

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Corso di formazione

Applicazione del modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso ed obeso

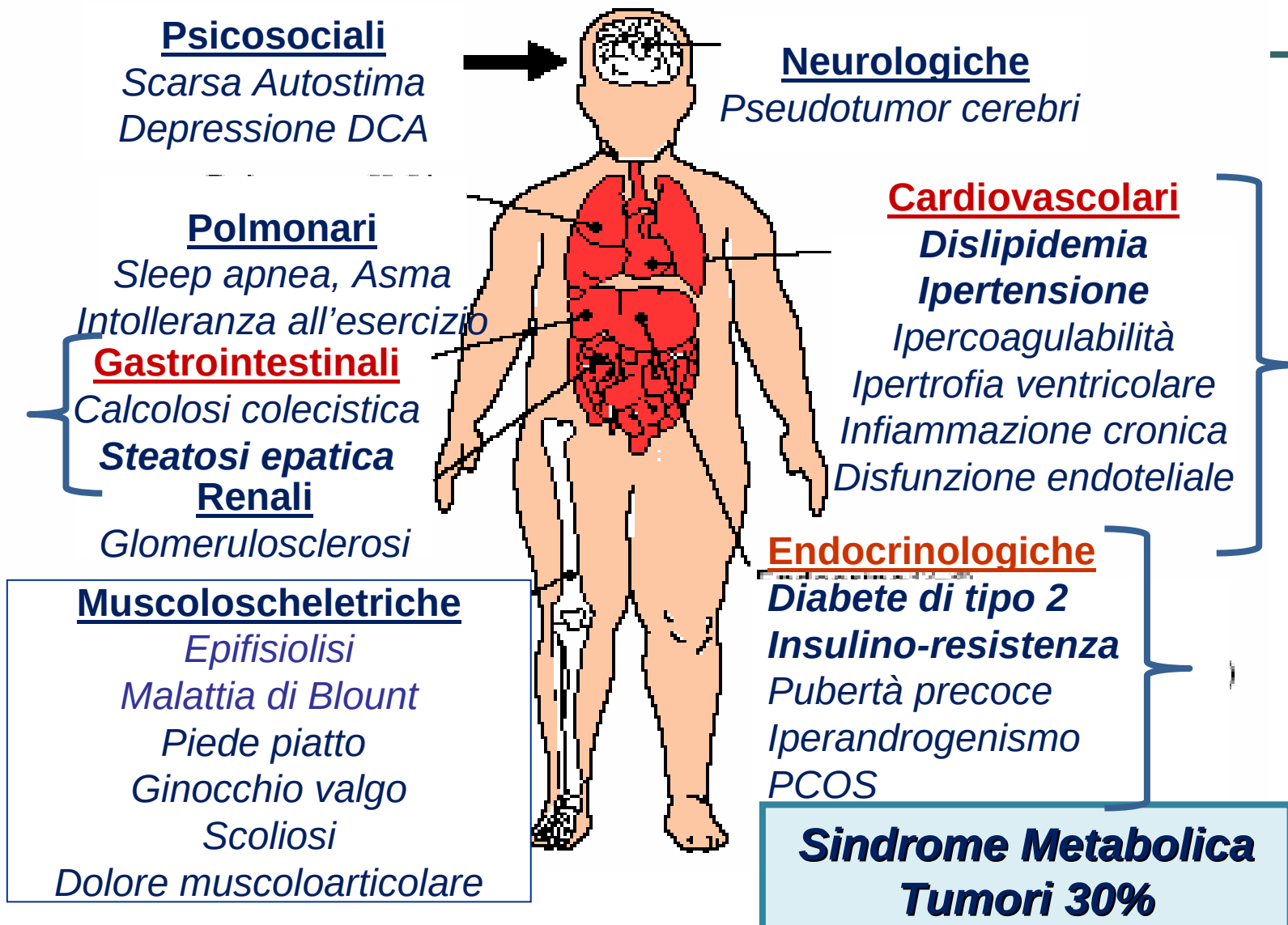
**Gli Interventi previsti dalla Regione Emilia-Romagna
per promuovere sani stili di vita e prevenire l'obesità
infantile**



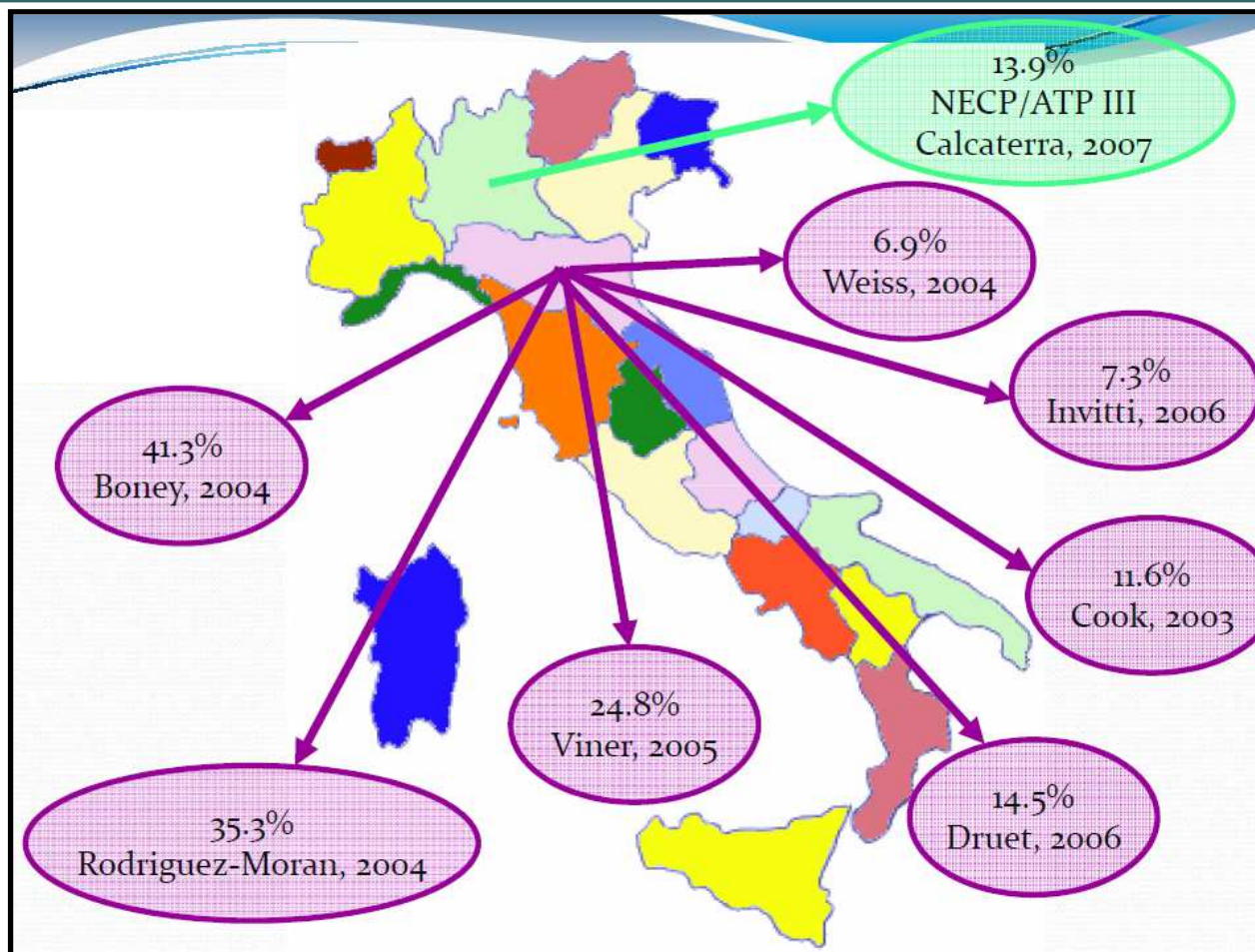
ME Street, S. Cesari, P. Lazzeroni, S. Merli, C.Sartori, S. Bernasconi

Parma, 18 dicembre 2013

Complicanze dell'Obesità



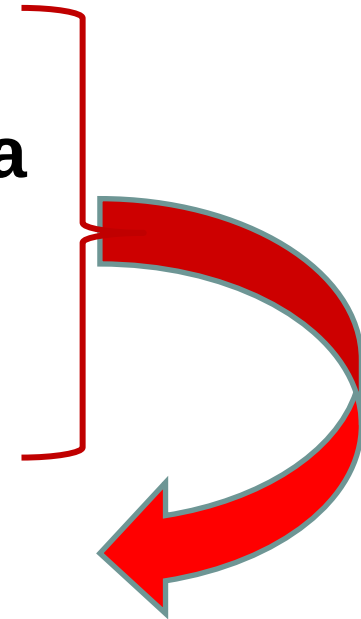
Prevalenza di SM in Italia con criteri diversi



Possiamo occuparci solo di prevenzione? Il sovrappeso/obesità con gli anni...

Non solo fa danni al corpo, ma

- ▲ **Depressione e ansia**
- ▲ **Pressione sociale verso magrezza**
- ▲ **Insoddisfazione corporea**
- ▲ **Dieting = Restrizione**
- ▲ **Patologie correlate al peso.**



“La dieta è l’autostrada per i DCA!” (BO 2013 Schumann R)

Dobbiamo occuparcene,

***altrimenti fanno da soli, con l’aiuto dei media..... di professionisti
poco scrupolosi , con la terapia della mamma/ nonna***

Overweight and obesity from childhood to adulthood:

Australian Schools Health and Fitness Survey. AJ Venn et al. 2007

Su 8498 bambini di 7-14 anni seguiti per 20 anni

	RR di diventare adulti obesi secondo il grado di eccesso ponderale da bambini			
ETA'	Maschi		Femmine	
	Sovrappeso	Obesi	Sovrappeso	Obese
7- 14 anni	4,2	4,7	5,6	9,2

NECESSITA' DI UNA CURA

**Il Modello Regionale di Presa in carico
della Regione Emilia Romagna
Approvato dalla Giunta il 17.06.2013**

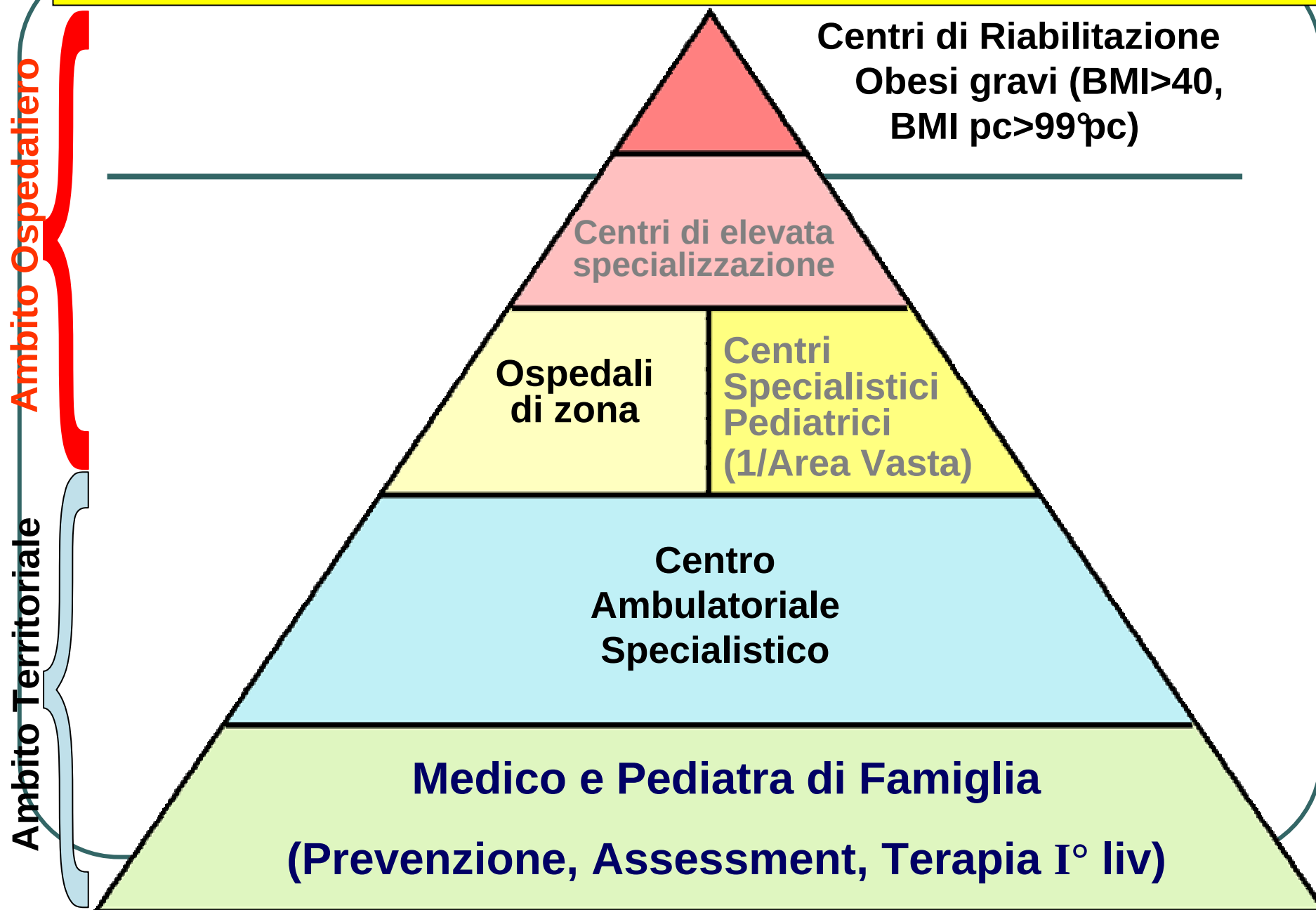
**Necessita' di rendere piu' omogenei gli
interventi**

Ruolo chiave del PLS-

Il modello regionale prevede un percorso formativo che contempla:

- Le strategie regionali per la prevenzione e il trattamento dell'eccesso di peso nell'infanzia
- Principi di alimentazione e attività fisica nell'infanzia e nell'adolescenza
- Il colloquio motivazionale breve

La Rete Assistenziale Firenze Pinchera SIO 2008

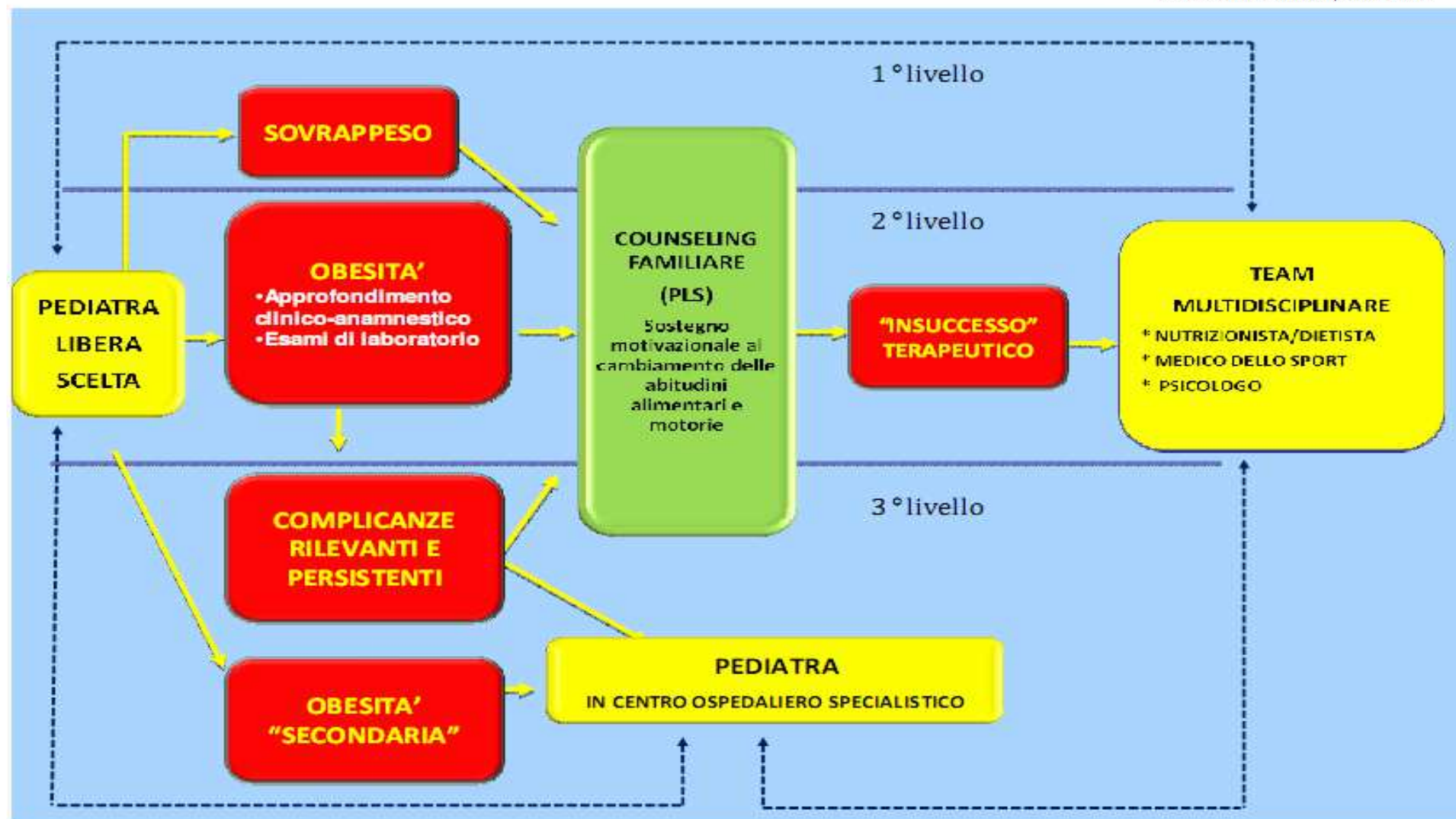


Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso 2013 Emilia Romagna

Figura 5 - Livelli di presa in carico

 **Regione Emilia-Romagna**

Assessorato Politiche per la Salute



*Complicanze rilevanti e persistenti: ipertensione, steatosi epatica, sindrome metabolica

Modello regionale di presa in carico del bambino obeso

In base all'algoritmo di sorveglianza della crescita (fig. 2), sono definite 3 differenti situazioni cliniche che corrispondono a 3 livelli di presa in carico (fig.5).

Il PLS, in base ad una iniziale valutazione, determina il livello specifico di presa in carico del paziente:

- **gestendo direttamente attraverso il counselling familiare il sovrappeso e l'obesità,**
- **interagendo e avvalendosi della rete di collaborazione multi-professionale in caso di insuccesso terapeutico**
- **interagendo e avvalendosi del pediatra ospedaliero in caso di obesità grave e complicata o di obesità secondaria**

Criteri diagnostici in pediatria AAP (CDC)

**Calcolo del BMI z-score
< 2 anni (grande prudenza)**

- **Sovrappeso BMI > 95° percentile**

> 2 anni

- **Sovrappeso BMI > 85° percentile**
- **Obesità BMI > 95° percentile**
- **Obesità Severa BMI > 99° percentile**

Empowerment



Vincenzo Calia
Pediatra di famiglia, Roma

È questa la parola chiave, come al solito una parola inglese che non ha l'equivalente in italiano, ma che si può tradurre con "sviluppo della fiducia nelle proprie capacità". Ma facciamo un passo indietro. Si parla ormai da tempo dell'assedio

“Sviluppo della fiducia nelle proprie capacità”

tre il 90% di questi interventi viene richiesto per "problemi" che avrebbero potuto essere affrontati dal pediatra di famiglia o addirittura con l'automedicazione. Le visite effettuate ogni anno dai pediatri in Italia sono 50 milioni; 20 anni fa erano poco più di 15 milioni: anche in questo caso si tratta, in gran parte, di problemi così banali da non aver bisogno del medico.

È evidente che così non si può andare avanti: non c'è servizio sanitario che possa resistere a questa pressione crescente.

Ma perché avviene tutto ciò? La risposta è semplice: i genitori non hanno fiducia nelle loro capacità e hanno sempre più bisogno di ricorrere a un "esperto". Spesso cedono all'allarmismo che dilaga nelle scuole (quante chiamate al cellulare per venire a riprendere urgentemente un bambino che ha due bollicine o un po' di mal di testa!) e nelle

non può non segnare lo sviluppo. Ecco perché noi pediatri dovremo tempo a sviluppare l'*empowerment* dei nostri pazienti, in modo da metterli le inevitabili, piccole difficoltà che crescono dei figli. E questa poi è anche la *mission* (e *visione*) di questo giornale. Come si vede da questo primo numero del nostro 13° anno (si avvicina l'adolescenza): lo speciale parla del pianto, sì, proprio del pianto dei bambini piccoli, un argomento molto sentito dai genitori, che spesso li spaventa e li porta... indovinate dove? Nello studio del pediatra o addirittura al Pronto Soccorso; a cominciare il discorso un articolo sugli incubi dei bambini più di. E poi un filo rosso collega gli altri articoli, che vi fanno capire perché è importante lasciare che i bambini si muovano liberamente e si sottraggano al controllo spietato degli adulti, al ritmo incalzante delle attività...

E infine, informazioni preziose per una gravidanza sicura e sugli effetti epigenetici dell'esposizione precoce a fattori nocivi, suggerimenti per letture interessanti e divertenti e una notizia: è nata una radio speciale, trasmette sul web e si rivolge ai bambini. Tutte cose che è bene sapere, perché per avere fiducia nelle proprie capacità e migliorare il proprio *empowerment* il primo passo è la conoscenza: una potente medicina che agisce contro l'ansia, la paura e l'insicurezza.

direttore@uppa.it



Il Colloquio di Motivazione

Rollnick e Miller

**Ispirare le persone a “ entusiasmo zero”
a un cambiamento dei comportamenti,
che potrebbe rendere la vita migliore.**

***Il cambiamento dipende dalla motivazione
non dall'informazione.***

***La motivazione dipende dalla interazione
medico/paziente.***

E' nelle nostre mani!

Esami consigliati al I° Livello

Gli esami di laboratorio ⁶ consigliati, nel bambino obeso e nel bambino sovrappeso con familiarità per fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, diabete, dislipidemia, malattia cardiovascolare) o con basso peso alla nascita sono:

- glicemia a digiuno v.n. < 100 mg/dl o 5,6 mmol/l;
intolleranza glicemica a digiuno: 100-125 mg/dl o 5,6-6,9 mmol/l; diabete: ≥ 126 mg/dl o 7 mmol/l. Per glicemia a digiuno >100mg/dl confermata è indicata curva da carico orale di glucosio (0-120 minuti).
- insulinemia a digiuno (valori compatibili con resistenza insulinica >15mcU/ml e/o rapporto glicemia (mg/dl) /insulina (mcU/ml) <7)
- profilo lipidico: – trigliceridemia
– colesterolemia totale (v.n. < 180 mg/dl)
– colesterolemia HDL (v.n. > 40 mg/dl)
– colesterolemia LDL (v.n. < 130 mg/dl)
- transaminasi – ALT (v.n. <40 UI/L)

Riassumendo dal **MODELLO Regionale**

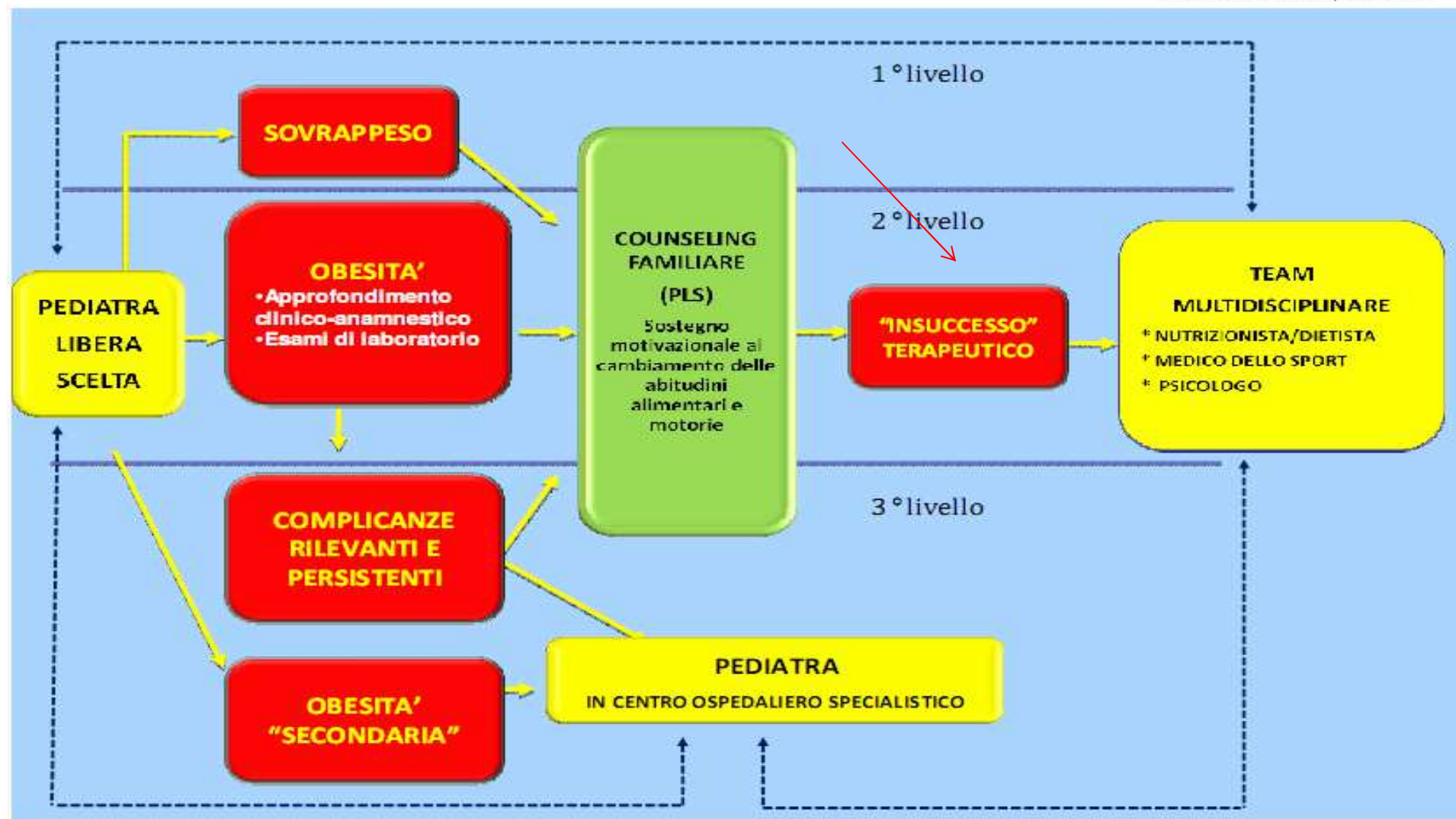
La presa in carico deve essere adeguata al paziente e deve tener conto dell'età, della severità dell'obesità, della presenza di possibili complicanze, di una storia familiare di diabete, obesità e complicanze vascolari così come di fattori psicologici, culturali e socio-economici.

La presa in carico prevede **l'educazione terapeutica del paziente e del nucleo familiare**, che mira a favorire il cambiamento attraverso un processo continuo di cura integrata e centrata sul paziente. Essa deve:

- portare il bambino e la sua famiglia a prendere coscienza dell'eccesso di peso,
- diagnosticare le eventuali comorbidità e prevenire le complicazioni,
- identificare le rappresentazioni, le credenze e i valori della famiglia (barriere alla presa in carico e al cambiamento),
- motivare il bambino e la sua famiglia a impegnarsi nella cura,
- attivare le risorse e le competenze della famiglia,
- tener conto del contesto economico, sociale e culturale in cui il bambino e la sua famiglia vivono fornendo raccomandazioni mirate, in particolare nel caso di famiglie in condizioni sociali modeste,
- accompagnare il bambino e la sua famiglia nei loro cambiamenti di abitudini privilegiando quelli modesti ma raggiungibili,
- mantenere la motivazione.

Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso 2013 Emilia Romagna

Figura 5 - Livelli di presa in carico



*Complicanze rilevanti e persistenti: ipertensione, steatosi epatica, sindrome metabolica

Indicazioni per l'invio al team multidisciplinare Emilia Romagna

- sofferenza psicologica intensa o persistente (che porta a isolamento sociale, pessimo rapporto con il proprio corpo, persistenza di bassa autostima, stigmatizzazione);
- forme severe di obesità e di alterato controllo degli impulsi,
- altre psicopatologie o disturbi del comportamento alimentare o comorbilità gravi;
- fattori di stress provenienti dalla famiglia (comportamenti disfunzionali familiari, maltrattamenti, psicopatologia grave di un familiare), o dall'area sociale (avvenimenti di vita stressanti subentrati contemporaneamente es. separazione conflittuale dei genitori)
- fallimento nella presa in carico

Criteri di Selezione

Inviare allo specialista solo le Obesità

- Secondarie
- Gravi / con comorbilità, refrattarie e selezionate per terapia farmacologica o chirurgica.

Oppure tutte le Obesità:

- Sospette Secondarie
- ... con Possibile Comorbidità (complicanza)
- che non rispondono per nulla al trattamento adeguato dopo 6 mesi.

La selezione – 3° Livello

La selezione va adattata alla situazione locale.

Cercate di dare grande importanza al:

- Miglioramento dei comportamenti
- Andamento nel tempo del BMI z-score
- Relazione instaurata e livello di collaborazione
- **Spiegare l'invio alla famiglia:**
non abbandono, ma maggior sostegno.

Modello di cura multidisciplinare ed integrato





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna



SALUTE

Aumenti la tua salute,
se sali le scale

CALORIE

Perdi peso,
se sali le scale

AUTOSTIMA

Accresci la tua autostima,
se sali le scale

LONGEVITÀ

Allunghi la tua vita,
se sali le scale

EFFICIENZA

Potenzi i tuoi muscoli
e migliori il tuo equilibrio,
se sali le scale

LE SCALE
MUSICA
PER LA TUA
SALUTE



Regione Emilia-Romagna

OSSERVATORIO
PER L'CONCAZIONE SITTADALE E LA SICUREZZA



2012

Siamo nati
per camminare



PER LA SALUTE, PER L'AMBIENTE,
PER RISPARMIARE ENERGIA
ANDIAMO A SCUOLA A PIEDI



COMUNE DI BOLOGNA



THE CIVITAS INITIATIVE
IS COFINANCED BY THE
EUROPEAN UNION



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Il kit per la scuola: Canguro Saltalacorda

<http://www.siaux.org/Calcolo.html>



PER ESSERE SEMPRE ALL'ALTEZZA L'ALIMENTAZIONE HA IL SUO PESO

I RISULTATI DELLA RICERCA "OKKIO ALLA SALUTE" tra gli alunni della scuola primaria

- Molti bambini (1 su 3) hanno un peso eccessivo
- Molti bambini hanno un'alimentazione non corretta:
 - non fanno colazione o la fanno male
 - fanno una merenda troppo abbondante
 - non mangiano frutta e verdura a sufficienza
- Molti bambini non fanno abbastanza movimento e attività fisica.

Parlane con il tuo pediatra

FARE MOVIMENTO E NUTRIRSI MEGLIO PER CRESCERE PIÙ SANI!

In collaborazione con: Società Italiana di Pediatria (SIP) e Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)

LA COLAZIONE

Alla mattina, sveglia tuo figlio in tempo per fargli fare una **BUONA** colazione:

- 1 tazza di latte
- biscotti o cereali
- 1 frutto

NO ALLA PIGRIZIA

A scuola, se possibile, è meglio andarci a piedi o in bicicletta

LA MERENDA DI METÀ MATTINA

Dagli uno spuntino leggero e nutriente, bastano:

- 1 yogurt oppure
- 1 frutto oppure
- 1 piccolo panino (30/50 g)

FRUTTA E VERDURA

Bisogna mangiarne almeno 5 volte al giorno.

- 1 frutto a colazione
- 1 frutto per la merenda del mattino
- a pranzo anche una bella insalata
- 1 frutto per lo spuntino del pomeriggio
- a cena ancora verdura cotta o cruda

MOVIMENTO - DIVERTIMENTO!

Assicurati che tuo figlio cammini, giochi all'aperto o faccia sport almeno per 1 ora al giorno

VIDEOGIOCHI E TV

Con i videogiochi, i computer e la TV, 2 ore al giorno bastano per divertirsi

IL TELEVISORE

Nella camera da letto di un bambino, è un ospite ingombrante e rumoroso: lascialo fuori, è meglio!

+ ACQUA - BEBETE

Quando tuo figlio ha sete, preferisci l'acqua alle bibite (sono zuccherate e dissetano meno)

SE VUOI ESSERE UN CAMPIONE...

E' IMPORTANTE MANGIARE LE COSE GIUSTE, NEL MOMENTO GIUSTO E NELLA GIUSTA QUANTITÀ

FRUTTA E VERDURA	5 porzioni	
CEREALI	3 porzioni di pane 1 porzione di pasta o riso (meglio se integrali)	
LATTE E YOGURT	3 porzioni	
CARNE	2-3 volte	
PESCE	2-3 volte	
LEGUMI	3 volte	
UOVA	2 volte	
FORMAGGIO	2 volte	
CONDIMENTI	3 cucchiaini di olio extravergine di oliva al giorno	
DOLCI	1-2 volte la settimana	

Ogni GIORNO

Ogni SETTIMANA

...SALTA LA GORDA NON LA COLAZIONE!

VIVI IN MOVIMENTO, GUADAGNA SALUTE!

guadagnare salute

per i PLS... Mi Voglio Bene
SIPPS Brambilla
10 azioni preventive

Sulla mia vita scelgo io!



Family - Centered Care

1	allattamento seno
2	svezzamento
3	apporto proteico
4	bevande
5	biberon
6	mezzi di trasporto
7	sedentarietà
8	giocattoli
9	costante controllo peso altezza
10	porzioni adeguate per età

Strategie di presa in carico del bambino obeso/sovrappeso



Mappa Regionale



Obesità in età pediatrica in Emilia-Romagna

- Problema epidemiologicamente molto rilevante
- Ripercussioni sulla salute futura
- Disomogeneità dell'approccio diagnostico-terapeutico

Rimini – Percorso clinico assistenziale

A. Sovrappeso non complicato:

gestione diretta del PLS CON counselling familiare

B . Sovrappeso complicato / Obesità non complicata

Intervento nutrizionale per genitori nei bambini < 8 aa e per genitori + bambini > 8aa (Dietista SIAN) + Misurazione, Valutazione, Prescrizione attività fisica(Medico dello Sport)

C. Obesità grave:

Intervento nutrizionale (Dietista SIAN) + Misurazione, Valutazione, Prescrizione attività fisica (Medico dello Sport) + Pediatra ospedaliero



Rimini – Percorso clinico assistenziale 2

Se necessaria consulenza psicologica tramite i Servizi Aziendali

Effettuare specifici incontri di formazione per operatori sanitari (MMG, PLS, ospedalieri) e non (operatori di palestre, associazioni di volontariato, organizzazioni profit e no profit del territorio, pubblici amministratori, ecc)

Avviare collaborazioni con enti e associazioni varie territoriali al fine di realizzare incontri/corsi di educazione ad una spesa consapevole



Rimini – Percorso clinico assistenziale 3

Avviare collaborazioni con enti e associazioni varie territoriali al fine di realizzare incontri/corsi di cucina sana

Mappare le iniziative e i luoghi che nel territorio favoriscono l'attività fisica in forma libera (gruppi di cammino, percorsi nell'ambiente cittadino ed extra cittadino)

Avviare collaborazioni con associazioni di categoria e soggetti privati al fine di valutare e classificare le palestre del territorio e creare una rete di palestre “amiche”, anche basandosi sul network regionale creato dal progetto “Palestre Sicure”



Cesena

Percorso assistenziale



A. Soggetti a rischio di sviluppare eccesso ponderale nella fascia 0- 5 anni

E' necessaria una sistematica formazione dei PLS sul counseling motivazionale già ipotizzata per il 2012.

AZIONI EDUCATIVE dei PLS : sostegno allattamento al seno ; se allatt. artificiale impiego di latte formulato a più basso contenuto proteico; svezzamento a 6 mesi e corretta alimentazione di tipo mediterraneo; stop biberon entro i 2 anni; responsive feeding nel rispetto della capacità di autoregolazione del b.; promozione di una quantità adeguata di sonno; non esporre alla TV in età < 2 anni e limitare a meno di 2 ore lo screen time complessivo dopo i 2 anni ; no TV in camera da letto del b.; sostegno per promuovere una maggiore attività motoria...)

Cesena

Percorso assistenziale 2



B. Sovrappeso non complicato

Disomogeneità della formazione dei PLS.

Counseling familiare del PLS su alimentazione (piramide dell'alimentazione mediterranea), promozione attività motoria, riduzione sedentarietà (comprese le azioni educative età-specifiche di cui al punto precedente)

Obesità non complicata: come al punto precedente + possibilità di invio all'ambulatorio dietetico della Pediatria di Comunità (dove opera una singola dietista).

Cesena

Percorso assistenziale 3



C. Obesità complicata

- screening delle complicanze associate da parte del PLS (in particolare se familiarità per obesità e/o sindrome metabolica) e possibilità di invio dei casi complessi al Day Hospital Pediatrico ospedaliero
- monitoraggio sull'andamento del trattamento da parte del PLS in continuità con l'ambulatorio dietetico
- invio all'Ambulatorio per gli adolescenti dell'U.O. Pediatria e Consultorio familiare per i casi sospetti di DCA associati.

Ravenna



Il paziente è inviato dal PLS o dal pediatra ospedaliero tramite richiesta su impegnativa SSN con scritto “ 3 incontri nell’ambito del Progetto Obesità in Pediatria”.

L’appuntamento viene fissato telefonicamente o presentandosi personalmente c/o l’ambulatorio della UOS di Dietetica Clinica ospedaliera.

Il medico inviante compila per la dietista un apposito modulo informativo.

La dietista è la sola a prendere in carico il paziente.

Il percorso di sviluppo e completa in tre incontri di **educazione alimentare**, rivolta soprattutto alla **famiglia del bambino**. Ai familiari viene consegnato ed illustrato un manuale di consigli per una corretta alimentazione ed un sano stile di vita.

Al termine dei 3 incontri la dietista compila una scheda di restituzione per il Medico inviante.

Nei casi di obesità importante o dove non si è ottenuto alcun risultato, sono previsti due controlli ulteriori a 6 e 12 mesi (impegnativa per ogni singolo controllo con scritto “controllo dietoterapico”) da fissare direttamente con la dietista.

In caso di sospetto disturbi del comportamento alimentare o alimentazione emotiva o disagio psichico legato all’obesità, tale dato viene segnalato dalla dietista nella scheda di restituzione per il medico inviante.

Piacenza



Gruppo A viene valutato ogni 4 mesi , i gruppi B e C ogni 3 rilevando dati antropometrici compresa c. addominale , valori pressori (2 volte l'anno), compliance degli obiettivi (alimentare, stile di vita ecc,)

compiti del PLS:

- informare bambino e famiglia sul problema obesità e i suoi rischi
- stimare il rischio per la salute futura
- individuare le cause dell'obesità nel singolo caso
- ottenere una buona compliance al programma concordato con bambino e famiglia
- stabilizzare la situazione entro 24 mesi
- gestire le complicanze
- adottare strategie adatte a modificare lo stile di vita

Vengono inviati direttamente al 2° livello (Div.Osp.)

i pazienti per i quali si sospetta una forma sindromica o endocrinologica
i pazienti per i quali non si ottiene entro 24 mesi l'obiettivo concordato

Reggio Emilia



Studio di valutazione che vede impegnati tutti i pediatri della provincia. Dopo un periodo di formazione (fatta rientrare come aggiornamento obbligatorio dalla AUSL) ogni pediatra ha analizzato il valore BMI dei propri pazienti, individuando i sovrappeso/obesi (panoramica della situazione dei propri assistiti). Tra questi sono stati selezionati con metodo random 6 pazienti di età compresa tra i 5 e i 7 anni.

Ai tre “trattati” saranno proposti nell’arco di un anno n° 4 colloqui motivazionali del percorso di counselling.

A fine anno verranno nuovamente rilevati i valori di BMI e il diario delle abitudini alimentari sia dei soggetti trattati che di quelli di controllo.

Bologna

Progetto NON più attivato



Il PLS individua i bambini in sovrappeso/obesi ed invia i **genitori** ad un equipe composta da Pediatra di comunità, Medico Servizio Igiene e degli Alimenti, Dietista, Psicologo e Psicomotricista.

Tipologia di interventi: nutrizionale, cognitivo comportamentale e di incentivazione dell'attività fisica. Il gruppo composto da 10-15 genitori partecipa a cinque incontri di 2 ore a frequenza settimanale , controlli: 1 mese e 3 mesi; con possibilità di contatti telefonici

Strumenti (materiale informativo, schede di rilevazione, checklist)



Rimini



Per il PLS:

- Scheda da inviare per email per presa in carico dal **Percorso Clinico Assistenziale Aziendale del Bambino Obeso** con dati anagrafici, antropometrici determinanti l'identificazione Fattori di rischio e classificazione
- Materiale informativo con indicazione sedi ed opportunità presenti nel territorio per praticare in sicurezza attività fisica

In ambulatorio per la famiglia:

- Questionario valutazione attività fisica
- Scheda nutrizionale con diario alimentare

Cesena

Depliant informativi su alimentazione e attività fisica

Diario delle abitudini alimentari (presso l'ambulatorio dietetico)

Curve di crescita WHO



Ravenna



Nel **modulo informativo** il Pediatra riferisce rispetto al bambino: peso, altezza, indice di Cole, storia del peso, stile di vita, malattie pregresse, eventuali patologie correlate.

Nella **scheda di restituzione** la dietista riassume dati antropometrici all'inizio e al termine del percorso (della durata complessiva di circa 3-4 mesi); il tipo di intervento attuato, gli obiettivi raggiunti, i cambiamenti attuati e ciò che ancora andrebbe invece concretizzato.

Manuale di educazione alimentare per la famiglia consegnato e illustrato ai familiari dalla dietista al primo o secondo incontro.

Diario alimentare: strumento di lavoro consegnato dalla dietista direttamente al bambino per renderlo più consapevole e partecipe al percorso, per individuare cambiamenti e fissare obiettivi

Piacenza



Materiale informativo ai genitori

Compilazione in ambulatorio di scheda anamnestica alimentare e su stile di vita

Reggio Emilia



Questionario abitudini alimentari- stili di vita

Training di autoregolazione del comportamento

Diario personalizzato dei comportamenti alimentari

Scheda fattori protettivi-fattori di rischio

Bilancia decisionale

Scheda vantaggi modifica del comportamento

Questionario cibo ed emozione

Bologna

Progetto NON più attivato

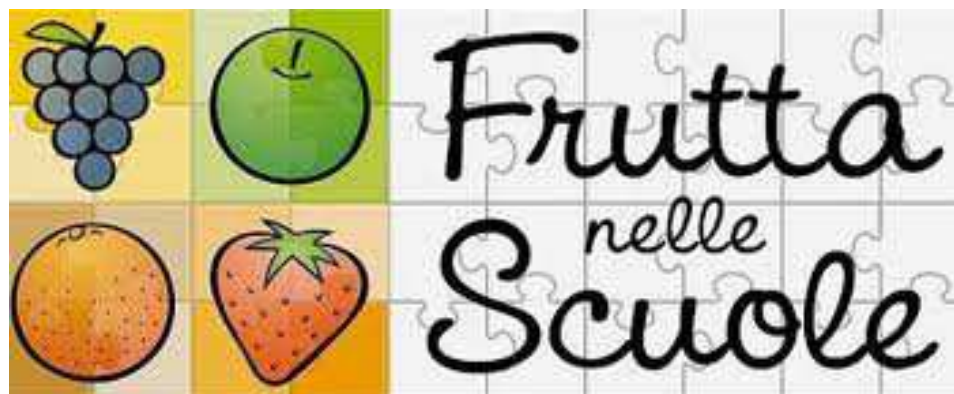


Questionari: conoscitivo, motivazionale, cambiamento dei comportamenti alimentari e motori, gradimento.

Diario alimentare e diario dell'attività motorie

Distribuzione opuscolo di educazione alimentare e manuale "corpo e movimento"

MODELLO REGIONALE... a Parma



Grazie per l'attenzione!



12/12/13

Formazione del personale sanitario

Il modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso/ obeso prevede il contributo di varie figure professionali del SSN, ma certamente un ruolo chiave del PLS, a partire dall'individuazione precoce del problema fino a motivare il cambiamento dei comportamenti da parte del bambino e della sua famiglia.

Per raggiungere ciò è necessario adottare tecniche di **counselling motivazionale**, orientando e supportando le scelte del paziente. Il colloquio motivazionale rispetta l'autonomia degli individui e la loro libertà di scelta. È costruito per rispondere alle resistenze, che impediscono il cambiamento del comportamento. La disponibilità ad effettuare un cambiamento rispetto ad un determinato comportamento non è immutabile nel tempo ma varia secondo fasi o stadi riconoscibili e modificabili nella loro evoluzione (Prochaska).

Per favorire l'applicazione in modo omogeneo del modello regionale, è indispensabile prevedere un **percorso formativo**, da indirizzare prioritariamente ai PLS, che rientri nel programma di aggiornamento obbligatorio dei professionisti, incentrato sulle seguenti tematiche:

- **Le strategie regionali per la prevenzione e il trattamento dell'eccesso di peso nell'infanzia**
- **Principi di alimentazione e attività fisica nell'infanzia e nell'adolescenza**
- **Il colloquio motivazionale breve**

VALUTAZIONI DI ESITO

- Incremento della percentuale di bambini in eccesso ponderale che diventano normopeso

Modalità: monitoraggio dell'evoluzione di sovrappeso e obesità nelle coorti di bambini nel tempo

- Riduzione delle prevalenze puntuali di bambini in eccesso ponderale nell'età di rilevazione

Modalità: monitoraggio antropometrico tramite Bilanci di salute (0-6 anni) OKkio (8-9 anni) e HBSC (11-13-15 anni)

VALUTAZIONI PROCESSO ORGANIZZATIVO

- Implementazione del modello di presa in carico nelle Ausl / Area Vasta

Modalità: percentuale di Ausl /Area Vasta che hanno istituito con atto formale il Team multidisciplinare

- Formazione professionisti (PLS e operatori sanitari)

Modalità: percentuale di Ausl / Area Vasta che hanno effettuato la formazione

VALUTAZIONI PROCESSO OPERATIVO

- rilevazione annuale del numero di bambini nei tre livelli (1:sovrappeso, 2:obesità, 3:obesità grave e complicata) per fasce d'età
- numero di bambini presi in carico dal pediatra suddiviso nei vari livelli (1:sovrappeso, 2:obesità, 3:obesità grave e complicata)
- numero di bambini inviati dal pediatra al team multi professionale
- numero di bambini inviati al pediatra ospedaliero
- numero bambini che hanno abbandonato il percorso di presa in carico nei tre livelli (1:sovrappeso, 2:obesità, 3:obesità grave e complicata)
- numero bambini che sono passati dal livello 2 (Obesità) al livello 1 (Sovrappeso)
- La costruzione di un programma di cambiamento comportamentale nel contesto familiare
- Tecniche di colloquio motivazionale, con sperimentazione pratica (role playing, scrittura creativa , problem solving)
- Stili di comunicazione, superamento delle resistenze, errori dell'operatore
- Utilizzo di strumenti operativi comuni (Bilancia decisionale, diario abitudini alimentari e stili di vita su cui individuare e concordare l'obiettivo di salute).

Attività fisica

	Valore desiderato	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore nazionale 2010
Bambini definiti fisicamente attivi	100%	73%	86,0%	82%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	58%	73,5%	65%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	100%	37%	46,7%	46%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	9%	15,9%	16%

Un Modello di terapia Integrata con L'Educazione Terapeutica

La Rete dei Servizi:

- **La Rete teorica**
- **Una Rete possibile oggi**

Diagnosi

Terapia

**I criteri di selezione per Invio al 2° e 3°
livello**