

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 dicembre 2024, n. 1860

Preso d'atto della Deliberazione del Direttore Generale di A.Re.S.S. n. 185 del 04/10/2024 recante Approvazione del documento dal titolo "Proposta di gestione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'obesità in età evolutiva".

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- gli artt. 4, 5 e 6 della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 3261 del 28 luglio 1998;
- gli artt. 4 e 16 del D.lgs. n. 165 del 30.03.2001 e ss.mm.ii.;
- gli artt. 43 e 44 dello Statuto della Regione Puglia;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., recante l'Atto di Alta Organizzazione "M.A.I.A. 2.0";
- il Regolamento interno di questa Giunta;

VISTO il documento istruttorio del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, Sezione Strategie e Governo dell'offerta, Servizio Strategie e Governo dell'assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR" e dalla Sezione Promozione della Salute e del Benessere, Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria, concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti.

PRESO ATTO

- a) delle sottoscrizioni dei responsabili della struttura amministrativa competente, ai fini dell'attestazione della regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 8 delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374;
- b) della dichiarazione del Direttore di Dipartimento, in merito a eventuali osservazioni sulla proposta di deliberazione, ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii.;

Con voto favorevole espresso all'unanimità dei presenti e per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

DELIBERA

1. di prendere atto della Deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 185 del 04/10/2024 avente ad oggetto *Approvazione del documento dal titolo "Proposta di gestione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'obesità in età evolutiva"*, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con la quale è stata approvata la proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'obesità in età evolutiva, con la finalità di migliorare l'operatività di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico del bambino e dell'adolescente con problemi di peso, definendo gli obiettivi, i ruoli di ciascuno, gli ambiti e i tempi di intervento e i compiti dei singoli operatori, alla luce del "chronic care model";
2. di stabilire che le Direzioni Strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale diano tempestiva attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento;
3. di stabilire che le prestazioni rese in regime di ricovero o di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate, eventualmente coinvolte nella rete assistenziale, sono da intendersi ricomprese nei limiti del tetto di spesa assegnato;

4. di stabilire che le prestazioni di specialistica ambulatoriale siano a carico del Sistema Sanitario Regionale solo se espressamente ricomprese nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale;
5. di stabilire che le prestazioni di specialistica ambulatoriale, indipendentemente dal soggetto erogatore, siano soggette al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino nella misura prevista dalla normativa vigente in materia;
6. di rimandare alle disposizioni in materia di politiche del farmaco impartite dalla competente Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa;
7. di stabilire che il PDTA per l'obesità in età evolutiva potrà essere modificato con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
8. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici e ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

Il Segretario Generale della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Presa d'atto della deliberazione del Direttore Generale di A.Re.S.S. n. 185 del 04/10/2024 recante *Approvazione del documento dal titolo "Proposta di gestione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'obesità in età evolutiva"*.

Visti:

- la Legge n. 241/1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.Lgs. n. 165/2001 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e ss. mm. ii.;
- il D.Lgs. n. 33/2013 recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- la legge n. 190/2012 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015) e come da indicazioni contenute all'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille abitanti., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- il Decreto Ministeriale 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";
- la Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36 "Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.

502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

- la Legge Regionale 3 agosto 2006, n. 25 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1933 del 30/11/2016, a parziale modifica e integrazione delle D.G.R. n. 161/2016 e n. 265/2016, con cui è stata adottata la proposta di Regolamento di riordino della rete ospedaliera, recependo anche alcune delle indicazioni del Ministero della Salute e del Tavolo tecnico D.M. n. 70/2015;
- la L.R. Puglia n. 29/2017 recante "Istituzione dell'Agenda Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.)";
- la D.G.R. del 24 aprile 2018, n. 658 recante "Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali PDTA";
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n. 23, con il quale la Regione Puglia ha approvato il "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016/2017", dopo aver acquisito il parere favorevole da parte del Ministero della Salute;
- il Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14 recante: "Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1466 del 15/09/2021 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 688 dell'11 maggio 2022 ad oggetto "Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1974 del 07/12/2020, recante "Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1868 del 14/12/2022 avente ad oggetto "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022";

- la deliberazione di Giunta regionale n. 938 del 03/07/2023 del Registro delle Deliberazioni recante D.G.R. n. 302/2022 “Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio”. Revisione degli allegati;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024 recante “Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020”. Modifica DGR n. 919 de 03/07/2023 Allegato A – Distribuzione posti letto autorizzati all’esercizio”;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1384 del 03/10/2024 avente ad oggetto “Approvazione definitiva Regolamento Regionale “Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015– Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020””. Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024”;

Premesso che:

- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” recepito con Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015), di cui ai Regolamenti Regionali n. 23/2019 e n. 14/2020, avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera;
- lo stesso D.M. n. 70/2015 prevede altresì che per la definizione delle reti cliniche le Regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie;
- con L. R. Puglia n. 29/2017 è stata disposta l’istituzione dell’Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale (A.Re.S.S.), quale organismo tecnico-operativo e strumentale della Regione a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile e sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, contestualmente procedendo all’abrogazione della L. R. Puglia n. 24/2001 ed alla soppressione dell’Agenzia Regionale Sanitaria ivi prevista (A.Re.S.S.);

Considerato che:

- con Deliberazione di Giunta regionale n. 2198 del 22 dicembre 2021 è stato approvato il Piano Regionale della prevenzione 2021-2025 nel quale sono definiti le strategie, i programmi e gli interventi da attivare e realizzare nei prossimi anni per garantire salute ai cittadini e cittadine della Puglia e per contrastare e prevenire i problemi di salute più diffusi nella popolazione;
- all'interno del citato Piano viene previsto, nell'ambito del Programma Libero 12 - *Prevenzione Nutrizionale e tutela dei consumatori*, apposito obiettivo specifico relativo alla "predisposizione ed adozione del Percorso Preventivo, Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale (PPDTA) per il contrasto all'obesità pediatrica negli ambulatori di dietetica preventiva del SIAN";
- con D.D. n. 37/2023 è stata individuata la struttura di governance del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025, successivamente modificata con D.D. n. 132 del 01/06/2023, distinta per singoli Programmi con personale in servizio presso la regione e specialisti per materia;
- con D.D. n. 311 del 27/12/2022 sono stati costituiti Gruppi di Lavoro specifici per il Piano Regionale della Prevenzione al fine di supportare la Sezione Promozione della Salute e del Benessere nell'attuazione delle azioni/attività afferenti a diversi Programmi tra cui il Programma Libero 12

Atteso che:

- L'OMS definisce l'obesità come una patologia multifattoriale complessa collegata ad un rischio crescente per diverse malattie non trasmissibili, rappresentando il quarto fattore di rischio per le malattie non trasmissibili oltre che tra i principali determinanti di disabilità e mortalità (Who European Regional Obesity Report 2022);
- l'obesità rappresenta una sfida sempre più impegnativa, avendo raggiunto proporzioni epidemiche in Europa. Un bambino su tre, un adolescente su quattro e circa il 60% della popolazione adulta vive in condizioni di sovrappeso o obesità;
- l'aumentata prevalenza dell'obesità infantile e adolescenziale, con conseguente aumento del rischio di sviluppare altre malattie cronico-degenerative in età adulta (diabete mellito di tipo 2, infertilità, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, malattie ortopediche, malattie neoplastiche), si è imposta all'attenzione delle attività di prevenzione;

- per la Regione Puglia, i dati forniti da OKKio 2023 (Sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie 6-10 anni) evidenziano un chiaro trend geografico che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale in entrambi i generi. Prevalenze di obesità più elevate si osservano anche in famiglie in condizione socioeconomica più svantaggiata. In Regione Puglia i bambini con obesità (bambini obesi e gravemente obesi) rappresentano il 14,8% mentre il 21,1% risulta in sovrappeso;
- i dati forniti da HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) nel 2022 attestano una prevalenza di sovrappeso e obesità del 26,1% tra gli adolescenti di 11,13 e i 15 anni e del 21,6% tra gli adolescenti di 17 anni.
- la Regione Puglia, anche attraverso il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) dei Dipartimenti di Prevenzione, intende:
 - implementare strategie di intervento tese al contenimento della prevalenza dell'eccesso ponderale in età evolutiva
 - mettere gli individui in grado di esercitare un controllo attivo sulla propria salute (con engagement ed empowerment) e sui suoi determinanti condurre nella scelta autonoma di cibi sani e di un'alimentazione corretta ed equilibrata sin dall'infanzia, per rafforzare in tal modo la salute di comunità e contribuire a ridurre costi sanitari e sociali;
- si rende necessaria una gestione ed una governance adeguata per il conseguimento di un migliore livello di salute che sia indipendente dall'etnia, dal sesso, dall'età, dal grado di istruzione, dallo stato sociale o dalle disponibilità economiche.

Dato atto che:

- con la deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 185 del 04/10/2024 recante *Approvazione del documento dal titolo "Proposta di gestione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'obesità in età evolutiva"* (PDTA), di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, è stata approvata la proposta di PDTA di riferimento per l'obesità in età evolutiva, con la finalità di migliorare l'operatività di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico del bambino e dell'adolescente con problemi di peso, definendo gli obiettivi, i ruoli di ciascuno, gli ambiti e i tempi di intervento e i compiti dei singoli operatori, alla luce del "chronic care model";

- con D.D. n. 318 del 29/12/2022 la Sezione Promozione della Salute e del Benessere – Servizio Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria con il supporto tecnico scientifico del Gruppo di Lavoro PL 12 ha adottato il documento *Percorso Preventivo, Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale (PPDTA) per il contrasto all'obesità pediatrica negli ambulatori di dietetica preventiva del SIAN*;
- la proposta di PDTA, approvata con la succitata deliberazione ARESS, di cui all' Allegato A, parte integrale e sostanziale del presente provvedimento, ed il PPDTA approvato dalla Sezione Promozione della Salute e del Benessere si pongono gli obiettivi di:
 - diminuire la prevalenza di obesità e delle sue comorbilità in età pediatrica;
 - diffondere i principi di una alimentazione e stili di vita più “sani” nelle famiglie;
 - definire una Rete assistenziale di presa in carico dell'Obesità Pediatrica orientata all'efficacia, all'efficienza e all'attenzione ai bisogni “globali” (non solo clinici) dei pazienti, organizzata secondo livelli di intensità di cura diversificati e adeguati alla situazione clinica del singolo paziente;
 - garantire a tutti i bambini e adolescenti un percorso di prevenzione e cura basato su linee guida e obiettivi di salute condivisi e adottati da tutti i livelli della rete assistenziale;
 - predisporre un percorso formativo per creare professionisti in sintonia fra loro, capaci di lavorare con strumenti e obiettivi condivisi, e che abbiano avuto modo di sviluppare capacità professionali adeguate ai loro compiti.

Garanzie di riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

Esiti Valutazione di impatto di genere

L'impatto di genere stimato è: neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni, dirette/indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Tutto ciò premesso, al fine di procedere alla presa d'atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 185 del 04/10/2024 recante "Approvazione del documento dal titolo "Proposta di gestione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'obesità in età evolutiva", con la quale è stata approvata la proposta di PDTA di riferimento per l'obesità in età evolutiva, ai sensi dell'art. 4, lett. k) della L.R. 7/1997 si propone alla Giunta regionale:

1. di prendere atto della Deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 185 del 04/10/2024 avente ad oggetto *Approvazione del documento dal titolo "Proposta di gestione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'obesità in età evolutiva"*, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con la quale è stata approvata la proposta di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per l'obesità in età evolutiva, con la finalità di migliorare l'operatività di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico del bambino e dell'adolescente con problemi di peso, definendo gli obiettivi, i ruoli di ciascuno, gli ambiti e i tempi di intervento e i compiti dei singoli operatori, alla luce del "chronic care model";
2. di stabilire che le Direzioni Strategiche delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale diano tempestiva attuazione di quanto previsto dal presente provvedimento;
3. di stabilire che le prestazioni rese in regime di ricovero o di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate, eventualmente coinvolte nella rete assistenziale, sono da intendersi ricomprese nei limiti del tetto di spesa assegnato;

4. di stabilire che le prestazioni di specialistica ambulatoriale siano a carico del Sistema Sanitario Regionale solo se espressamente ricomprese nel nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale;
5. di stabilire che le prestazioni di specialistica ambulatoriale, indipendentemente dal soggetto erogatore, siano soggette al pagamento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino nella misura prevista dalla normativa vigente in materia;
6. di rimandare alle disposizioni in materia di politiche del farmaco impartite dalla competente Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa;
7. di stabilire che il PDTA per l'obesità in età evolutiva potrà essere modificato con atto dirigenziale da parte della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;
8. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al Direttore Generale dell'A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati, agli Enti Ecclesiastici e ai Ministeri affiancanti (MINSAL e MEF);
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, ai sensi della L.R. 18/2023.

I sottoscritti attestano la regolarità amministrativa dell'attività istruttoria e della proposta, ai sensi dell'art. 6, co. 3, lett. da a) ad e) delle Linee guida sul "Sistema dei controlli interni nella Regione Puglia", adottate con D.G.R. 23 luglio 2019, n. 1374.


IL RESPONSABILE E.Q. "Nuovo Sistema di Garanzia ed Attività di Monitoraggio":

Nicola GIRARDI

 Nicola Girardi
19.12.2024
18:28:38
GMT+02:00

La DIRIGENTE di Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR":

Antonella CAROLI

 Antonella Caroli
20.12.2024 14:30:28
GMT+01:00


Il DIRIGENTE di Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta":

Mauro NICASTRO

 Mauro Nicastro
20.12.2024
19:18:49
GMT+02:00


La Dirigente di Servizio "Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria"

Domenica CINQUEPALMI

 Domenica Cinquepalmi
21.12.2024 00:32:16
GMT+02:00

Il Dirigente di Sezione "Promozione della Salute e del Benessere"

Onofrio MONGELLI

 Onofrio Mongelli
21.12.2024 09:28:09
GMT+02:00

Il Direttore ai sensi degli artt. 18 e 20 del Decreto del Presidente della Giunta regionale 22 gennaio 2021, n. 22 e ss.mm.ii., NON RAVVISA osservazioni alla presente proposta di DGR.

Il DIRETTORE di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO

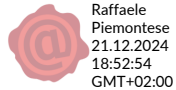


Il Vicepresidente della Giunta Regionale con delega alla Sanità e Benessere Animale, Sport per Tutti, ai sensi del vigente Regolamento della Giunta Regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Raffaele PIEMONTESE



Allegato A

CIFRA: SGO/DEL/2024/00106

Deliberazione del Direttore Generale di A.Re.S.S. n. 185 del 04/10/2024 Approvazione del documento dal titolo "Proposta di gestione di un Percorso Diagnostico Terapeutico assistenziale per l'obesità in età evolutiva".



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n.	Data di adozione
185	04/10/2024

Struttura proponente: AREA INNOVAZIONE DI SISTEMA E QUALITA'

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DAL TITOLO “PROPOSTA DI GESTIONE DI UN PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER L’OBESITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA”

L'anno 2024 il giorno 04 del mese di Ottobre in Bari, nella sede della Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (ARESS),

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la L. 241/1990, recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e ss.mm.ii.;

VISTO il D. Lgs. n. 165/2001, recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

VISTA la L. 190/2012, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;

VISTO il D. Lgs. 33/2013, recante “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;

VISTA la Legge Regionale n. 29 del 24/07/2017, recante “Istituzione dell’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (ARESS)” e ss.mm.ii.;

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n. 95 del 14/04/2022 con la quale si è proceduto al conferimento dell’incarico di direttore di Struttura Complessa dell’Area di Direzione Amministrativa, ai sensi dell’art. 71 comma 10 del CCNL Area Funzioni Locali- dirigenza PTA – 2016-2018, al dott. Francesco Fera;

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n. 121 del 09/05/2022 avente ad oggetto “Presenza d’atto della D.G.R. 558 del 20.04.2022. Attuazione dell’art. 2 del decreto del Presidente della Giunta Regionale del 31/08/2016 (n. registro 542). Attuazione Modello MAIA. - Approvazione dell’Atto aziendale della dotazione organica dell’Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.). Revoca della D.G.R. n. 4/2017 e la rettifica della D.G.R. n. 2265/2017-Adozione nuovo atto aziendale giusta D.D.G. 253/2021”.

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n. 45 del 1/03/2024 recante “Presenza d’atto del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 50 del 8/02/2024 – L.R. n. 29 del 24 luglio 2017, art. 5 co. 4 – Nomina Direttore Generale dell’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (ARESS) così come rettificato e integrato dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 67 del 14/02/2024 – insediamento”.



Sulla base dell'istruttoria dell'Area Innovazione di Sistema e Qualità all'uopo incaricato dalla Direzione Generale

HA ADOTTATO

Il seguente provvedimento,
assiste con funzioni di segretario _____

PREMESSO CHE:

- Il D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- Con il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", recepito con Intesa della Conferenza Stato - Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015), prevedendo la necessità di articolare la rete ospedaliera attraverso reti per patologia;

ATTESO CHE:

- con L. R. Puglia n. 29/2017 è stata disposta l'istituzione dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale (A.Re.S.S.), quale organismo tecnico-operativo e strumentale della Regione a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile e sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, contestualmente procedendo all'abrogazione della L. R. Puglia n. 24/2001 ed alla soppressione dell'Agenzia Regionale Sanitaria ivi prevista (A.Re.S.);
- la L.R. n. 29/ 2017 prevede, all'art. 3 – Competenze, lett. c), *lo sviluppo e monitoraggio del sistema delle reti cliniche attraverso l'elaborazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che assicurino integrazione dei servizi (ospedale, territorio e domicilio) e la reale presa in carico dei bisogni dei pazienti;*
- l'A.Re.S.S. in ragione delle funzioni riconosciute e delle dotazioni strumentali per il governo assistenziale, ha assunto un ruolo strategico di indirizzo e supporto tecnico-scientifico verso l'attuazione di un piano sistemico di governo clinico regionale;
- l'A.Re.S.S. intende favorire iniziative rivolte all'incremento della cultura organizzativa nelle strutture sanitarie, in un'ottica di reale e concreta applicazione dei principi legati alla Clinical Governance, Reti Cliniche e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- l'Area Innovazione di Sistema e Qualità dell'A.Re.S.S si caratterizza per il costante impegno di garantire, nell'ambito della attività di supporto al processo di riorganizzazione della assistenza ospedaliera e di quella territoriale, la necessaria coerenza con le direttrici della programmazione strategica regionale secondo una logica di gestione per processi, a supporto del percorso di reingegnerizzazione della rete ospedaliera prevista nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali e, più di recente, nel Piano Regionale della Salute e nel Piano di Rientro, in coerenza con le previsioni normative nazionali ed in particolare quelle contenute nel Patto della Salute.
- L'Area Innovazione di Sistema e Qualità promuove, quindi, un approccio alla Clinical Governance centralizzato e finalizzato alla progettazione, funzionamento e monitoraggio delle reti cliniche e dei PDTA.
- L'A.Re.S.S. si caratterizza per la sua funzione pubblica e ha compiti di analisi della domanda,



valutazione della qualità dei servizi sanitari e implementazione di strumenti gestionali innovativi;

- L'Area Innovazione di Sistema e Qualità favorisce la partecipazione e l'aggregazione dei professionisti attorno a significative iniziative a garanzia di prestazioni appropriate, efficaci e centrate sul paziente, individuando quali ambiti principali di intervento l'implementazione di percorsi di cura e la valutazione della appropriatezza e sicurezza degli interventi considerati;

CONSIDERATO CHE

- L'OMS definisce l'obesità come una patologia multifattoriale complessa collegata ad un rischio crescente per diverse malattie non trasmissibili, rappresentando il quarto fattore di rischio per le malattie non trasmissibili oltre che tra i principali determinanti di disabilità e mortalità (*Who European Regional Obesity Report 2022*);
- L'obesità rappresenta una sfida sempre più impegnativa, avendo raggiunto proporzioni epidemiche in Europa. Un bambino su tre, un adolescente su quattro e circa il 60% della popolazione adulta vive in condizioni di sovrappeso o obesità;
- L'aumentata prevalenza dell'obesità infantile e adolescenziale, con conseguente aumento del rischio di sviluppare altre malattie cronico-degenerative in età adulta (diabete mellito di tipo 2, infertilità, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, malattie ortopediche, malattie neoplastiche), si è imposta all'attenzione delle attività di prevenzione;
- Per la Regione Puglia, i dati forniti da OKkio 2023 (Sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie 6-10 anni) evidenziano un chiaro trend geografico che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale in entrambi i generi. Prevalenze di obesità più elevate si osservano anche in famiglie in condizione socioeconomica più svantaggiata. In Regione Puglia i bambini con obesità rappresentano il 14,8% mentre il 21,1% risulta in sovrappeso.
- I dati forniti da HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) nel 2022 attestano una prevalenza di sovrappeso e obesità del 26,1% tra gli adolescenti di 11,13 e i 15 anni e del 21,6% tra gli adolescenti di 17 anni;

PRESO ATTO CHE

- con Deliberazione di Giunta regionale n. 2198 del 22 dicembre 2021 è stato approvato il Piano Regionale della prevenzione 2021-2025 nel quale sono definiti le strategie, i programmi e gli interventi da attivare e realizzare nei prossimi anni per garantire salute ai cittadini e cittadine della Puglia e per contrastare e prevenire i problemi di salute più diffusi nella popolazione.
- All'interno del citato Piano viene previsto apposito obiettivo specifico relativo alla "*adozione del Percorso Preventivo, Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale (PPDTA) per il contrasto all'obesità pediatrica negli ambulatori di dietetica preventiva del SIAN*";
- L'Area Innovazione di Sistema e Qualità ha svolto negli anni una attività di analisi e studio sull'obesità patologica e sull'obesità in età evolutiva, avvalendosi delle competenze di esperti e professionisti del S.S.R.;
- È stata redatta una proposta di PDTA di riferimento per l'obesità in età evolutiva, con la finalità di migliorare l'operatività di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico del bambino e dell'adolescente con problemi di peso, definendo gli obiettivi, i ruoli di ciascuno, gli ambiti e i tempi di intervento e i compiti dei singoli operatori, alla luce del "chronic care model".
- La proposta di PDTA si pone gli obiettivi di:
 1. diminuire la prevalenza di obesità e delle sue comorbilità in età pediatrica;



2. diffondere i principi di una alimentazione e stili di vita più “sani” nelle famiglie;
3. definire una Rete assistenziale di presa in carico dell’Obesità Pediatrica orientata all’efficacia, all’efficienza e all’attenzione ai bisogni “globali” (non solo clinici) dei pazienti, organizzata secondo livelli di intensità di cura diversificati e adeguati alla situazione clinica del singolo paziente;
4. garantire a tutti i bambini e adolescenti un percorso di prevenzione e cura basato su linee guida e obiettivi di salute condivisi e adottati da tutti i livelli della rete assistenziale.
5. predisporre un percorso formativo per creare professionisti in sintonia fra loro, capaci di lavorare con strumenti e obiettivi condivisi, e che abbiano avuto modo di sviluppare capacità professionali adeguate ai loro compiti.

RITENUTO DI dover approvare, per le ragioni in premessa, il documento dal titolo “*Proposta di gestione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l’obesità in età evolutiva*” (ALLEGATO)

DELIBERA

- di approvare la premessa, costituente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di approvare il documento dal titolo “*Proposta di gestione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l’obesità in età evolutiva*” (ALLEGATO);
- di trasmettere la presente delibera al Dipartimento Promozione Della Salute e Del Benessere Animale della Regione Puglia, che nell’ambito delle proprie prerogative può apportare le eventuali modifiche e/o integrazioni necessarie, prima di promuoverne l’adozione con atto deliberativo della Giunta Regionale;
- di attestare che i soggetti firmatari del presente atto non incorrono nelle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, ivi comprese situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali.

Il Presente provvedimento non essendo soggetto al controllo ex L.R. 29/17 è immediatamente esecutivo ai sensi di Legge. La presente deliberazione sarà pubblicata nel sito web di questa Agenzia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini della adozione dell’atto finale da parte del Direttore Generale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Estensore
Domenico Ferrante

Il Direttore
dell'Area Innovazione e Qualità
Ettore Attolini



Il Direttore Generale
Giovanni Migliore



ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento viene pubblicato sul sito WEB di questa Agenzia nel rispetto di quanto prescritto dalla Legge Regione Puglia n. 40/2007

Dal 04/10/2024

Bari, 04/10/2024

Il Segretario

 Antonia Povia
04.10.2024
12:29:40
GMT+02:00

Il presente documento informatico, destinato unicamente alla pubblicazione sull'Albo Pretorio on line, è conforme all'originale informatico ai sensi del D.Lvo n. 82/2005 e ss.mm.ii.
Il corrispondente documento, firmato digitalmente dai rispettivi sottoscrittori, è disponibile agli atti di questa amministrazione.



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

**PROPOSTA DI GESTIONE DI UN PERCORSO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER L'OBESITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA**



**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

INDICE DI LAVORO

1. Dati Epidemiologici	Pag. 3
Premessa	Pag. 5
1.1 Finalità e Obiettivi	Pag. 6
1.2 Criteri di inclusione dei pazienti nel percorso terapeutico	Pag. 6
2. Campo di applicazione e responsabilità	Pag. 7
3. Descrizione del percorso	Pag. 7
4. Il Percorso Formativo	Pag. 13
5. Flow chart di sintesi del percorso	Pag. 14
5.1 Matrice degli snodi decisionali	Pag. 14
5.2 Matrice delle applicazioni e delle responsabilità	Pag. 16
6 Monitoraggio e indicatori per la valutazione dei risultati	Pag. 22
5.1 Indicatori di Esito	Pag. 22
5.2 Indicatori di Processo	Pag. 23
7. Riferimenti normativi, bibliografici e documentali	Pag. 30



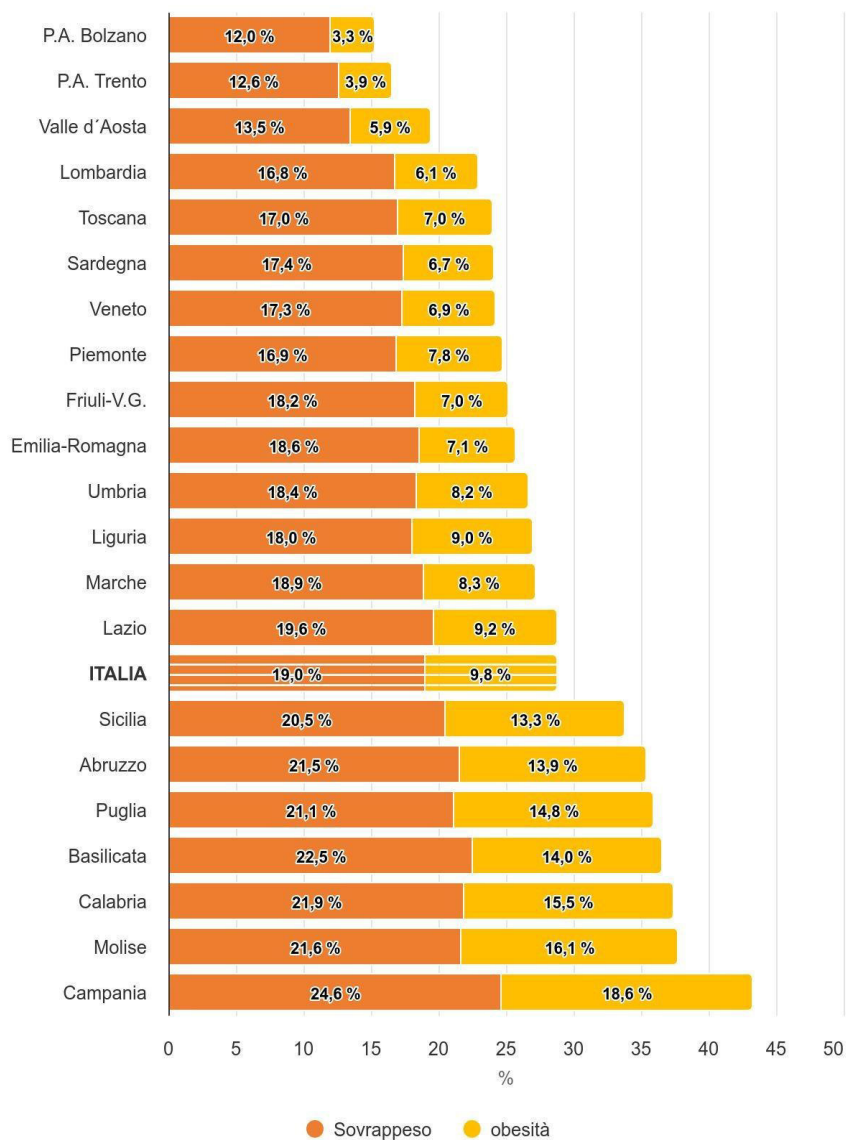
**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

DATI EPIDEMIOLOGICI REGIONE PUGLIA

OKKIO ALLA SALUTE 2023

Sovrappeso e obesità

OKKio alla SALUTE 2023



EpiCentro

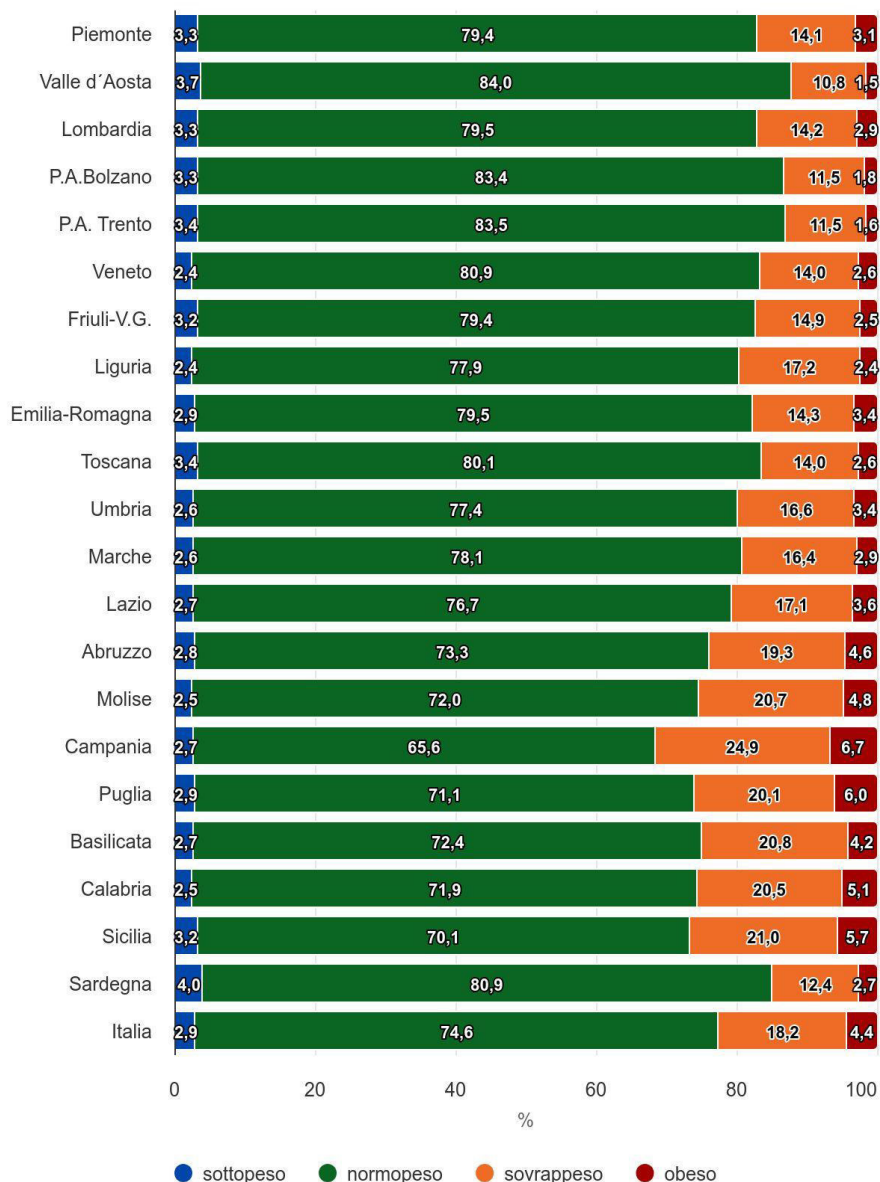


**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL AGED CHILDREN (HBSC) 2022 Adolescenti di 11, 13, 15 anni

Stato ponderale per Regione

11, 13 e 15 anni



EpiCentro



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

1. PREMESSA

L'obesità è una malattia che in età adulta comporta una serie di gravi complicanze che riducono l'aspettativa di vita.

Il rischio relativo di diventare un adulto obeso aumenta con l'età del bambino con obesità: 26 – 41% in età prescolare, 69% in età scolare e 83% in età adolescenziale e con la gravità dell'eccesso ponderale. Queste percentuali, correlate all'età 8-9 anni e 11, 13 e 15 anni, e ai dati ISTAT della popolazione pugliese 2016 – 2018, prevedono la *persistenza di obesità in età adulta per circa 14.702 bambini e adolescenti obesi*.

L'obesità già durante l'infanzia e l'adolescenza comporta complicanze metaboliche, cardiovascolari, epatiche, respiratorie, ortopediche e psicosociali, la cui gravità aumenta con la precocità dell'esordio e il grado di eccesso ponderale.

La Terapia dei soggetti con obesità, anche in età evolutiva, ha alta incidenza di rifiuto, non aderenza e abbandono precoce fin dai primi mesi di trattamento; anche se seguita adeguatamente, determina risultati ottimi, ma inferiori alle attese tradizionali di guarigione condivise da pazienti e professionisti.

Tutte queste considerazioni portano a definire l'obesità come una malattia cronica per la quale è necessario identificare un "chronic care model" e la mission, culturalmente pediatrica, di un intervento di prevenzione universale e mirata e di trattamento completo il più precoce possibile.

È possibile identificare **2 tipologie di interventi**:

1. La prevenzione universale, rivolta alla totalità della popolazione pediatrica, e quella **mirata**, rivolta ai gruppi con fattori di rischio (20), sono finalizzate a ridurre l'incidenza, cioè a evitare che i bambini normopeso/in sovrappeso diventino obesi.

2. Il Trattamento rivolto ai soggetti già affetti (bambini e adolescenti con obesità o in sovrappeso/obesità con comorbidità associate già presenti) con la finalità di ridurre il grado di obesità e lo sviluppo/peggioramento delle complicanze. Esso incide sui fattori di rischio della mortalità cardiovascolare e metabolica e quindi è finalizzato alla riduzione della mortalità precoce evitabile.

Obiettivo del trattamento è un miglioramento del benessere generale del paziente con una riduzione, se possibile, del suo BMI zscore. La letteratura raccomanda come segno di sicuro miglioramento del quadro cardio-metabolico un calo del BMI zscore di almeno 0,5, però tale riduzione non è raggiunta neppure da studi di ricerca. Pertanto si raccomanda di progettare obiettivi piccoli e subentranti per evitare il senso di fallimento, che fa perdere il percorso ai pazienti, ed evitare di sostenere un calo ponderale eccessivo o troppo veloce. Quando si rilevasse una riduzione del peso > 0,5 kg/settimana in bambini di 5 - 11 anni, o di 1kg/settimana in bambini >11 anni per varie settimane occorrerebbe rivalutare il paziente con lo psicologo.

Per la natura multifattoriale dell'obesità, per la sua variabilità in termini di gravità il trattamento dell'obesità infantile deve essere personalizzato, organizzato in rete, coinvolgendo anche le Scuole, e su più livelli assistenziali con diverse professionalità. Per tali motivi il trattamento richiede lo sviluppo di modalità organizzative specifiche dei servizi sanitari che devono configurarsi come servizi in rete, secondo i principi di integrazione, multidisciplinarietà ed interazione tra i diversi tipi di



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

intervento. In particolare, l'organizzazione di una rete di percorsi deve assicurare il monitoraggio la prevenzione e la presa in carico dei soggetti con obesità, tanto più efficace quanto più è precoce.

Per favorire l'adesione dei bambini e delle famiglie alle cure, riducendo lo stigma verso il peso e superando la scarsa consapevolezza dei genitori relativa al peso dei figli e alle conseguenze che tale peso avrà sulla loro salute si consiglia di evitare nomi che richiamino l'obesità nel definire i percorsi sia di I° ma soprattutto di II° e III Livello da attivare.(2)

1.1 FINALITÀ E OBIETTIVI

La finalità del presente documento è quella di fornire un dettagliato Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) di riferimento, che rappresenti uno strumento in grado di migliorare l'operatività di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico del bambino e dell'adolescente con problemi di peso, definendo gli obiettivi, i ruoli di ciascuno, gli ambiti e i tempi di intervento e i compiti dei singoli operatori, alla luce del "chronic care model".

Gli obiettivi del PDTA sono:

1. diminuire la prevalenza di obesità e delle sue comorbilità in età pediatrica;
2. diffondere i principi di una alimentazione e stili di vita più "sani" nelle famiglie;
3. definire una Rete assistenziale di presa in carico dell'Obesità Pediatrica orientata all'efficacia, all'efficienza e all'attenzione ai bisogni "globali" (non solo clinici) dei pazienti, organizzata secondo livelli di intensità di cura diversificati e adeguati alla situazione clinica del singolo paziente;
4. garantire a tutti i bambini e adolescenti un percorso di prevenzione e cura basato su linee guida e obiettivi di salute condivisi e adottati da tutti i livelli della rete assistenziale.
5. predisporre un percorso formativo per creare professionisti in sintonia fra loro, capaci di lavorare con strumenti e obiettivi condivisi, e che abbiano avuto modo di sviluppare capacità professionali adeguate ai loro compiti.

1.2 CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI NEL PERCORSO TERAPEUTICO

Mentre la prevenzione universale va offerta a tutti i bambini e quella mirata ai bambini con fattori di rischio, nel percorso terapeutico vengono inclusi bambini e adolescenti con diagnosi di Obesità secondo i seguenti criteri:

a. Definizione di sovrappeso e obesità

BMI		Grado di eccesso Ponderale	
z-score	Percentile	Età < 5 anni	Età > 5 anni
>/ 1 - < 2	>/ 85° - < 97,7°	Rischio sovrappeso	Sovrappeso
>/ 2 - < 3	>/ 97,7° - < 99,9°	Sovrappeso	Obesità
>/ 3	>/ 99,9°	Obesità	Obesità severa

(I riferimenti dei valori di zscore, del rapporto peso/lunghezza e del BMI sono riportati nell'Allegato 1.)



**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

b. Diagnosi differenziale tra obesità primitiva e secondaria

In una piccola percentuale di casi (circa 2-3%) l'obesità può riconoscere una causa secondaria, il cui riconoscimento precoce è fondamentale, poiché l'adeguato trattamento della patologia primitiva o la prevenzione mirata ed il trattamento precoce del bambino, che ne è portatore, possono consentirne il miglioramento clinico.

Principali cause di obesità secondaria:

• *Endocrine* • *Obesità monogeniche*: • *Obesità sindromiche* • *Cromosomiche* • *Patologie organiche del sistema nervoso centrale* • *Farmaci* **(4)**

2 CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITÀ'

Il PDTA prevede la sua applicazione in tutti i soggetti con obesità/sovrappeso in età pediatrica e nella fase di transizione, che giungono all'attenzione del Pediatra e/o degli altri specialisti coinvolti nel percorso. **(Allegato2)**

3. DESCRIZIONE DEL PERCORSO

Per la presa in carico del bambino con obesità abbiamo preso spunto dai PDTA nazionali, realizzati dalla S.I.E.D.P nel 2017, e li abbiamo aggiornati e adattati ad una rete assistenziale che tenga conto delle criticità e dei punti di forza del nostro territorio regionale.

Sono previsti 3 Livelli di intervento assistenziale per l'integrazione professionale e organizzativa tra *Pediatrati di Famiglia e Pediatrati ospedalieri, Psicologi e Nutrizionisti/Dietisti e/o Pediatrati del Consultorio Socio Sanitario.*

1. I Livello: il Pediatra di Famiglia

Il Pediatra di Famiglia rappresenta, per bambini/adolescenti e le loro famiglie coinvolti nel percorso dedicato all'obesità il decisore per ogni singolo caso; egli sceglierà fra percorsi di prevenzione e percorsi di terapia da sviluppare da solo o con collaborazione di altri specialisti del Team di II Livello e, se necessario, l'opportunità di un *invio* ai livelli di assistenza successivi, sempre facendosi mediatore tra le varie proposte di intervento e partecipando alle decisioni.

NELLO SPECIFICO I COMPITI del Pediatra di Libera Scelta (PLS) sono

1. Prevenzione Universale per tutti i bambini e *Mirata* per quelli con fattori di rischio **(2)** per contrastare la comparsa di sovrappeso e obesità attraverso la promozione di stili di vita salutari ed il loro monitoraggio antropometrico ai bilanci di salute.



**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

2. Presa in carico dei bambini con sovrappeso e obesità con

- *intervento di motivazione* e sostegno alla famiglia in un percorso di cambiamento dello stile di vita (dieta, attività fisica, sedentarietà) in grado di migliorare l'equilibrio tra spesa energetica e apporto calorico,
- *Monitoraggio antropometrico* dedicato di BMI, Circonferenza Vita e Pressione Arteriosa,
- *prescrizione e valutazione di esami di primo livello (tabella 1)* (Colesterolo totale HDL-C, LDL-C, Trigliceridi, Transaminasi, glicemia, insulinemia) per i bambini con obesità di età > 8 anni e loro ripetizione se alterati.

3. Il trattamento in casi selezionati (11), da realizzare con l'ausilio di una delle figure professionali del II livello, attraverso l'attivazione di una via preferenziale di accesso ad una consulenza ambulatoriale specialistica.

4. Invio al Team di II livello per bambini con obesità in cui l'intervento di I° Livello non ha prodotto un risultato apprezzabile entro 6 mesi.

5. Invio al III livello per bambini con sospetto di obesità secondaria, con obesità grave e/o con comorbidità significative, evidenziate clinicamente o dagli esami di primo livello (**Allegato 3**)

2. Il livello: Team Territoriale composto da Pediatra del Consultorio e/o Dietisti/Nutrizionisti, Psicologi, Sostenitori di Attività Motoria (Distretti Socio Sanitari)

Il Team di II Livello multidisciplinare prevede **Dietista/Nutrizionista, Psicologo, Fisioterapista** per realizzare un intervento multidisciplinare per il miglioramento dello stile di vita e per la stabilizzazione / riduzione dell'eccesso ponderale. (16). Esso riceve i bambini con obesità inviati dai *Pediatrati di Famiglia* e li segue attraverso un percorso che prevede vari incontri (circa 5 / I° anno) su temi nutrizionali, motori e comportamentali, adeguati all'età e alla gravità della patologia del soggetto al fine di migliorare le abitudini del paziente ed il suo stile di vita. E' importante che gli operatori sviluppino un approccio empatico verso il bambino e la famiglia con un percorso di formazione in *Educazione Terapeutica e Counseling*. **L'educazione terapeutica** utilizza come strumenti terapeutici l'ascolto empatico, la decolpevolizzare della famiglia e del ragazzo, il rinforzo dell'autostima e dell'autoefficacia per l'*empowerment* del paziente.

Gli Operatori del II livello dovranno, inoltre, accogliere e seguire bambini e adolescenti obesi, gestiti dal PLS, che seguono un percorso di terapia di I Livello e necessitano di una consulenza specialistica individuale e non necessitano o non hanno ancora accettato un percorso in team.

Il Team di II Livello deve

Inviare al III Livello i bambini che, per la complessità del quadro clinico emerso durante gli accertamenti (punto 13 della flow chart), richiedano approfondimenti diagnostici e/o interventi terapeutici erogati specificamente dal Centro Specializzato in Obesità Pediatrica e i bambini che non



**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

hanno ottenuto un risultato apprezzabile dopo almeno 6 mesi - 1 anno di intervento multidisciplinare.

Riaffidare il bambino al Pediatra di Famiglia se si è ridotta l'entità dell'eccesso ponderale e/o se sono regredite le eventuali comorbidità, prevedendo la possibilità di un follow-up presso il proprio ambulatorio.

Interagire con la Scuola attraverso sistemi epidemiologici di sorveglianza su obesità e sovrappeso, pattern nutrizionali e di attività fisica dei bambini di età 6-13 anni, **promuovere** progetti condivisi di prevenzione attraverso la formazione degli insegnanti delle scuole elementari e medie inferiori, degli operatori dei consultori familiari su allattamento al seno e comportamenti alimentari, interventi di educazione nutrizionale rivolte ai genitori e ai bambini. **Aumentare/migliorare** il tempo dedicato ad attività motorie all'interno delle scuole elementari e medie. **Incoraggiare** le scuole a offrire scelte alimentari salutari. **Esercitare** interventi di controllo sulle mense scolastiche e sulle palestre (S.I.A.N).

NELLO SPECIFICO I COMPITI delle singole figure del TEAM Distrettuale sono

Pediatra Consulitoriale

1. valutazione antropometrica, dello stato nutrizionale (quantificazione del grado di eccesso ponderale e della sua gravità) (allegato 1) e della distribuzione del grasso (rapporto circonferenza vita/statura, Pressione arteriosa) (allegato 1 bis).
2. Terapia centrata sulla famiglia, Educazione terapeutica del paziente e della sua famiglia, sostegno alla motivazione (16)
3. Screening con strumenti psicometrici dei bambini con obesità a rischio di Disturbi del Comportamento Alimentare (test BINGE EATING SCALE BES) Tali soggetti saranno avviati a consulenza psicologica.
4. Valutazione periodica degli esiti del percorso di cura

Dietista/Nutrizionista

1. Valutazione periodica antropometrica, dello stato nutrizionale (quantificazione del grado di eccesso ponderale) (allegato 1) e della distribuzione del grasso (rapporto circonferenza vita/statura, (allegato 1 bis).
2. Terapia centrata sulla famiglia, Educazione terapeutica del paziente e della sua famiglia, sostegno alla motivazione (16)
3. Valutazione e misurazione degli apporti alimentari e del comportamento alimentare, valutazione dell'attività fisica e delle attività sedentarie. L'obiettivo della valutazione non è far emergere gli errori per dare una soluzione standard, ma far nascere una consapevolezza della famiglia su cui



**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

costruire un progetto condiviso di cambiamento a piccole tappe. Il diario può fare emergere anche episodi di Fame emotiva e le loro caratteristiche (emozione scatenante, contesto ambientale, tipo e quantità di cibo consumato) e far nascere un percorso di cura condiviso da provare e rivalutare.

4. Costruzione di un piano di cambiamento dello stile di vita personalizzato e condiviso con il bambino e la famiglia, sostegno e valutazione periodici alla sua realizzazione.

Psicologo

1. Valutazione psicologica nei soggetti inviati dal I livello per sospetta comorbidità psicologica e nei soggetti risultati a rischio di disturbi del comportamento alimentare in base allo screening attivato dal pediatra del team. In caso di conferma di un Disturbo del Comportamento Alimentare invio del paziente al Centro di riferimento Provinciale (*Centro Per la Cura e la Ricerca Sui Disturbi Del Comportamento Alimentare Lecce*).

2. Sostegno motivazionale alle famiglie in cura

3. Valutazione e cura dei pazienti vittime di stigma e bullismo familiare e scolastico

4. Sostegno agli operatori del Team

3. III livello Centro Specializzato in Obesità Pediatrica.

Questo è un *servizio ospedaliero organizzato su base multidisciplinare e multiprofessionale*, in cui è prevista la presenza di un pediatra esperto in obesità, in collaborazione con dietista/nutrizionista e psicologo, adeguatamente formati, e un'equipe ospedaliera di specialisti formati all'obesità pediatrica (endocrinologo, cardiologo, gastroenterologo, otorinolaringoiatra, pneumologo, ortopedico, neurologo, neuropsichiatra infantile, fisiatra, fisioterapista/educatore motorio, medico dello sport, oculista e chirurgo esperto in chirurgia bariatrica).

Il III livello

- riceve i pazienti inviati dal Pediatra di Famiglia o dal Team di II livello e completa, ove indicato, l'inquadramento diagnostico del paziente con esami di laboratorio e strumentali e visite specialistiche (**Tabella 2**).
- svolge attività clinica ambulatoriale, di ricovero in regime di day hospital o ordinario, e di riabilitazione intensiva residenziale.
- svolge il coordinamento delle varie attività della rete sanitaria, dalla prevenzione alla organizzazione della formazione continua degli operatori di tutti i livelli e la promozione di attività di ricerca.
- rappresenta un "hub" della rete, provinciale piuttosto che regionale, in considerazione che un'eccessiva distanza o difficili collegamenti possono ostacolare l'adesione ed il completamento di percorsi di cura complessi e lunghi come quelli richiesti per i pazienti con obesità severa e le loro famiglie.

Il **III livello (19)** provvede a inquadrare e diagnosticare attraverso approfondimenti diagnostici, ematochimici, ormonali e strumentali e seguire le forme di obesità secondaria (monogeniche,



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

genetiche, endocrinologiche), prende in carico i pazienti affetti da obesità grave e dalle complicanze associate all'obesità (diabete, iperandrogenismi, PCOS, ipertensione secondaria, dislipidemia familiare e non).

Si avvale delle consulenze specialistiche per gestire le comorbidità gastrointestinali, respiratorie, ortopediche, fisiatriche, neurologiche (punto 15 della flow chart).

Effettua un Intervento terapeutico attraverso la:

- Impostazione di un percorso multidisciplinare–integrato da personalizzare individualmente
- Organizzazione di almeno cinque incontri nel primo anno di trattamento, con cadenza più ravvicinata nei primi tre-sei mesi (vedi allegato 3).
- Trattamento delle disabilità e delle comorbidità correlate all'obesità attraverso più interventi fra cui il trattamento dei disturbi psicopatologici concomitanti e dei disturbi dell'alimentazione associati. Dietoterapia ed assistenza al pasto, esercizio fisico individualizzato, fisioterapia, psicoterapia individuale e/o di gruppo. Utilizzo anche sperimentale di terapie farmacologiche per l'obesità severa nell'ambito di specifici protocolli.

Impostazione di un percorso multidisciplinare-integrato. L'interazione complessa tra società, famiglia e bambino/ragazzo nell'istaurarsi dell'obesità e le sue complicazioni rende estremamente difficile il successo terapeutico inteso come la normalizzazione del peso corporeo anche in età pediatrico-adolescenziale. Per tale motivo accanto ad interventi specifici di tipo esclusivamente dietetico e/o psicoterapico si propongono percorsi di cambiamento di alimentazione e stili di vita attraverso **l'intervento multidisciplinare** di professionalità diverse (medico nutrizionista, psicologo, dietista, fisiatra, sostenitore dell'AF ecc.). Il nuovo approccio deve mettere al centro il bambino e la sua famiglia, sostenerlo nel contesto in cui vive; i vari operatori devono mettere insieme le loro professionalità per motivare il piccolo paziente al cambiamento, per ottenere la collaborazione della sua famiglia, della scuola e dei pari per sviluppare il percorso dieto-terapico più adatto e affiancarlo in questo difficile cammino. Da questa esigenza di cambiamento con risultati stabili nel tempo, nasce il nostro progetto di un **percorso terapeutico di gruppo di coetanei** che condividano il problema sovrappeso, con cui sperimentare cambiamenti, **con la collaborazione della famiglia**, che partecipa ad incontri dedicati con gli operatori. La sfida terapeutica è spostare l'attenzione dalla responsabilità individuale alla messa in comune di vissuti, difficoltà, sperimentazioni, successi che possano cambiare l'atteggiamento del soggetto con obesità da passivo e oppresso da un problema insormontabile, a quello di attore protagonista di un cammino personalizzato, difficile ma percorribile.

Questo approccio terapeutico prevede:

Un incontro iniziale di arruolamento in cui il **Pediatra Nutrizionista** incontra il bambino obeso e la sua famiglia, effettua la prima visita con una valutazione anamnestica familiare, auxologica e clinica, anamnesi



**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

comportamentale prossima e remota. Egli inoltre seleziona, compone e arruola i pazienti in gruppi in base ad età (pre adolescenti/adolescenti), sesso, interessi comuni, definisce con i bambini una sorta di contratto terapeutico con un obiettivo possibile da raggiungere, e coordina l'intervento successivo del team di lavoro. Prescrive gli esami di I livello, da effettuare a domicilio, o *per quei bambini e/o ragazzi, che giungano alla visita con esami eseguiti che necessitano di ulteriori approfondimenti organizza un ricovero in regime di Day service per completarli ed programmare visite specialistiche per chiarire una sospetta obesità secondaria o la presenza di comorbidità gravi*. Prende visione degli esami, dei suggerimenti e della disponibilità della famiglia per concordare il giorno del primo incontro di gruppo con il Team (Nutrizionista e Psicologa).

Il primo incontro del gruppo occuperà una intera giornata, secondo il seguente schema:

- 1) ESAMI EMATOCHIMICI (da eseguire o da commentare se già eseguiti)
- 3) ANAMNESI ALIMENTARE e MOTORIA (con analisi del diario alimentare di 4-5 giorni)
- 4) PRANZO COMUNE DEI BAMBINI sotto l'osservazione del Team
- 5) INCONTRO DI GRUPPO DI GENITORI / BAMBINI CON LO PSICOLOGO

Nei successivi 7 incontri annuali (1 volta al mese per 4 mesi e poi a 6-9-12 mesi di trattamento):

- 1) VALUTAZIONE PEDIATRICA CLINICA – AUXOLOGICA (*allegato 3*)
- 2) INCONTRI DI GRUPPO E INDIVIDUALI CON LA DIETISTA (informazioni didattiche alimentari e comportamentali)
- 3) INCONTRO DI GRUPPO DEI GENITORI E DEGLI ADOLESCENTI CON LO PSICOLOGO (1/mese per 4 mesi)
- 4) CONTROLLO ESAMI EMATOCHIMICI ALTERATI (dopo 6 - 12 mesi) (*allegato3*)

Terapia chirurgia bariatrica Il III Livello seleziona e prepara all'intervento agli adolescenti resistenti a tutti gli altri trattamenti ed alle loro famiglie dopo averli seguiti con terapia comportamentale per almeno 12 mesi e aver valutato che abbiano raggiunto una completa maturità sessuale. Indicazioni:

- Presenza di complicanze dell'obesità potenzialmente letali e migliorabili con l'intervento.
- BMI ≥ 35 kg/m² ed almeno una comorbidità grave
- BMI ≥ 40 kg/m² con comorbidità minore tra cui OSAS lieve (AHI >5), ipertensione arteriosa, dislipidemia, ridotta tolleranza ai carboidrati.

Il III livello garantisce il percorso di cura e la valutazione che deve precedere in ogni caso l'eventuale chirurgia e segue il paziente anche dopo la chirurgia, in un percorso ad hoc che preveda continuità assistenziale e collaborazione con l'equipe chirurgica attraverso ambulatori condivisi.

Il III Livello è responsabile dell'**organizzazione della rete** assistenziale e della sua **formazione**, iniziale e poi del suo mantenimento, della valutazione periodica della realizzazione dei percorsi programmati e dei loro risultati e della loro modifica / adattamento.



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

4. IL PERCORSO FORMATIVO

La cura dell'obesità ha mostrato di essere difficile lunga e complessa. Non può essere realizzata senza programmare per tutti i professionisti coinvolti ai vari livelli una formazione adeguata da sviluppare insieme sia all'avvio del programma che dopo e da rinnovare periodicamente per mantenerla ad un buon livello.

L'approccio che compete ai Sanitari, sia per l'adulto e particolarmente per il bambino, infatti, non può limitarsi a fornire informazioni su nutrienti e corretti stili alimentari, percorso che si è dimostrato inadeguato nell'indurre efficaci modificazioni degli stili alimentari e di vita. Deve invece come previsto dalla Commissione Counselling della Società Italiana di Pediatria (SIP, 2015) *"trasferire informazioni scientifiche in maniera non paternalistica, puntando alla crescita dell'empowerment personale e sociale del bambino e della famiglia all'interno di una relazione sanitario-paziente-famiglia (approccio Patien and family centered care), fondata sul RISPETTO dell'altro, sviluppando una relazione di partnership e di aiuto"*.

Sviluppare tali competenze dev'essere parte costitutiva del PDTA sulla prevenzione e gestione dell'obesità. Esse devono essere possedute, almeno a livello base, dalla totalità dei Sanitari e richiedono la realizzazione di un percorso di formazione.

Il **percorso base** obbligatorio per tutti i sanitari coinvolti prevede 24 ore formative, realizzate secondo un approccio di didattica fortemente interattiva (brevi relazioni frontali sviluppate con lavori su schede, lavori di gruppo, role-play, videofilmati, ecc...), in grado di applicare il modello del counselling, per favorire un apprendimento esperienziale in grado di indurre cambiamento nei Sanitari.

Obiettivo didattico sarà fornire elementi di base del counselling utili alla costruzione di percorsi di partnership con bambino e famiglia per contrastare l'obesità e lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare e favorire stili di vita più salutari.

Contenuti:

I parte

- ✓ le parole e i loro limiti
- ✓ il processo di cambiamento ed il fallimento dell'informazione
- ✓ l'allagamento emozionale e l'analfabetismo funzionale
- ✓ il processo del counselling situazionale applicato a nutrizione e attività motoria
- ✓ la cura centrata sul paziente e la sua famiglia (PFCC)
- ✓ l'agenda del paziente e della famiglia
- ✓ la comunicazione non verbale
- ✓ Empatia ed ascolto
- ✓ la costruzione del colloquio ed il mantenimento della partnership
- ✓ le dinamiche assertive
- ✓ la crisi, il fallimento, il conflitto e resilienza

II parte

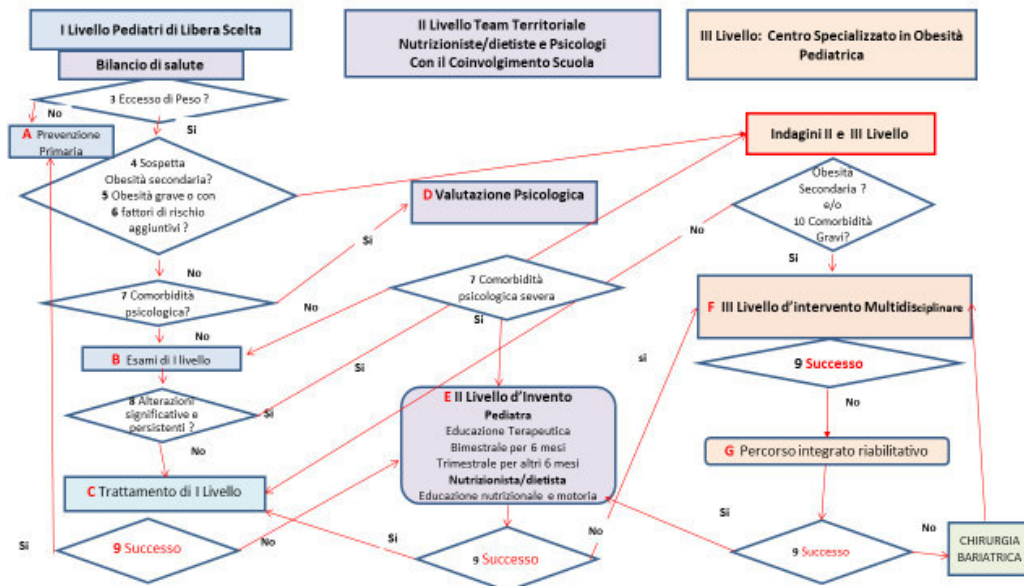
- ✓ Definire una strategia: le cinque mosse per affrontare l'obesità in pediatria
- ✓ comunicare la diagnosi: fare e comunicare la diagnosi e valutare l'andamento spontaneo del peso
- ✓ curare con l'educazione terapeutica del paziente.
- ✓ Conoscere, evitare in ambito sanitario e affrontare le esperienze di stigma sul peso
- ✓ Valutare la fase del cambiamento e adottare lo spirito del colloquio di motivazione.
- ✓ Condividere gli obiettivi possibili del percorso discuterli con le famiglie e valutare i risultati raggiunti
- ✓ Lavorare in rete in Team.



AReSS
Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale
Regione Puglia

PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

5. FLOW-CHART



NOTE ALLA FLOW-CHART:

Note dei rombi (3-10): vedi matrice degli snodi decisionali.

Note dei rettangoli (11-20): vedi matrice delle applicazioni e delle responsabilità

5.1 TABELLA 1 MATRICE DEGLI SNODI DECISIONALI:

QUESITO (rombi della flow-chart)	QUESITO (rombi della flow-chart)
3 Eccesso di peso?	<i>Fino a 24 mesi:</i> rapporto peso/lunghezza zscore >2 SDS: sovrappeso, >3 SDS: obesità, nelle curve WHO 2006. <i>Dai 2 ai 5 anni:</i> BMI zscore > 1 SDS: rischio di sovrappeso, > 2 SDS: sovrappeso, > 3 SDS: obesità, nelle curve WHO 2006. <i>Dopo i 5 anni:</i> BMI zscore > 1 SDS: sovrappeso, >2 SDS: obesità, > 3 SDS: obesità grave, nelle curve WHO 2007 (allegato)
4 Sospetta obesità secondaria?	1)Endocrina ,(ipotiroidismo, ipercorticosurrenalismo (sindrome e malattia di Cushing), deficit di GH, pseudoipoparatiroidismo, nesidioblastosi, insulinoma). Monogenia , mutazioni dei geni di leptina, recettore della leptina, pro-opiomelancortina, proormone convertasi 1, recettore della melanocortina. Sindromica , : Prader-Willi, Bardet-Biedl, Alström, Cohen, Carpenter, Borjeson-Forsman. Cromosomica , sindromi di Down, Klinefelter e Turner. Patologia organica del sistema nervoso centrale: alterazioni neuroendocrine insorte dopo traumi cranio-cerebrali o interventi di neurochirurgia, meningiti/encefaliti, tumori ipotalamo-ipofisari, craniofaringioma, sindrome di Rohhadnet. Iatrogena , corticosteroidi, valproato, risperidone, fenotiazine che inducono iperfagia, antipsicotici. Segni clinici più frequenti:

PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

	<p>1) esordio precoce nei primi mesi/anni di vita, prima dei 5 anni e/o rapida progressione (forme genetiche),</p> <p>2) aumento di peso continuo e/o rapido associato a velocità di crescita staturale ridotta o bassa statura,</p> <p>3) ritardo dello sviluppo cognitivo</p> <p>4) caratteristiche dismorfiche</p>
5 Obesità grave?	Dopo i 5 anni BMI z score >3 SDS nelle curve WHO 2007
6 Fattori di rischio?	<p>- Famiglia:</p> <p>Storia di evento cardio-vascolare maggiore (angina, infarto del miocardio, posizionamento percutaneo di stent coronarico o intervento di by-pass aorto-coronarico, attacco ischemico transitorio o ictus o morte precoce da cause cardiache, arteriopatia obliterante carotidea o periferica) in parenti di primo e secondo grado prima dei 55 anni, se maschi, e dei 65 anni, se femmine. Familiarità di I grado per diabete mellito tipo 2 o diabete gestazionale. Genitore con colesterolo > 240 mg/dl o dislipidemia nota. Gravidanza con Fumo, Gestosi del III° trimestre.</p> <p>- Bambino</p> <p>Etnia asiatica o africana</p> <p>Basso o alto peso alla nascita</p> <p>Eccessiva crescita nei primi 2 anni di vita</p> <p>Precoce adiposity rebound</p> <p>Patologie associate: diabete, ipertensione, patologia renale cronica, patologia cardiaca, storia di Kawasaki, patologia infiammatoria cronica, HIV, patologie ortopediche o disabilità motorie.</p> <p>Segni clinici: Achantosis nigricans, Rapporto Vita/Altezza > 0,5, segni di iperandrogenismo o irregolarità mestruali nella femmina.</p>
7 Comorbidità psicologica?	Quadro psicologico associato di sofferenza intensa o persistente e/o basso rendimento scolastico, ridotta socializzazione manifesta o riportata dal paziente o dalla famiglia (isolamento, somatizzazione, disturbi del sonno, interferenti con la frequenza scolastica).
8 Alterazioni agli esami? di profilo lipidico?	<p>Cholesterolia ≥ 200 mg/dl</p> <p>HbA1c >5,7 % (39 mmol/mol)</p> <p>Colesterolo totale ≥ 200 mg/dl</p> <p>HDL-C <40 mg/dl</p> <p>LDL-C ≥ 130 mg/dl</p> <p>Trigliceridi ≥ 100 mg/dl (fino a 9 anni); ≥ 130 mg/dl (dai 10 anni in poi)</p> <p>Transaminasi >cut-off di normalità del laboratorio</p> <p>Pressione arteriosa $\geq 95^{\circ}$ percentile per sesso, età ed altezza fino a 12 anni e >130/80 mm Hg se > 13 anni (vedi allegato 4), confermata in due occasioni successive.</p> <p>Ecografia epatica Iperecogenicità epatica.</p> <p>Epworth Sleepiness Scale-Children (ESS-C) Score >24 (vedi allegato 5)</p>
9 Successo terapeutico?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miglioramento del Benessere generale (Rendimento scolastico, numero amici, Qualità della Vita) 2. Riduzione/stabilizzazione del BMI zscore o del suo incremento annuo rispetto all'anno precedente (vedi allegato 6)
10 Comorbidità gravi?	Ipertensione con criterio per avviare terapia farmacologica (secondo linee guida AAP, Flynn JT et al 2017), diabete mellito, dislipidemia con criterio per avvio di terapia farmacologica (secondo linee guida AAP, 2011), steatosi epatica medio-grave, iperandrogenismo, sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, epifisiolisi, malattia di Blount, pseudotumor cerebrali, comorbidità psichiatrica



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

5.2 TABELLA 2 MATRICE DELLE APPLICAZIONI E DELLE RESPONSABILITÀ :

APPLICAZIONI (rettangoli flow-chart)	DESCRIZIONE	RESPONSABILE
I Livello		Pediatra di Famiglia
A Prevenzione Tempi Prevenzione Azioni	<p>Valutazione clinica ed antropometrica. 1° anno: 3-4 volte /anno 2° anno: 1-2 volte / anno; dopo il 2° anno: 1 volta / anno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allattamento al seno, possibilmente esclusivo per i primi sei mesi di vita e protratto il più a lungo possibile. - abolizione dell'uso del cibo come premio o castigo o per calmare stati di irrequietezza indipendenti dal bisogno di mangiare. - quantità adeguata di sonno (età 4-12 mesi: 12-16 ore; età 1-2 anni: 11-14 ore; età 3-5 anni: 10-13 ore; età 6-12 anni: 9-12 ore; età 13-18 anni: 8-10 ore). - consumo regolare di una adeguata colazione al mattino. - consumo del maggior numero possibile di pasti in famiglia, possibilmente assieme genitori e fratelli. - consumo limitato di alimenti ad alta densità calorica e di bevande dolci o dolcificate. - corretta frequenza di consumo degli alimenti secondo i principi della piramide alimentare. - attività fisica adeguata fin dalla nascita 1° anno più sessioni quotidiane di 5-15 minuti ,di giochi motori adeguati allo stato di sviluppo; 1 e 5 anni : almeno tre ore giornaliere di giochi favorenti le varie abilità motorie, divise in momenti di 10 -20'; dopo i 5 anni almeno 60' di attività fisica quotidiana, anche non continuativa, da moderata ad intensa, includendo attività ad alto impatto come danza, corsa o salto, (almeno tre volte alla settimana). - <i>riduzione della sedentarietà nei bambini:</i> < 2 anni sconsigliato l'uso della televisione e dei giochi elettronici; > 2 anni ridurre tutti i comportamenti sedentari in particolare ridurre a meno di 2 ore al giorno il tempo trascorso davanti ad uno schermo 	Pediatra di Famiglia
B Esami	Pressione arteriosa, Glicemia, HbA1c, Colesterolo totale, HDL-C, LDL-C, Trigliceridi, Transaminasi, Epworth Sleepiness Scale-Children	Pediatra di Famiglia
C Terapia Tempi Terapia Azioni	<p>4-5 incontri/anno seguiti da controlli annuali</p> <p>La Terapia nel I livello si basa sulla promozione degli stessi comportamenti sostenuti dalla prevenzione primaria. Ciò che la differenza è l'obiettivo, esplicitato e condiviso con la famiglia, di un miglioramento dell'andamento del BMI;</p>	Pediatra di Famiglia



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

	<p>implica un monitoraggio della crescita staturale-ponderale e una revisione degli obiettivi più frequenti, da concordare con la famiglia anche in base al livello di motivazione. Il bambino e la sua famiglia devono comunque essere rivalutati ad un intervallo inferiore a 3 mesi dall'intercettazione di sovrappeso od obesità e devono essere indirizzati al II livello di cura se, dopo un semestre, non si è verificato un cambiamento.</p>	
II Livello		
D Valutazione psicologica	<p>Valutazione dello stato psicologico, mediante l'utilizzo di strumenti psicodiagnostici generali o specifici per una sintomatologia e valutazione del rischio di disturbi del comportamento alimentare con l'ausilio di strumenti psicometrici</p>	Psicologo del II Livello
E Intervento Educazione terapeutica, educazione nutrizionale, laboratori del gusto, attività fisica adattata adeguati all'età	<p>Durata del percorso: 5 incontri / anno, i primi 3 a distanza di 2 mesi e i successivi a distanza di 3 mesi.</p> <p>Educazione Terapeutica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il colloquio di motivazione - Evitare etichette che suscitano Stigma - L'ascolto pro-attivo, non giudicante - La decolpevolizzazione, attribuire la colpa all'ambiente e alla malattia per ridurre la vergogna ed il blocco che ne consegue - La narrazione terapeutica: evocare la storia dei tentativi di cura precedenti carica di sensi di colpa e ripicche per ripensarla e permettere la nascita di una storia nuova, fatta da loro, con le loro esperienze precedenti rivalutate - Il rinforzo positivo dei piccoli risultati ottenuti sui comportamenti e sulla clinica (BMI, Circonferenza della Vita, acantosi nigricans, smagliature, valgismo) <p>Sviluppo di Temi Nutrizionali e Motori affrontati secondo l'età del gruppo. In particolare:</p> <p>Alimentazione calorie, piramide alimentare, principali nutrienti presenti negli alimenti, importanza delle fibre, lettura e interpretazione delle etichette alimentari; ruolo del movimento nel benessere, promozione del movimento nelle varie età del bambino</p> <p>Laboratorio del gusto per stimolare la curiosità e variare/introdurre più alimenti e più fibre nella dieta.</p> <p>Attività fisica focalizzata sul bambino obeso in base all'età: ripresa degli schemi motori di base: Camminare, correre, rotolare e strisciare, saltare, lanciare-afferrare-calcciare, arrampicarsi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo delle capacità coordinative e di quelle condizionali - Test posturali (per la mobilità del rachide e delle spalle) e test motori (es. salto in lungo da fermo). 	Team del II Livello



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

	<ul style="list-style-type: none"> - Psicomotricità ed esercizi di elasticità articolare e muscolare svolti in gruppo grazie ai circuiti e ai percorsi motori. - Exergames 	
III° Livello		
F Intervento multidisciplinare	<p>Pediatra esperto in Obesità Pediatrica: Incontro di arruolamento prevede: - la conoscenza del bambino obeso e della sua famiglia, la valutazione auxologica, l'anamnesi familiare, l'anamnesi alimentare prossima e remota.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La selezione e la suddivisione dei gruppi in base all'età, al sesso, ai comuni interessi, la definizione condivisa con i bambini di un obiettivo da raggiungere. <p>Secondo Incontro o incontro di conoscenza del gruppo prevede</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasto di gruppo - Il coordinamento del team di lavoro. - La partecipazione al pasto, condivisa e valutata in TEAM - Colloquio del bambino e dei genitori con gli altri componenti del team. <p>I successivi incontri con frequenza mensile, prevedono una valutazione auxologica, clinica (visita, misurazione della P.A) e commento dei risultati acquisiti con bambino e genitori.</p> <p>Dietista/Nutrizionista Incontro di arruolamento anamnesi alimentare e motoria del giorno precedente, anamnesi comportamentale consegna al bambino del diario alimentare e motorio di 4-5 giorni, o del contapassi, che compilerà e consegnerà nel successivo incontro di gruppo.</p> <p>Secondo incontro o incontro di conoscenza del gruppo</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pasto di gruppo</i>: momento molto importante che permette ai bambini di conoscersi e "formare" il gruppo e agli operatori di valutare i loro comportamenti, aiuta a rafforzare le indicazioni alimentari, e permette di iniziare l'educazione, stimolando nel bambino/ragazzo il desiderio di assaggiare pietanze che a casa vengono raramente consumate. - <i>Lettura Commento del diario alimentare</i> fornirà le prime indicazioni per migliorare le abitudini alimentari e fissare alcuni obiettivi. In tale occasione si mira a motivare il 	F Intervento multidisciplinare

PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

	<p>bambino e a stimolare la famiglia su alcuni aspetti dell'alimentazione e dello stile di vita che verranno discussi anche in gruppo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percorso di educazione alimentare. Questo comporta preliminarmente una valutazione delle abitudini alimentari della famiglia attraverso un'anamnesi alimentare accurata (composizione dei pasti, frequenza e modalità di assunzione dei cibi, preferenze alimentari, ecc), con particolare attenzione a condimenti, metodi di cottura e porzioni. E' utile la compilazione di un diario alimentare fatta dal paziente e/o dai genitori (o da chi accudisce il bambino) e valutato dal dietista/nutrizionista. - Obiettivi suddivisione dell'apporto calorico giornaliero in almeno 5 pasti nella giornata (3 pasti principali + 2 spuntini). - il consumo regolare di una colazione adeguata al mattino. - L'impiego di diete in generale, soprattutto se sbilanciate (iperproteiche, ipoglicidiche o fortemente ipocaloriche) è vivamente sconsigliato. - Le strategie consigliate per una riduzione degli apporti calorici possono essere quelle della limitazione o sostituzione di specifici alimenti ipercalorici con altri meno ricchi in calorie. - La quota proteica totale deve rispettare le raccomandazioni LARN per sesso, età e peso ideale per la statura. - E' opportuno che i carboidrati assunti coprano una quota non inferiore al 50% delle calorie totali, preferendo alimenti a basso indice glicemico (pasta, orzo e prodotti di tipo integrale, di cui si consiglia l'assunzione 2 volte/giorno; frutta e verdura di stagione non passata o frullata, di cui si consiglia l'assunzione di 5 porzioni/giorno legumi di cui si consiglia l'assunzione 3-4 volte/settimana) e limitando alimenti che associno un alto indice glicemico ad un elevato carico glicemico (pane, riso, patate, pizza, dolci, zucchero, succhi di frutta). - Percorso di sostegno all'Attività fisica: - Motivare i genitori a uno stile di vita più attivo. - Programmare la riduzione del tempo dedicato ad attività sedentarie, in particolare il tempo di video-esposizione (TV, computer, videogames) a meno di 2 ore/giorno. - Valutare il livello di attività fisica del bambino (diario dell'attività fisica, contapassi). - Promuovere il gioco attivo, possibilmente all'aria aperta e in gruppo. - Promuovere e realizzare almeno 60 minuti/giorno di attività fisica moderata/intensa in attività prevalentemente aerobiche e almeno 3 volte/settimana esercizi di flessibilità e di forza, soprattutto di braccia e tronco, adeguati all'età, allo stadio dello sviluppo e alle 	
--	--	--

	<p>capacità del bambino, in cui l'obiettivo principale non è la competizione, ma il divertimento e il benessere.</p> <p>Programma dei 6 incontri educativi:</p> <p>1° <i>La Fame Emotiva riconoscerla e curarla</i></p> <p>2° <i>La Piramide Alimentare, ruolo degli alimenti e dell'Attività Motoria</i></p> <p>3° <i>l'Apporto Calorico</i></p> <p>4° <i>La Spesa Energetica (Come bruciare le calorie)</i></p> <p>5° <i>Le regole in famiglia. Le regole per educare allo Stile di vita sano.</i></p> <p>Psicologo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontro di arruolamento per l'individuazione dei fattori di rischio associati all'obesità in età evolutiva, relativi al comportamento alimentare vero e proprio, agli atteggiamenti verso il cibo e alla presenza di disturbi affettivo-emotivi e/o della condotta, al fine di evitare l'aggravarsi del problema o nelle epoche successive a disturbi del comportamento alimentare. <p>Gli adolescenti vengono sottoposti a 2 tests : Binge eating scale ; EAT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasto di gruppo con il team - Incontri di Gruppo con i genitori da soli e poi con i figli. <p>Il binario nutrizionale e affettività o cibo ed emozioni è ormai acquisito nella nostra cultura e riconosciuto unanimemente dagli addetti ai lavori. E' patrimonio collettivo e condiviso, quindi, che il comportamento alimentare rappresenta una modalità comunicativa importante, che bisogna imparare a conoscere e a decodificare. Parlando di bambini obesi non si può fare a meno di interessarsi alla famiglia e alla genitorialità.</p> <p><u>obiettivi generali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Aumentare la consapevolezza nei genitori che il cibo ed il modo di rapportarsi ad esso, contiene in sé i presupposti di una comunicazione proiettiva, simbolica dei propri vissuti psichici. -Educare alle regole ed al rispetto di esse per controllare le emozioni e le pulsioni affettive. <p><u>obiettivi specifici:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -esplorare le proprie aspettative e bisogni rispetto ai figli -comunicare i vissuti legati alla genitorialità ed alle ansie ad essi connessi -apprendere modalità educative ed atteggiamenti efficaci per supportare i figli nel percorso dietetico. -Esprimere giudizi e pregiudizi rispetto all'immagine corporea propria ed altrui -Elaborare una maggiore capacità di ascolto e partecipazione. 	
--	---	--

	<p>Utenti: genitori e bambini in terapia per il trattamento dell'obesità.</p> <p>Si organizzeranno gruppi con un numero medio di 10 partecipanti (bambini e coppie dei relativi genitori). E' auspicabile la partecipazione della coppia parentale per attivare un proficuo scambio ed un efficace atteggiamento di cooperazione con il superamento delle dinamiche negative.</p> <p>Metodo di lavoro: Il metodo utilizzato sarà quello teorico-esperenziale. Partendo da provocazioni e stimoli studiati si giungerà, attraverso la partecipazione attiva dei genitori, a comporre consapevolmente delle linee educative produttive.</p> <p>Percorso: Il percorso si snoda in incontri diversi in base all'età: <i>Adolescenti</i> 2 incontri con i genitori, 1 con i figli separatamente e 1 insieme genitori e figli. <i>Preadolescenti</i> 4 incontri solo con i genitori sui seguenti temi: -Aspettative e bisogni: riflessioni sul ruolo e le competenze dei genitori. -Affettività e alimentazione: riflessioni sul crescere e sull'educare. -Emozionalità e alimentazione: riflessioni sulle modalità di gestione dei vissuti emotivi. -Genitori e figli: riflessioni sulla comunicazione in famiglia.</p> <p>Incontri per il contenimento delle ricadute Incontro di gruppo trimestrale nel primo anno</p>	
G Percorso integrato riabilitativo	<p><u>Alimentazione</u> L'intervento non differisce da quello dell'interventi di II livello. In casi selezionati e sotto stretto monitoraggio clinico, possono essere prescritte <i>diete a basso contenuto calorico</i>.</p> <p><u>Attività Fisica</u> Nel percorso riabilitativo, deve essere pianificato un programma di <u>attività fisica adattata</u>. La sua pianificazione deve essere preceduta da una valutazione della efficienza cardiorespiratoria diretta, attraverso test da sforzo, e indiretta con test del cammino. La stima della fitness cardiorespiratoria dovrebbe essere anche uno degli end-points del programma terapeutico riabilitativo, da valutare periodicamente. In caso di obesità grave o accompagnata da evidenti limitazioni motorie all'esame clinico, è indicata la valutazione fisiatrica per eventuale programma di riabilitazione fisioterapica.</p>	Team di III Livello



**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

6. MONITORAGGIO E INDICATORI PER LA VALUTAZIONE DEL RISULTATO

6.1 INDICATORI DI ESITO

INDICATORE	STANDARD	Tempi di verifica	Referente
Prevalenza di sovrappeso Regione Puglia Bambini di 8-9 anni 2016 : 7514 Sovrappeso: 16.990(22.5%) Obesità: 9.514 (12.6 %) Adolescenti 11-13-15 anni 2018 120.744 Obesità: 4.950 (4.1%)	Riduzione di almeno l'1% della prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini di 8-9 anni, nei dati OKkio alla Salute per il biennio di riferimento	3° anno	Team OKkio alla Salute
BMI z-score	<i>Riduzione del BMI zscore o del suo incremento/anno rispetto a quello degli anni precedenti</i>	3° anno	Per ogni Livello sui pazienti seguiti
Grasso addominale	<i>Miglioramento del Rapporto Vita/Altezza</i>		Pediatra di Famiglia Pediatra di II Livello Pediatra III Livello
Comportamenti disfunzionali Alimentari e Motori e Sedentarietà	<i>Diario Alimentare</i> <i>Diario attività Fisica Contapassi.</i> Miglioramento		Dietista/ Nutrizionista
Parametri di efficienza fisica	Miglioramento		Fisiatra
Qualità della vita	<i>PedsQL™</i> Miglioramento		Psicologo
Terapia Farmacologica	Numero dei pazienti selezionati per terapia farmacologica e seguiti		Pediatra di TEAM di III Livello
Chirurgia Bariatrica	Numero dei pazienti selezionati per l'intervento operati e seguiti dopo		Pediatra di TEAM di III Livello



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

6.2 INDICATORI DI PROCESSO

INDICATORE	STANDARD*	Tempi di verifica dopo la fine della formazione	Referente per la misurazione dell'indicatore
Percentuale di: -bambini/adolescenti messi in Prevenzione ai Bilanci di salute -Bambini in Sovrappeso /obesità in Terapia	90% 20%	3° anno	Pediatra di Famiglia I livello
Percentuale di bambini /adolescenti obesi afferenti al servizio di II livello <i>ASLLecce 10 Distretti</i>	20%	3° anno	Team II Livello
Percentuale di bambini /adolescenti obesi afferenti al servizio di III livello	3 %	3° anno	Team III Livello
Tempo medio di attesa fra invio da parte del Pediatra di Famiglia e primo accesso alla struttura di II livello	< 90 giorni	3° anno	Pediatra di Famiglia
Numero delle visite e degli incontri erogati c/o il II livello per ogni Distretto Numero di visite totali erogate dai 10 Distretti	120 bambini obesi 12 gruppi (10 /gruppo) 5 incontri/ gruppo 60 incontri 1200 visite	3° anno	Team di II livello
Percentuale di bambini che completano il percorso del <i>II livello</i>	>50%	3* anno	Team di II livello
Tempo medio di attesa dall'invio alla 1ª visita al III livello Numero Ricoveri in DS	<60 giorni 200 pari al 4.3% (obesi)	3° anno	Team di III livello
Percentuale di bambini che completano il percorso del <i>III livello</i>	> 50 %	3°anno	Team di III livello

* Gli standard prevedono un miglioramento rispetto alle diverse situazioni regionali



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

Allegato 1: Riferimenti dei percentili delle misure antropometriche (rapporto Peso/Lunghezza, BMI, circonferenza vita)

Il rapporto peso/lunghezza al di sotto dei 2 anni e il BMI a partire dai 2 anni sono considerati misure indirette di adiposità. Poiché in età evolutiva questi indici variano con l'età (per il fisiologico incremento di peso, lunghezza o statura e composizione corporea e differentemente nei due sessi), questi indicatori vanno interpretati usando i percentili o i valori espressi in z-score (utilizzando il software Growth Calculator della SIEDP).

Le tabelle WHO del rapporto Peso/Lunghezza contenenti i valori soglia dello zscore sono scaricabili ai seguenti link: <http://www.who.int/childgrowth/standards/WFL>

Le tabelle WHO del BMI contenenti i valori soglia dal 1° al 99° percentile sono scaricabili ai seguenti link: <http://www.who.int/childgrowth/standards/BMI>

5-19 anni, Femmine: http://www.who.int/growthref/bmifa_girls_5_19years_per.pdf?ua=1

5-19 anni, Maschi: http://www.who.int/growthref/bmifa_boys_5_19years_per.pdf?ua=1

La circonferenza vita è un indice di adiposità addominale correlato sia al BMI che ai fattori di rischio cardiometabolico. Il Metodo più pratico di misurazione e monitoraggio indiretto del grasso addominale è il rapporto **circonferenza minima della vita/statura (Waist to height ratio=WHtR) in cm** se $\geq 0,5$ (indipendentemente da età e sesso ed etnia) è indicativo di obesità centrale e associato a fattori di rischio cardiometabolico.

Allegato 2: Responsabilità dei professionisti

	Infermiere	Pediatra	Dietista Nutrionista	Psicologo	Cup	Consulenti
Prenotazione					X	
Spostamento appuntamento						
Accettazione Paziente	X	X				
Rilevazione parametri antropometrici	X		X			
Anamnesi ed esame obiettivo		X				
Valutazione dietologica			X			
Valutazione psicologica				X		
Esami prelievi	X					
Disponibilità telefonica	X	X	X	X		
Consulenze per insegnanti		X	X	X		
Tecniche comportamentali	X	X	X	X		
Consulenze specialistiche	X	X				X
Case management		X				



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

Allegato 3: Periodicità dei controlli clinici essenziali al II e III livello Numero minimo di controlli nel primo anno di trattamento, da modulare in base alla risposta clinica. Nei successivi 2 anni la frequenza sarà semestrale.

Data	T0	T1(1mese)	T2(2mese)	T3(3mese)	T4(4mese)	T5(6mese)	T6(9 mese)	T7(12mese)
Altezza cm	X			X		X	X	X
Peso Kg	X	X	X	X	X	X	X	X
BMI e Z score	X			X		X	X	X
Stadio Puberale	X			X		X		X
Circ.Vita cm	X			X		X		X
Circ. Vita/altezza	X			X		X		X
P.A. mmHg	X					X		X
Glicemia	X					X*		X**
Insulinemia	X					X*		X**
HBA1c	X					X*		X**
Colesterolo totale	X					X*		X**
HDL Colesterolo	X					X*		X**
LDL Colesterolo	X					X*		X**
Trigliceridi	X					X*		X**
ALT	X					X*		X**
AST	X					X*		X**
Gamma GT	X					X*		X**
Ecografia Epatica	X							X**
Epworth Sleepiness Scale-Children (ESS-C)	X					X*		X**
Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™)	X					X		X

*Se alterato al tempo 0 ** Se alterato al tempo 0 e/o se non c'è stato miglioramento del BMI



**PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia**

Allegato 4: Definizione delle categorie di pressione arteriosa

I percentili della pressione arteriosa per genere, età e statura sono reperibili da Flynn JT, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents.

TABLE 6 Screening BP Values Requiring Further Evaluation

Age, y	BP, mm Hg			
	Boys		Girls	
	Systolic	DBP	Systolic	DBP
1	98	52	98	54
2	100	55	101	58
3	101	58	102	60
4	102	60	103	62
5	103	63	104	64
6	105	66	105	67
7	106	68	106	68
8	107	69	107	69
9	107	70	108	71
10	108	72	109	72
11	110	74	111	74
12	113	75	114	75
≥13	120	80	120	80

Pediatrics 2017 Sep;140(3). pii: e20171904).

Allegato 5: Questionario Epworth Sleepiness Scale-Children (ESS-C) per la valutazione della sonnolenza diurna: questionario auto-somministrato composto da 8 domande, adattato per l'età pediatrica;

Che probabilità ha di appisolarsi o di addormentarsi nelle seguenti situazioni, indipendentemente dalla sensazione di stanchezza?

La domanda si riferisce alle usuali abitudini di vita nell'ultimo periodo. Qualora non si sia trovato di recente in alcune delle situazioni elencate sotto, provi ad immaginare come si sentirebbe.

Usi la seguente scala per scegliere il punteggio più adatto ad ogni situazione:

0 = non mi addormento mai
 1 = ho qualche probabilità di addormentarmi
 2 = ho una discreta probabilità di addormentarmi
 3 = ho un'alta probabilità di addormentarmi

Situazioni

1 Seduto mentre leggo

2 Guardando la TV

3 Seduto, inattivo in un luogo pubblico (a teatro, ad una conferenza)

4 Passeggero in automobile, per un'ora senza sosta

5 Sdraiato per riposare nel pomeriggio, quando ne ho l'occasione

6 Seduto mentre parlo con qualcuno

7 Seduto tranquillamente dopo pranzo, senza avere bevuto alcolici

8 In automobile, fermo per pochi minuti nel traffico

Somma

SCORE:

1 - 6 punti : Sonno normale ;

7 - 8 punti : Sonnolenza media;

9 - 24 punti: Sonnolenza anomali (eventualmente patologica)

(<http://epworthsleepinessscale.com/about-the-ess/>)



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

Allegato 6 Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™) versione 4 per la valutazione della qualità della vita in età pediatrica: questionario auto-somministrato composto da 23 items relativi ai seguenti domini: fisico; emozionale; sociale; scolastico. Da questi si ottengono: un punteggio generale (23 items); un punteggio relativo al funzionamento psicosociale(emozionale, sociale e scolastico)(15 items); un punteggio relativo al funzionamento fisico (8 items). Più elevato è il punteggio, maggiore è la qualità della vita percepita.<http://www.pedsq.org>

Esempio di PedsQL™ Generic Core Infant Scales (13-24 mesi) versione italiana.

In questo ULTIMO MESE, quanto è stato un problema per suo figlio/figlia:					
	Mai	Quasi Mai	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
FUNZIONAMENTO FISICO (è un problema?) Basso livello di energia	0	1	2	3	4
SINTOMI FISICI (è un problema?) Aria intestinale	0	1	2	3	4
FUNZIONAMENTO EMOTIVO (è un problema?) Sentirsi spaventato/a o impaurito/a	0	1	2	3	4
FUNZIONAMENTO SOCIALE (è un problema?) Non sorridere agli altri	0	1	2	3	4
FUNZIONAMENTO COGNITIVO (è un problema?) Non imitare le azioni fatte da chi lo/a accudisce	0	1	2	3	4



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

Allegato 7 BINGE EATING SCALE

Gormally, S. Black, S. Daston & D. Rardin, 1982

La **compilazione** di questo questionario deve essere effettuata mettendo una crocetta su quella affermazione che sembra più congeniale nel descrivere la propria condizione emotiva. Per ciascuno dei 16 gruppi di affermazioni è necessario porre la crocetta su una sola delle quattro possibilità.

Valutazione

Se il punteggio complessivo è inferiore a 17 la presenza di sintomi di binge eating è **IMPROBABILE**

Se il punteggio complessivo è compreso tra 17 e 27 la presenza di sintomi di binge eating è **POSSIBILE**

Se il punteggio complessivo è superiore a 27 la presenza di sintomi di binge eating è **PROBABILE**

Domanda 1

1. Non penso al mio peso e alle dimensioni del mio corpo quando sono con altre persone
2. Mi preoccupo del mio aspetto ma questo non mi rende insoddisfatta/o di me
3. Penso al mio aspetto e al mio peso e mi sento delusa/o da me stessa/o
4. Penso molto al mio peso e provo spesso forte vergogna e disgusto per me stessa/o. Perciò evito per quanto possibile di incontrare altre persone

Domanda 2

1. Non ho difficoltà a mangiare lentamente, seduta/o in maniera corretta
2. Mi mangiato eccessivamente
3. A volte mangio velocemente e dopo mi sento troppo piena/o
4. Di solito ingolgo il cibo quasi senza masticarlo e poi mi sento scoppiare perché ho mangiato troppo

Domanda 3

1. Quando voglio, sono capace di controllare i miei impulsi verso il cibo
2. Penso di avere minor controllo sul cibo rispetto alla maggior parte delle persone
3. Mi sento totalmente incapace di controllare i miei impulsi verso il cibo
4. Mi sento totalmente incapace di controllare il mio rapporto con l'alimentazione e cerco disperatamente di combattere i miei impulsi verso il cibo

Domanda 4

1. Non ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiata/o
2. Qualche volta mangio quando sono annoiata/o, ma spesso riesco a distrarmi e a non pensare al cibo
3. Spesso mangio quando sono annoiata/o, ma talvolta riesco a distrarmi e a non pensare al cibo
4. Ho l'abitudine di mangiare quando sono annoiata/o e niente riesce a farmi smettere

Domanda 5

1. Di solito, quando mangio qualcosa è perché ho fame
2. Talvolta mangio d'impulso, senza avere veramente fame
3. Mi capita spesso di mangiare per soddisfare una sensazione di fame anche se fisicamente non ho bisogno di cibo; in queste occasioni non riesco nemmeno a gustare quello che mangio
4. Anche se non ho fisicamente fame, avverto il bisogno di mettere qualcosa in bocca e mi sento soddisfatta/o solo quando riesco a riempirmi la bocca (per esempio con un pezzo di pane). Qualche volta, quando questo succede, risputo il cibo per non ingrassare

Domanda 6

1. Non mi sento per nulla in colpa, né provo odio per me stessa/o dopo aver mangiato troppo
2. A volte mi sento in colpa o provo odio per me stessa/o dopo aver mangiato troppo
3. Quasi sempre provo un forte senso di colpa o odio per me stessa/o se ho mangiato troppo

Domanda 7

1. Quando sono a dieta non perdo mai del tutto il controllo sul cibo, anche in momenti in cui mangio troppo
2. Quando sono a dieta e mangio un cibo proibito, sento che ormai ho trasgredito e mangio ancora di più
3. Quando sono a dieta e mangio più del dovuto mi dico spesso: "Ormai hai trasgredito, perché non vai fino in fondo?" Quando questo succede, mangio ancora di più
4. Mi metto regolarmente a dieta stretta, ma poi interrompo la dieta con un'abbuffata. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni

Domanda 8

1. È raro che io mangi così tanto da sentirmi sgradevolmente piena/o
2. Circa una volta al mese mangio così tanto da sentirmi sgradevolmente piena/o
3. Ci sono periodi regolari durante il mese in cui mangio grandi quantità di cibo, ai pasti o fuori dai pasti
4. Mangio così tanto che di solito, dopo aver mangiato, mi sento piuttosto male e ho nausea sembra di tranguagliare il cibo ma alla fine non mi sento sera

Domanda 9

1. La quantità di calorie che assumo è abbastanza costante nel tempo
2. Qualche volta, dopo aver mangiato troppo, cerco di mangiare pochissime calorie per compensare l'eccesso del pasto precedente.
3. Ho l'abitudine di mangiare troppo di sera. Di solito non ho fame la mattina e mangio troppo la sera 4. Da adulto ho avuto periodi di circa una settimana in cui mi sono imposto diete da fame, a seguito di periodi in cui avevo mangiato troppo. La mia vita è fatta di abbuffate e digiuni

Domanda 10

1. Di solito riesco a smettere di mangiare quando lo decido. So quando è ora di dire basta
2. A volte avverto un impulso a mangiare che non riesco a controllare
3. Spesso avverto impulsi a mangiare così forti che non riesco a vincerli, mentre altre volte riesco a controllarmi
4. Mi sento del tutto incapace di controllare i miei impulsi a mangiare. Ho paura di non farcela a smettere di mangiare con un atto di volontà

Domanda 11

1. Non ho problemi a smettere di mangiare quando mi sento piena/o
2. Di solito riesco a smettere di mangiare appena mi sento piena/o, ma talvolta mangio così tanto da sentirmi piena/o in modo sgradevole
3. Per me è un vero problema smettere di mangiare una volta che ho iniziato e di solito, alla fine, mi sento piena/o in modo sgradevole
4. Per me è un vero problema smettere di mangiare e qualche volta devo provocarmi il vomito per avere sollievo

Domanda 12

1. Quando sono con gli altri (Incontri familiari, occasioni sociali) mi sembra di mangiare come quando sono da sola/o
2. Quando sono con gli altri a volte non mangio quanto vorrei, perché sono consapevole dei miei problemi con il cibo
3. Quando sono con gli altri spesso mangio poco, perché mangiare di fronte ad altri mi imbarazza molto
4. Mi vergogno così tanto di mangiare troppo, che per farlo scelgo i momenti in cui nessuno mi vede. In effetti, mangio di nascosto

Domanda 13

1. Faccio tre pasti al giorno e occasionalmente uno spuntino
2. Faccio tre pasti al giorno e di solito anche degli spuntini
3. Quando faccio molti spuntini salto i pasti regolari
4. Ci sono periodi in cui mi sembra di mangiare continuamente, senza pasti regolari

Domanda 14

1. Non penso molto a controllare gli impulsi a mangiare che non vorrei avere
2. A volte la mia mente è occupata dal pensiero di come controllare l'impulso a mangiare
3. Spesso passo molto tempo pensando a quanto ho mangiato o a come fare per non mangiare
4. La mia mente è occupata per la maggior parte del tempo da pensieri sul mangiare. Mi sembra di essere continuamente in lotta per non mangiare

Domanda 15

1. Non penso molto al cibo
2. Mi capita di avere un forte desiderio di cibo, ma solo per brevi periodi di tempo
3. Ci sono giorni in cui non penso ad altro che al cibo
4. La maggior parte delle mie giornate è occupata da pensieri sul cibo. Mi sembra di vivere per mangiare

Domanda 16

1. Di solito so se sono affamata/o oppure no. Prendo la porzione giusta per saziarmi.
2. A volte non so bene se ho fisicamente fame oppure no. In questi momenti, mi è difficile capire quanto cibo ci vorrebbe per saziarmi.
3. Anche se sapessi quante calorie dovrei mangiare, non avrei un'idea chiara di quale sarebbe, per me, una normale quantità di cibo



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

Allegato 8: Successo terapeutico

Il successo terapeutico si valuta a breve (6 mesi) e a medio/lungo termine (1-3 anni):

OBIETTIVI A BREVE TERMINE	INDICATORE
Riduzione dell'eccesso ponderale	BMI z score stabile o in calo
Riduzione del grasso addominale	Riduzione del rapporto Circonferenza Vita/Altezza
Riduzione della pressione arteriosa	Percentile Pressione arteriosa (90-95°pc)
Miglioramento del comportamento alimentare	Diario alimentare
Miglioramento del comportamento motorio	Diario motorio, Contapassi
Miglioramento dei parametri metabolici alterati	Glicemia, HbA1c, Trigliceridi, Colesterolo, HDL-C, LDL-C, AST, ALT
Riduzione del grading della steatosi epatica	Ecografia epatica
Miglioramento della qualità della vita	PedsQL™
Riduzione di disturbi del sonno	EES-C
OBIETTIVI A MEDIO-LUNGO TERMINE	INDICATORE
Ulteriore riduzione dell'eccesso ponderale o mantenimento del risultato raggiunto	BMI z score stabile o in calo Rapporto Vita /Altezza migliorato
Normalizzazione della pressione arteriosa	Pressione arteriosa <90°percentile
Mantenimento di un adeguato comportamento alimentare	Diario alimentare
Mantenimento di adeguata attività motoria	Almeno 1 h di attività fisica al giorno
Normalizzazione dei parametri metabolici	Glicemia, HbA1c, Trigliceridi, Colesterolo, HDL-C, LDL-C, AST, ALT Regressione della steatosi all'Ecografia epatica
Miglioramento della qualità della vita	PedsQL™
Risoluzione di disturbi del sonno	EES-C (score < 10)



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

7. RIFERIMENTI NORMATIVI BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI

Riferimenti normativi

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 G.U. 4 giugno 2015, n.127.

Riferimenti bibliografici

1. Ambruzzi A. e Valerio G. "Sovrappeso e obesità nel bambino da 0 a 6 anni" J Medical books edizioni srl Viareggio (Lu) 2010 Istituto Scotti Bassani.
2. (Esdaile E, Hernandez E, Moores CJ, Vidgen HA. Enrolment of families with overweight children into a program aimed at reducing childhood obesity with and without a weight criterion: a natural experiment. *BMC Public Health*. 2019;19:756
3. American Academy of Pediatrics. Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents: Summary Report. *Pediatrics* 2011;128;S213.
4. Barlow SE and the Expert Committee. Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics*, 2007; 120: S164-S194.
5. Briscioli V, Bellesi MS, Benaglio I, Burracci A, Imperadori L, Caminada D, Corsi B, Faletti B, Fogazzi B, Marchese G, Minini P, Tironi E, Tomagra E, Viggiani D, Pastorelli C, Poetini G, Torri T, Poli S, Tanas R. Affrontare l'obesità nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia. *Quaderni ACP* 2017;24: 63-7
6. CONSENSUS SIP SIEDP Diagnosi, Trattamento e Prevenzione dell'obesità del Bambino e dell'adolescente Documento completo https://docs.sip.it/Consensus_Obesita_2017.pdf
7. Daniels SR, Hassink SG, Committee on Nutrition The Role of the Pediatrician in Primary Prevention of Obesity. *Pediatrics* 2015; 136; 275-292.
8. Ells LJ, Rees K, Brown T, et al. Interventions for treating children and adolescents with overweight and obesity: an overview of Cochrane reviews [published correction appears in *Int J Obes (Lond)*. 2019 Apr 2;:]. *Int J Obes (Lond)*. 2018;42(11):1823-1833. doi:10.1038/s41366-018-0230-y
9. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2017 Sep;140(3). pii: e20171904
10. Grugni G, Licenziati MR, Valerio G, Crinò A, Maffeis C, Tanas R, Morino GS. The rehabilitation of children and adolescents with severe or medically complicated obesity. An ISPED expert opinion document. *Eat Weight Dis* 2016 Sep 1.
11. 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 2013;32:667-8.
12. Marzuillo P, Miraglia Del Giudice E, Morandi A, Morino G, Moro B, Perrone L, Prodam F, Ricotti R, Santamaria F, Zito E, Tanas R. Health consequences of obesity in children and adolescents. *Minerva Pediatr*. 2014 ; 66:381-414.
13. Tanas R, Albertini A, Casarini T, Armari S, Bottazzi M. Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Bologna, Italy: 1974-2002. *Rivista Italiana di Medicina dell'Adolescenza* 2006;4:38-40.
14. Tanas R, Begoña G, Caggese G, Baggiani F, Valerio G, Corsello G. Professional Stigma on Weight in the Pediatric Care in Italy and Andalusia: Recognize it to Successfully Treat Obesity. *J Obes Ther* 2017;1:1.
15. Tanas R, Cupertino V, Gil B, Marsella M, De Luca G. Treating children obesity as a chronic disease: let us adopt the principles of therapeutic education and motivational interviews *Italian Journal of Pediatrics* 2018;44(Suppl 3):A85 pg40 <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-018-0581-y>
16. Tanas R, Lera R, Caggese G. Un approccio integrato al bambino e all'adolescente che pesa troppo Come definire un modello che contempra l'integrazione di diverse componenti per il bambino e l'adolescente che sono sovrappeso o obesi. *Area Pediatrica* 2014;15:33-42
17. Tanas R, Marcolongo R, Bonadiman L. Comments from the Laboratorio di Educazione Terapeutica di Padova (Padua Therapeutic Education Laboratory) "Green Paper" European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health. Plan 2007-2013 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/green_paper/nutritiongp_co064_en.pdf.



PDTA OBESITÀ ETÀ EVOLUTIVA
Regione Puglia

18. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. L'educazione terapeutica familiare nel trattamento dell'obesità. *Medico e Bambino* 2007;26:393-6.
19. 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;3:165-176
20. Tanas R, Pedretti S, Marcolongo R. Studio Pilota di terapia educativa Familiare "Ruolo della collaborazione fra specialisti e medici di famiglia. *Alimenti e Comportamenti* 2007;6:48-9.
21. Valerio G, Licenziati MR, Manco M, et al. Conseguenze dell'obesità sulla salute del bambino e dell'adolescente [Health consequences of obesity in children and adolescents]. *Minerva Pediatr.* 2014;66(5):381-414.
22. Valerio G, Licenziati MR, Tanas R, Morino G, Ambruzzi AM, Balsamo A, Brambilla P, Bruzzi P, Calcaterra V, Crinò A, De Falco R, Franzese A, Giordano U, Grugni G, Iaccarino Idelson P, Iughetti L, Maffeis C, Manco M, Miraglia Del Giudice E, Mozzillo E, Zito E, Bernasconi S. Management of children and adolescents with severe obesity. *Minerva Pediatr.* 2012;64:413-432.
23. 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(1):88. Published 2018 Jul 31. doi:10.1186/s13052-018-0525-6
24. Valerio G., Maffeis C., Morandi A., Corciulo N., Di Pietrantonio V., Di Pietro M., Fornari E., Grugni G., Iughetti L., Miraglia Del Giudice E., Morino G. S. Percorso Diagnostico terapeutico assistenziale Obesità pediatrica S.I.E.D.P. 26/02/2018

Riferimenti documentali

Regione Campania Assessorato alla Sanità, Settore Assistenza Sanitaria. Guida per la presa in carico del sovrappeso e dell'obesità nel bambino e nell'adolescente. DGR n°169 del 3/7/2009

Regione Emilia-Romagna Assessorato Politiche per la salute. Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso. DGR n. 2071/2010

Regione Lombardia ASL Lodi. Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi. Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale per la gestione integrata dei pazienti affetti da sovrappeso/obesità in età pediatrica. Revisione marzo 2012

Regione Veneto. Profilo integrato di cura dell'obesità pediatrica nella regione Veneto DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014

AA.VV. Standard Italiani per la Cura dell'Obesità S.I.O./A.D.I 2016-2017.

3. Campo di applicazione e responsabilità

Il PDTA prevede la sua applicazione in tutti i soggetti obesi/sovrappeso in età pediatrica e di transizione, così come stabilito nel paragrafo 1.2, che giungono all'attenzione del Pediatra e/o di uno degli altri specialisti coinvolti nel percorso.

Nell'allegato 2 sono descritte le responsabilità di tutti i professionisti del PDTA.

Il Dirigente della Sezione SGO

Mauro Nicastro



Mauro Nicastro
20.12.2024
19:18:49
GMT+02:00