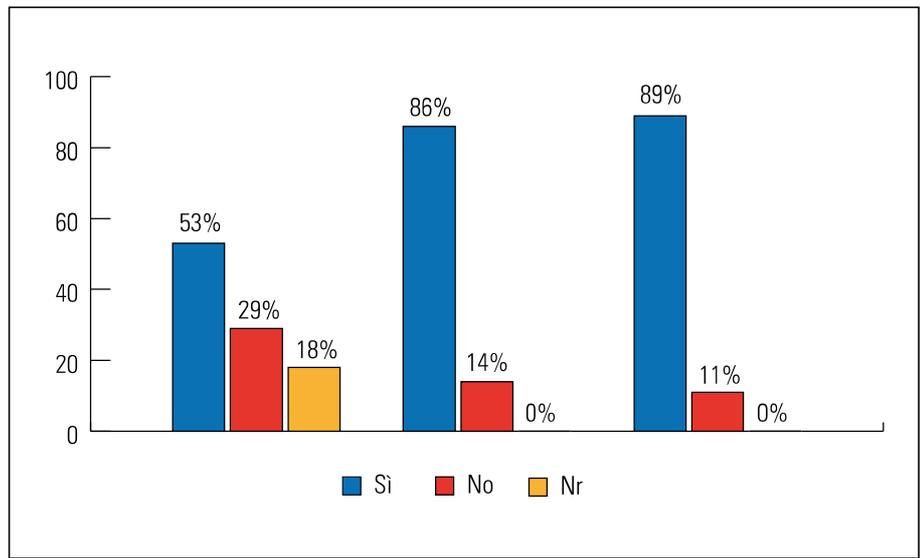


Figura 2. Disponibilità dei genitori, partecipanti agli incontri, sviluppati nelle tre sedi della Valle, a organizzare la giornata di movimento con gli operatori sanitari.

cibi senza oli vegetali, come scegliere gli alimenti, offrire frutta e verdura a bambini e adolescenti, gestire le conflittualità a tavola soprattutto con gli adolescenti, organizzare il movimento, definire un'adeguata quantità di cibo per ciascun bambino/adolescente. Il 63% ha richiesto altri incontri. Per il 2015 le tematiche da approfondire sono state quelle sul rapporto dell'adolescente con il cibo e le intolleranze alimentari; solo il 45% ha richiesto altri incontri.

Risultati del progetto clinico 2014

I 45 bambini arruolati nel 2014 dopo 10 ± 4 mesi dall'avvio del progetto hanno presentato un calo del BMI z-score, della pressione arteriosa sistolica, del rapporto circonferenza vita/altezza (Tabella 1). I bambini con obesità severa si sono ridotti da 13 a 7 (-46%) (Figura 3). Solo in 6 casi il BMI z-score è aumentato più di 0,1. Dividendo il campione per sesso ed età, si è evidenziato che il BMI z-score si è ridotto nei maschi e nei bambini di età inferiore ai 10 anni (in entrambi i sottogruppi -0,29), mentre è rimasto quasi stazionario nelle femmine e nei bambini di età superiore ai 10 anni (rispettivamente -0,10 e -0,03) (Tabelle 3, 4).

Discussione

I risultati dei dati antropometrici raccolti dai pediatri sono stati discussi con il formatore in una giornata di aggiornamento nell'aprile 2015.

Dalla discussione sono emersi:

- la positività dei risultati confrontati con quanto riportato dalla letteratura, pur ottenuto in progetti di ricerca [2] e non di vita reale;
- la possibilità di un ulteriore miglioramento dei risultati con una maggior cura nella raccolta dati (per esempio dati antropometrici con un decimale);
- l'aumento della competenza nei confronti del Counseling di Motivazione dei professionisti, che si impara facendo;
- il richiamo dei pazienti che non tornano spontaneamente in ambulatorio ai tempi previsti dal progetto;
- lo sviluppo di una maggior fiducia nel risultato nei professionisti e la loro capacità di restituire questa fiducia alle famiglie con il rinforzo positivo [13];
- la presa in cura di famiglie nuove, non già trattate con le procedure prescrittive dietetiche, senza attenzione alla derisione e quindi con già un'esperienza fallimentare alle spalle.

È stata inoltre valutata la possibilità di verificare l'efficacia del progetto su un campione più numeroso, con tempi di osservazione

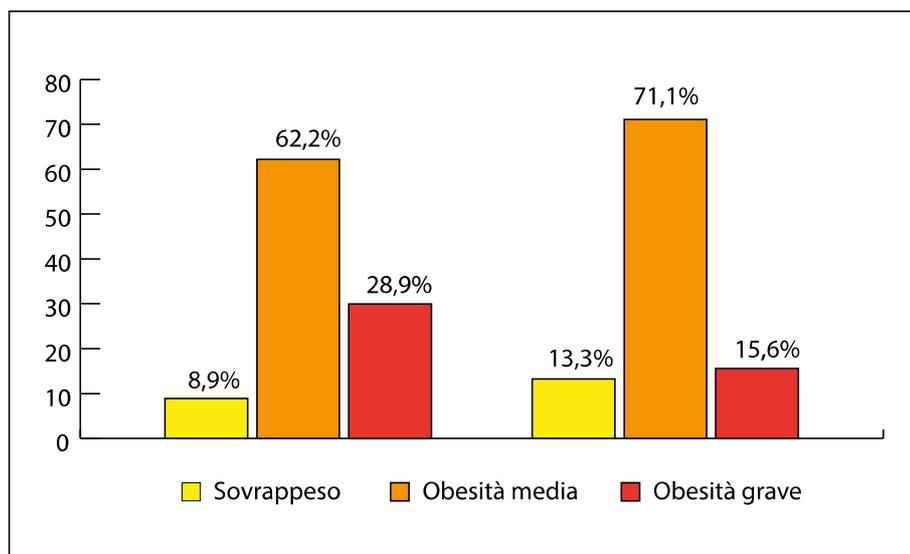


Figura 3. Cambiamento nella distribuzione percentuale dei 45 bambini nei 3 gradi di eccesso ponderale dall'avvio del progetto (Tempo 0) al termine (Tempo 1) dopo 10 ± 4 mesi.

di almeno 2 anni e coinvolgimento di bambini sotto i 6 anni d'età e con particolare attenzione alle femmine. L'avvicinarsi di pubertà e adolescenza rende infatti il percorso di cura più difficile e i risultati meno eclatanti [14].

In particolare, la presa in carico della famiglia del bambino/adolescente in sovrappeso/obesità ha consentito al pediatra di libera scelta una maggiore consapevolezza delle dinamiche relazionali della famiglia e del bambino sottese alla problematica del cibo e dello stile di vita, e quindi nuove possibilità di sostegno.

Limiti

I limiti dello studio sono molti, legati al tipo di patologia e al tipo di cura proposta. Manca un gruppo di controllo ma, come espresso dall'European Association for the Study of Obesity [15], la cura per l'obesità e i tempi per evidenziarne l'efficacia sono troppo lunghi perché sia etico tenere in attesa senza cure bambini che potrebbero beneficiarne.

Inoltre, formando tutti i PLS della Valle al nuovo approccio, non è stato possibile dividere bambini trattati e non, e un trattamento educativo non può essere somministrato in doppio cieco.

I risultati sono relativi solo a un piccolo numero di bambini, già presi in cura con percorso tradizionale, forse già esposti alla derisione sul peso, presente in ogni ambito persino nelle CP [16], e seguiti per soli 10 mesi. Infine la cura dell'obesità non ha come unico né principale effetto il calo del BMI z-score o degli indici di patologia metabolica, ma in questa prima fase non è stato possibile valutare altri indici di esito come la qualità della vita o il benessere psicologico dei bambini e delle famiglie [13]. Una criticità rilevante è stata la scarsa fiducia dei PLS nelle loro capacità nel curare l'obesità, cambiare approccio e avviare un cambiamento duraturo dello stile di vita delle famiglie. Questa sfiducia diffusa universalmente fra tutte le persone, compresi gli operatori sanitari, riduce l'autoefficacia e i risultati della cura. All'atto terapeutico

partecipano, infatti, sia il terapeuta che il paziente, e la sua buona riuscita dipende dalla coalizione e autoefficacia condivisa. Senza fiducia, inoltre, i sanitari spesso si rifugiano nello stigma sul peso nell'illusione che tale atteggiamento possa essere motivante, mentre invece allontana dalla cura. È auspicabile che i primi successi terapeutici possano modificare questi atteggiamenti.

Conclusioni

Il progetto "Vivere in salute, Educare al benessere", scelto e sostenuto dal responsabile della rete sanitaria della Valle Camonica, è stato accettato come sostenibile dagli operatori delle CP e ha interessato favorevolmente le famiglie; persino i suoi risultati preliminari sul BMI z-score sono buoni, anche se su numeri e tempi limitati e senza gruppo di controllo. Il progetto, con le piccole modifiche proposte, sta continuando l'arruolamento di nuove famiglie e il monitoraggio di quelle già in cura. I primi risultati, se confermati, potrebbero dimostrare che le CP, soprattutto se formate e sostenute dal II livello a un lavoro multiprofessionale in rete, possono realizzare il trattamento di una patologia difficile, per la quale si cercano ancora soluzioni validate efficaci e realizzabili nella pratica quotidiana [13, 17-19]. Certamente anche le azioni realizzate nel setting scolastico dalle Amministrazioni comunali con il coinvolgimento delle famiglie e della comunità intera sono un prerequisito per raggiungere l'obiettivo. Nel territorio della Valle Camonica molte sono le scuole che lavorano sulla merenda sana e il "piedi bus" (attivato dal 35% circa dei plessi del territorio). Continuare la sua realizzazione in rete potrebbe migliorare ulteriormente i risultati registrati e gli esiti di salute a distanza.

✉ tanaras.rita@tin.it

TABELLA 3. Cambiamento del BMI, BMI z-score, Pressione Sistolica (PAs) e Diastolica (PA_d) e rapporto vita/altezza (W/H) nei bambini trattati suddivisi secondo l'età (26 bambini < 10 anni e 19 ≥ 10 anni)

Età	BMI	BMI z-score	PAs	PA _d	W/H
<10 anni	-0,02 ± 1,8	-0,29 ± 0,4	-1,23 ± 8,2	0,69 ± 5,2	-0,03 ± 0,03
≥10 anni	1,01 ± 1,5	-0,03 ± 0,3	-1,74 ± 7,8	-1,63 ± 5,4	-0,01 ± 0,02

TABELLA 4. Cambiamento del BMI, BMI z-score e rapporto vita/altezza (W/H) nei bambini trattati suddivisi secondo il sesso (26 femmine e 19 maschi)

Sesso	BMI	BM z-score	W/H
Femmine	0,88 ± 1,7	-0,10 ± 0,33	-0,02 ± 0,03
Maschi	-0,23 ± 1,7	-0,29 ± 0,36	-0,02 ± 0,03

1. Lobstein T, Jackson-Leach R. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. *Pediatr Obes* 2016;11(5):321-5.
2. Sim LA, Lebow J, Wang Z, Koball A, Murad MH. Brief Primary Care Obesity Interventions: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2016;138(4 pii: e20160149).
3. Vallgård S. Ethics dilemmas of early detection of obesity. *Scand J Public Health* 2016;44(6):543-5.
4. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 2009;17:941-64.
5. WHO working group. World Health Organization, Regional Office for Europe. Therapeutic Patient Education. Continuing education programs for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Geneva, 1998.
6. Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Erickson, 2014.

7. Tanas R. Perle e Delfini. Latina: Edizioni Draw UP, 2016.
 8. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gili G. A family-based education program for obesity: a three-year study. BMC Pediatr 2007;7:33.
 9. Tanas R, Mazza F, Caggese G, Rossato E, Donach M, Marcolongo R. A Pilot Experience in the training of Healthcare Professionals to face the childhood obesity epidemic through family therapeutic education. OJPed 2013;3:165-76.
 10. Brambilla P, Giussani M, Nova A, Picca M, Sala E. Raccomandazioni per il Percorso Assistenziale al Bambino con Sovrappeso – Obesità. Manuale 2007. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww2.asl.bergamo.it%2Fportale%2Flibreria_medici.nsf%2F141344b7fa3ed89ac1256bc00052adfb%2F97acbf84347f3807c12572dd00440a2b%2F%24FILE%2F2%2520obesita%25202007.doc.
 11. Piano Integrato per la Promozione alla Salute ANNO 2014, Breno 05.02.2014. Pia-

no Promozione Sana Alimentazione Area Materno-Infantile, Percorso Condiviso Ospedale-Territorio per la Prevenzione dell'Obesità Infantile, pag 41-45. http://www.aslvallecamicasebino.it/files/documenti%20istituzionali/2014_allegato%20_ddp_Pil.pdf.
 12. Valerio E. Linee d'indirizzo per la Prevenzione della Malnutrizione. "Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione integrata ospedale-territorio del sovrappeso e dell'obesità in Lombardia" per il triennio 2008/2010. ASL MILANO, Dipartimento di Prevenzione Area Tecnico-Funzionale Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, UO di Igiene Nutrizione. http://www.asl.milano.it/user/download.aspx?FILE=OBJ00987.PDF&TIPO=FLE&NOME=SIAN_-_Linee_di_indirizzo_per_la_prevenzione_della.
 13. Armstrong SC, Skinner AC. Defining "Success" in Childhood Obesity Interventions in Primary Care. Pediatrics 2016 Oct;138(4). pii: e20162497.
 14. Danielsson P, Svensson V, Kowalski J, Nyberg G, Ekblom O, Marcus C. Importance of age for 3-year continuous behavioral obesity

treatment success and dropout rate. Obes Facts 2012;5:34-44.
 15. Holm JC, Nowicka P, Farpour-Lambert NJ, et al. The ethics of childhood obesity treatment – from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of European Association for the Study of Obesity (EASO). Obes Facts 2014;7:274-81.
 16. Khandalavala BN, Rojanala A, Geske JA, Koran-Scholl JB, Guck TP. Obesity bias in primary care providers. Fam Med 2014;46:532-5.
 17. Tanas R, Lera R, Caggese G. Un approccio integrato al bambino e all'adolescente che pesa troppo. Come definire un modello che contempli l'integrazione di diverse componenti per il bambino e l'adolescente che sono sovrappeso o obesi. Area Pediatrica 2014;15:33-42. http://sip.it/wp-content/uploads/2014/05/AP_151_GenMar14_pp23-42.pdf.
 18. Limauro R, Gallo P, Cioffi L, Farris E, Tanas R. La terapia del bambino sovrappeso e obeso nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia con l'Educazione Terapeutica Familiare: Follow-up di 3 anni. Medico e Bambino 2013;32:667-8.



NOGRAZIE

Lettera di informazione periodica

Esce ogni due mesi circa; contiene le notizie più significative già pubblicate sul sito www.nograzie.eu e su facebook <https://facebook.com/pages/NoGraziePagolo/180764791950999>

LETTERA N. 45 – FEBBRAIO 2017

Berlino, 15-17 Settembre 2017
 Global No Free Lunch Conference/Seminar

How do conflicts of interest in healthcare hinder the human right to the highest attainable standard of health

Sarebbe bello se a questa prima conferenza internazionale dei gruppi No Free Lunch partecipasse una (magari folta) delegazione di NoGrazie. Il programma preliminare prevede la partecipazione di gruppi provenienti da tutto il mondo: Germania, Olanda, Australia, India, Cile, Brasile, Sudafrica, ecc. Vi saranno relazioni sulle esperienze nei vari paesi, dibattiti su temi comuni, gruppi di lavoro per costruire strumenti utili a tutti, ma anche canti e balli, oltre a momenti di convivialità con l'obiettivo di conoscerci meglio. Cercheremo anche di darci un'organizzazione sfruttando le potenzialità della rete. Non mancheranno discussioni e proposte su come diffondere le nostre idee e crescere sia numericamente sia in qualità ed efficacia delle azioni. Se pensate di partecipare, mettetevi in contatto con Adriano Cattaneo (adriano.cattaneo@gmail.com) e/o con Alice Fabbri (alealfab@gmail.com).

Indice

1. Lo studio 329	pag. 2
2. Pazienti, Big Pharma e conflitto di interessi	pag. 2
3. Quando medici e pazienti fanno gli interessi dell'industria	pag. 4
4. Conflitti d'interesse non finanziari: arma di distrazione di massa	pag. 5
5. Pfizer Canada lancia la sua carta fedeltà	pag. 6
6. Società Canadese di Pediatria: i rapporti con l'industria	pag. 7
7. L'Emilia Romagna regola l'attività degli informatori farmaceutici	pag. 8
8. Automobili a gasolio: le città soffocano ma i governi prendono tempo	pag. 10