

# OBESITÀ

(Danielle Rollier)

Obesità: problema di dimensioni epidemiche e in continuo aumento.

Se ne parla da più di 30 anni, ma il numero dei bambini obesi è in aumento, non è più possibile per i pediatri non occuparsene, non più.

L'obesità è un fenomeno complesso alla cui genesi concorrono ,in misura diversa, caratteristiche dell'individuo ( biologiche e genetiche, culturali e comportamentali ), e dell'ambiente ( familiare e sociale ).

I fattori genetici spiegano circa i 2/3 della differenza di massa magra, ma per il resto si tratta di fattori “ ambientali “ che interagiscono con la genetica.

E' di questi di cui mi occuperò, perché è nell'ambito di questi che il pediatra ha la possibilità di trovare un suo ruolo.

Credo che sia importante fare una premessa.:

Il pediatra non è solo, in un mondo a sé, ma vive e lavora in un sistema –la Comunità –di cui è parte, che lo influenza nelle sue capacità di comprensione e nelle conseguenti decisioni e comportamenti. Nel Sistema comunità,

## **lucido,**

sono presenti ed agiscono,infatti, i determinanti della salute ( ambiente e relazioni sociali), dove si realizzano comportamenti , si concretizzano stili di vita, prendono corpo relazioni sociali.

Nelle comunità locali ( dimensione municipale, area urbana, distretto ), si possono realizzare, meglio che altrove, politiche coerenti con i bisogni, costruire l'integrazione tra le politiche per l'infanzia e le famiglie.

In questa Comunità il pediatra deve lavorare e quindi se vuole agire per influenzare i comportamenti deve conoscere la sua comunità.

Se c'è qualche possibilità di ottenere dei cambiamenti è necessario conoscere i bisogni, conoscere (e se possibile partecipare attivamente), i progetti e gli interventi in atto , ma anche accogliere e capire il contesto in cui si opera, se no non si produce cambiamento, si impone, e le imposizioni non durano nel tempo, o semplicemente vengono ignorate.

Situazioni, quali i fattori socio-economici, il livello di istruzione, la zona di provenienza, le abitudini culturali diverse, solo se conosciute , ci permettono di capire, e forse di proporre soluzioni diverse o adottare un linguaggio più comprensibile. Questo conta, se vogliamo farci capire.

Ma c'è anche la comunità-villaggio, quella che è più vicino, che offre ( o non offre )servizi, opportunità, progetti specifici, condizioni ambientali o edilizie, fornisce aiuti, fattori di protezione.

Quanti di noi conoscono veramente la comunità- villaggio in cui lavorano?

Solo con questa conoscenza potremo individuare delle soluzioni, metterci in contatto con altre realtà, e soprattutto fare proposte che siano realizzabili.

L'obesità è una risposta fisiologia ad un ambiente obesogeno ( Bellù ), La capacità di accumulare grasso come riserva che agli inizi era una condizione vantaggiosa per la specie umana, con il cambiamento dell'ambiente la risposta “ fisiologica”al nuovo ambiente è diventata patogena. Vita sedentaria, TV, maggior disponibilità di cibo, pubblicità, il mercato, oggi anche la povertà, hanno portato nuove abitudini alimentari e l'eccesso di peso.

## **Lucido** (frase di Panizon )

In questo ambiente obesogeno, vivono le famiglie che si rivolgono a noi, e queste, a loro volta, possono creare un ambiente obesogeno in cui i bambini crescono.

Ambiente obesogeno sì, ma non solo come quantità di offerta, ma anche come qualità. Incapacità di scelte autonome, e non solo nell'alimentazione (!), incapacità di dire di no ( v. Charmet e la sua distinzione tra famiglia etica e famiglia affettiva ), e , riprendendo lo schema presentato, relazioni vuote.

L'obesità che nasce in questo contesto, penso che non debba essere demonizzata, perché, per buona parte è questa società che l'ha prodotta.

Va affrontata in un modo molto più ampio e più generale di promozione alla salute con tutte le sue valenze.

Il pediatra allora ha sicuramente un suo ruolo, per la sua posizione privilegiata all'interno delle famiglie sul singolo bambino, sulla singola famiglia e questo forse è un limite.

Penso però, che questo limite possa essere in parte superato se saremo in grado di metterci in rapporto , in rete, con le varie componenti della comunità che sono impegnate in questa battaglia. ( centri specialistici, ospedali, dipartimenti di prevenzione, insegnanti, perché no amministratori e politici). Se saremo capaci , come dice Panizon, di approcci collettivi.

## COSA PUO' FARE IL PEDIATRA ?

Abbiamo visto questa mattina , dagli interventi precedenti, che non ci sono evidenze che dimostrino una reale efficacia , di trattamenti che prendano in considerazione solo l'intervento dietetico, o solo la promozione dell'attività fisica. Qualche efficacia sembra avere dieta+attività fisica.

Ma se gli interventi di questo tipo non forniscono prove sufficienti di reale efficacia, e forse riguardano di più interventi di sanità pubblica, il pediatra quando ,dove , e come può intervenire?

Prima di tutto perché

Molto spesso i bambini con sovrappeso diventano adolescenti e adulti obesi con tutte le complicanze che questo comporta. Complicanze anche gravi con aumento della mortalità e diminuzione della qualità di vita.

Intervenire sulla obesità infantile diventa dunque indiscutibile.

**Lucido** sui rischi

Come e Quando

## AGIRE SUI FATTORI DI RISCHIO

I principali fattori di rischio sono evidenziabili prima dei 5 anni.

I pediatri hanno una grande possibilità a loro disposizione perché sono gli anni in cui vedono maggiormente i bambini.

Questo schema ci permettevamo individuare il momento giusto per intervenire.

**Lucido** di Conti Nibali

Questo schema credo che sia da utilizzare per tutti i bambini sistematicamente, come sistematicamente controlliamo lo sviluppo psicomotorio di tutti i bambini.

## Primo incontro con la famiglia del neonato

( visita a domicilio ? )

Oltre alla conoscenza reciproca e l'inizio di un rapporto, questa è la prima occasione in cui è possibile aiutare i genitori a rendersi conto delle straordinarie competenze del loro bambino, competenze che

vanno riconosciute, stimolate e non frustrate. Si comincia a parlare di alimentazione, si discute della prima scelta alimentare: alimentazione al seno o artificiale.  
E' la prima occasione per parlare di autoregolazione

## Bilanci di salute

Sono uno strumento prezioso a nostra disposizione per seguire il bambino nel tempo. Ci permettono in momenti precisi dello sviluppo di fermarci e approfondire situazioni e segnali prima che questi diventino problemi o vengano vissuti come problemi ( linee anticipatorie ), per intervenire in un ottica di prevenzione.

Nel caso dell'obesità , ci permettono di coglierne i segnali di rischio, anche in assenza di domanda, o prima che questa emerga. Di solito una esplicita domanda non viene prima dei 7 o 8 anni o anche più tardi.

Riprendendo lo schema, analizziamo ,nell'ottica di prevenzione dell'obesità, cosa fare al momento dei bilanci di salute.

### *Controllo del peso*

#### Il peso alla nascita come segnale di rischio:

Il bambino macrosomico, secondo alcuni autori è a rischio.

Il bambino piccolo per l'età gestazionale è a rischio ( crescita prenatale ridotta con successivo rapido recupero ponderale. Nella vita fetale si differenziano i centri ipotalamici che regolano la fame e la sazietà, e nel terzo trimestre aumentano gli adipociti. Cause che agiscono durante questo periodo influenzano pesantemente l'assetto metabolico futuro dell'individuo, e sono correlate con l'eccesso ponderale futuro.

#### Rapido aumento del peso negli allattati artificialmente

I bambini a latte artificiale crescono di più di quelli al seno (tanto che sono state anche proposte curve di accrescimento diverse). Una delle ipotesi che spiegherebbe questo diverso comportamento è che gli allattati artificialmente mangino di più del loro fabbisogno perché non sono capaci di autoregolarsi, la mamma può controllare quanto mangiano, mette in atto meccanismi di imposizione, di fatto, interferisce con lo sviluppo delle capacità di autoregolazione del suo bambino. Quante volte le mamme insistono perché il bimbo finisca il biberon fino all'ultima goccia!

I genitori controllanti saranno genitori che avranno un'eccessiva preoccupazione per l'alimentazione, che peseranno il bambino in continuazione, che, se non c'è il biberon, saranno tentati dalla doppia pesata e da tutto ciò che permetta loro di esercitare un controllo ("il mio bambino è piccolo, non sa regolarsi da solo, io so di cosa ha bisogno...deve finire i suoi 80-100 grammi"). E' questo (nel corso del primo mese) un momento importante per renderci conto di quale famiglia abbiamo davanti. E' una famiglia controllante? Ce la ritroveremo controllante in molte altre occasioni dello sviluppo. Nello svezzamento, negli atteggiamenti nei riguardi del cibo, ma anche nei momenti del sonno, delle attività, della scuola, ecc.

Cominciamo già ora a parlare delle capacità del loro bambino, dell'importanza di imparare a regolarsi, dell'educazione come crescita all'autonomia e non solo protezione.

#### Svezzamento

Al 6° mese.

Passaggio da una alimentazione univora a una onnivora.

E' un momento importante per i comportamenti alimentari futuri che sono associati all'eccesso ponderale del bambino.

Nella scelta degli alimenti del bambino concorrono due tipi di fattori:

Fattori biologici, quali la preferenza per il sapore dolce e il disgusto per quello amaro e acido.

Fattori psico-sociali quali la frequenza di esposizione, la sperimentazione di sapori nuovi, l'atteggiamento della famiglia.

Molte esperienze sottolineano l'importanza di esperienze precoci per l'accettazione dei gusti nuovi. I bambini amano quello che è loro familiare, che conoscono. A questo proposito può essere interessante fare notare che il bambino allattato al seno ha sin da subito esperienza di una grande varietà di gusti, legata alla dieta materna. ( ricordiamoci di questo quando proponiamo i primi pasti di svezzamento a persone di culture e abitudini alimentari diverse. Anche questo influenza l'accettazione dello svezzamento!.)

I bambini allattati artificialmente conoscono un solo gusto. E' quindi importante al momento dello svezzamento, offrire subito al bambino una varietà di gusti che stimoli la sua percezione del gusto e aumenti le sue capacità di scelta .

Spesso l'accettazione di un cibo nuovo non avviene immediatamente, talvolta sono necessari 5-6 ,fino a 10 tentativi. A questo proposito numerose ricerche dimostrano l'importanza della familiarità dei cibi offerti, cibi che sono in casa, sul tavolo, che anche i genitori mangiano.

Disponibilità quindi e accessibilità.

Infine il modo o i modi con cui i genitori educano i propri figli a mangiare è un elemento, che da numerosissime ricerche, si è dimostrato significativo per lo sviluppo delle abitudini alimentari dei bambini.

Il pediatra, che quasi sempre è interpellato al momento dello svezzamento, ha la possibilità di riflettere con i genitori su alcuni comportamenti che sono un rischio per lo sviluppo di abitudini alimentari che possono dare origine a soprappeso con tutte le sue complicità.

Il cibo offerto dunque, e non imposto, il rispetto del rifiuto del bambino, il non uso di strategie o trucchi vari per spingere il bambino a mangiare, ( fare i clown, mettere lo zucchero nella minestra!). Tutto questo non fa che limitare la capacità di auto regolarsi, gli impedisce di sentire i segnali di fame e sazietà, lo porterà in futuro ad alimentarsi troppo e male e il risultato sarà proprio il contrario di quello che vogliamo. Sui genitori che individuiamo come ipercontrollanti e quindi più a rischio per questi atteggiamenti , penso che il pediatra debba soffermarsi in modo particolare. A questa età in modo particolare, il legame affettivo tra mamma e bambino fa sì che l'eventuale rifiuto del cibo da parte del bambino venga vissuto come un rifiuto di se stessa e può portare ad comportamenti ancora più controllanti, ancora più regolanti, e condurre ad atteggiamenti sempre più oppositivi da parte del bambino.

#### Intake calorico superiore ai fabbisogni

Studi longitudinali hanno dimostrato che un aumentato apporto proteico a 10 mesi di vita è correlato con il BMI nelle età successive e con la distribuzione del tessuto adiposo. Lo stesso per quanto riguarda la quota lipidica e gli zuccheri semplici.

Qui entrano in gioco numerosissimi fattori sociali e familiari.

#### **Lucido** (sugli intake)

I bambini hanno una netta preferenza per i cibi ad alto contenuto energetico. Ci sono poche ricerche ma sembra che questo sia associato al gusto. Sono più appetibili e questo porta ad loro un aumentato consumo. Ma sembra anche legato alle sensazioni positive che questi cibi provocano

E' dimostrato che malgrado campagne di informazione le più varie, i bambini continuano a mangiare poca frutta, verdura e zuccheri complessi. ( se vengono diminuiti i grassi, si abboffano di zuccheri semplici!).

Da ricerche serie sembra dimostrato che il solo elemento predittivo del loro consumo è amare la frutta e la verdura.

Bisogna allora conoscere e agire sui fattori che influenzano le preferenze alimentari nei bambini .E' dimostrato che i comportamenti familiari sono determinanti, quindi è necessario identificare quei comportamenti che sono potenzialmente obesogeni.

Abbiamo già visto i comportamenti troppo controllanti, ma altri comportamenti sono stati oggetto di ricerche. Il 40% dei genitori pensa che “ proibire “ un determinato cibo aiuti il bambino a non desiderarlo. Questo non è vero, anzi, e siccome i cibi proibiti sono spesso quelli considerati “cattivi”, che fanno male, ma sono anche i più buoni, il risultato sarà un eccesso del loro consumo.

Ci sono poi tanti messaggi confondenti: i cibi proibiti sono proprio quelli che vengono offerti in occasioni positive, ( come le feste ecc.).

I cibi proibiti vengono offerti come ricompensa, talvolta come ricatto.

I cibi proibiti vengono offerti dopo , in alternativa ,” se hai finito” la minestra che assume inevitabilmente una connotazione negativa.

Alcune ricerche danno importanza all’esempio del comportamento dei familiari.

Il bilancio dopo il primo anno di vita è un’occasione per parlare di tutte queste cose. In fondo la richiesta c’è ( il bambino non mi mangia, prima mangiava di tutto, vuole solo latte e biscotti ecc..). E’ quindi possibile riflettere con i genitori sul loro modo di porsi con il bambino al momento del pasto, quali sono i cibi che gli offrono, quali sono le modalità dei pasti nella loro famiglia. Riflettendo insieme è possibile che i genitori acquistino più consapevolezza e trovino il modo di apportare a piccoli passi qualche cambiamento nel loro comportamento.

La proposta di Satter ( 19...) “ ai genitori tocca proporre una varietà di cibi sani ed un contesto alimentare accogliente, mentre è responsabilità dei bambini decidere se e quanto mangiare.”

E’ interessante, forse un po’ provocatorio. Da discutere.

### Adiposità rebound

Prima dei 6 anni c’è un altro periodo critico.

Verso i 6 –7 anni si ha un fisiologico aumento dell’adiposità del bambino. L’anticipazione di questo processo prima dei 6 anni è correlata con lo sviluppo di eccesso ponderale e con l’aumentata presenza di complicanze metaboliche nelle età successive. E’ quindi importante monitorare il peso per identificare precocemente questo rischio.

## INDIVIDUAZIONE DEI BAMBINI A RISCHIO

E’ fondamentale controllare peso e altezza regolarmente.

Il soprappeso e l’obesità si vedono ad occhio, Il BMI o il plicometro, strumenti per valutare il grado di obesità. Questi sono mezzi utili da utilizzare soprattutto nel bambino obeso o soprappeso per monitorare la situazione e gli eventuali cambiamenti.

### **Lucido** ( BMI )

## COME CI PONIAMO DAVANTI A UN BAMBINO SOVRAPPESO O OBESO?

Sollevare il problema oppure no?

Per questo è necessario cercare di capire che tipo di famiglia si tratta e in quale fase si trova ( v. relazione di Cofano sulle fasi del cambiamento).

Famiglia controllante; famiglia che minimizza il problema; Famiglia in cui ciccio è bello; famiglia che medicalizza il problema o che usa l’obesità del figlio come diversità per non affrontare altri problemi che non sono in grado di reggere; Madre con una lunga storia di diete e restrizioni; Famiglia che tende a negare qualsiasi lato positivo del figlio ( non fa nulla, sta tutto il giorno sul divano a guardare la TV, non si interessa a niente, va male a scuola ecc.).

Il nostro modo di porci deve per forza tenere conto di questo e dovremo avere degli approcci ogni volta diversi.

Dobbiamo anche osservare il bambino.

Il bambino con obesità o anche solo soprappeso è spesso un bambino con svariati problemi: è un bimbo con una bassa autostima, chiuso in sé stesso, isolato socialmente e con pochi amici. Già a 7 anni i bambini pensano che i grassi sono meno attraenti. Li evitano e il bambino stesso li evita. (una ricerca conferma questo dato).

In età adolescenziale la situazione è ancora peggiore. Da una ricerca USA risulta che il 44% di ragazze è a dieta. IL 48% presenta sintomi depressivi e il 38% sintomi ansiosi.

L'auto restrizione dietetica è di per sé un comportamento a rischio, porta a non riconoscere più i segnali interni di fame e sazietà e talvolta porta all'effetto di mangiare troppo in età adulta.

Altre conseguenze sono bassi livelli di autostima, disaffezione per il proprio corpo, paura di ingrassare.

E' necessario fare qualcosa già nei bambini, ma se in quella famiglia il soprappeso non viene vissuto come un problema, se non ci sembra che ci sia una motivazione al cambiamento (fase precontemplativa), forse può essere inutile o controproducente sollevare il problema.

Questo potrebbe essere oggetto di discussione tra noi., e vedere come ognuno di noi si comporta  
E' possibile e come suscitare la motivazione al cambiamento?

Che fare dunque?

1) Inquadrare il bambino obeso nell'ambito della sua famiglia

- Accogliere il problema obesità che ci viene portato in modo empatico e positivo
- Non allearsi con un componente della famiglia
- Fare attenzione all'atteggiamento difensivo della famiglia che sarà portata a negare e a mettersi in contrasto con noi ( non mangia mai fuori pasto, le merendine non le tocca)
- Non giudicare sulla base di nostre convinzioni preconcepite
- Accogliere le difficoltà che vengono portate per impostare un cambiamento, a piccoli passi, che tenga conto di quella famiglia e del suo modo di vivere ( tempi, lavoro materno, possibilità economiche, nonni intrusivi , bambino che rifiuta il cibo ecc. )

2) Può essere utile proporre un diario alimentare.

E' uno strumento che può servire a capire quello che effettivamente mangia il bambino e le abitudini alimentari della famiglia.

Dovrebbe essere un diario preparato con cura , che prenda in considerazione non solo cosa si mangia in quella famiglia ma anche come si mangia , tutti insieme , con quali ritmi, con la TV accesa....

La stessa somministrazione del diario va fatta con particolare attenzione, con spiegazioni semplici e complete. Se ben spiegato può essere uno strumento che ci permette di conoscere ma anche di fare un percorso insieme alla famiglia sulla via del cambiamento aiutandoli ad avere consapevolezza di quanto mangi il bambino realmente: hanno tendenza a sottostimare.. In questo senso sarebbe interessante introdurre una domanda che associ emozioni e fuori pasto.

3) E' allora possibile proporre qualche cambiamento che sia realizzabile, soprattutto accettabile e condiviso. ( se non si è disposti a non mangiare fritti, forse si può tornare da scuola a piedi, guardasre solo 1 ora al giorno la TV...).

Si può proporre qualche piccolo trucco, molto semplice, come mettere meno nel piatto.

Talvolta se il peso in eccesso non è una motivazione sufficiente si può fare leva sull'isolamento sociale a cui spesso tutti sono più sensibili.

- Non occuparci del peso, mettere l'accento sui cambiamenti che sono riusciti a fare

- Non parlare di dieta o calorie ( se anche fossero seguite, dopo un po' sono interrotte con recupero del peso con effetti molto negativi sul bambino in particolare sulla sua autostima.)
- Introdurre a piccoli passi abitudini di vita migliori ( meno grassi, più zuccheri complessi)
- Sviluppare la creatività del bambino, ( più butta fuori, meno butta dentro )
- Diminuire le ore passate davanti alla TV
- Attenzione quando si fa la spesa ( comperare cibi salutari in modo che questi siano quelli disponibili, nel frigo,sulla tavola)

Se è possibile parlare di tutto questo con il bambino presente, cercando di farlo partecipe e ascoltandolo.

Il cambiamento riguarda tutta la famiglia.

Se il bambino si sente parte della famiglia, se le decisioni vengono prese con lui, sente che conta, che gli viene data fiducia, aumenterà la sua autostima e ( se anche il suo peso non diminuirà), migliorerà la sua qualità di vita.

Lo stesso è per la famiglia, che, opportunamente aiutata e sostenuta, può trovare al suo interno risorse e soluzioni, autoregolarsi, e aumentare il proprio benessere.

Il nostro obiettivo primario non deve essere il calo di peso ( un buon risultato è già il mantenimento del peso), ma la salute globale del bambino.

**Lucido** (obiettivi del trattamento)

## QUANDO E CHI MANDARE AL 2° LIVELLO?

Se questo è l'obiettivo ,il pediatra deve:

\_\_\_ controllare regolarmente peso e stature con particolare attenzione nei bambini con fattori di rischio importanti ( obesità dei genitori),

\_\_\_ rivedere regolarmente il bambino per valutare insieme i cambiamenti ottenuti ( non del peso necessariamente, ma dei comportamenti ), per rinforzare il messaggio e sostenere positivamente.

\_\_\_ misurare la pressione ( con il bracciale adatto e nei bambino a rischio )

\_\_\_ in certi casi da valutare singolarmente, in base all' esame clinico, all'anamnesi) effettuare alcune

## ANALISI

Glicemia a digiuno

Curva da carico

Assetto lipidico

Colesterolo totale

LDH

HDL

Trigliceridi

Funzionalità Tiroidea

Funzionalità Epatica

**Lucido**

## E' POSSIBILE CURARE IL BAMBINO OBESO?

Gli studi disponibili in letteratura non permettono di dire che ci sono dei programmi di trattamento tali da favorire un programma rispetto ad un altro.

Numerosi studi ( su adulti )hanno dimostrato che la “ dieta “ non è efficace, soprattutto nel medio e lungo termine. Le diete ipocaloriche espongono i bambini a vari rischi, quale l’induzione di disturbi del comportamento alimentare ( anoressia, bulimia, binge-eating ) Possono dare carenze, soprattutto di proteine, minerali, Fe e Ca, e vitamine D ed E. Inoltre , come abbiamo visto, la dieta non agevola un stile alimentare personale e consapevole.

La via dunque da seguire è l’educazione alimentare promovendo una alimentazione varia ed equilibrata, al fine di favorire l’autoregolazione degli apporti energetici ridurre la sedentarietà e aumentare l’attività fisica con l’adozione di uno stile di vita più attivo.

In questo il pediatra può dare il suo contributo nella prevenzione dell’obesità.

Lo Scottish Intercollegiate Guidelines Network del2003 ribadisce che il “goal” che ci si deve porre per la maggioranza dei bimbi obesi e/o soprappeso è il mantenimento del peso.

Solo alcuni casi vanno inviati ai centri specialistici di 2° livello.

Questi sono:

- \_\_\_ bambini con patologia gravi legate all’obesità che necessitano una riduzione del peso.
- \_\_\_ bambini con una sospetta causa organica alla base dell’obesità. ( compresi i bambini sotto i 24 mesi molto obesi , con BMI > 99,6 centile
- \_\_\_ tutti i bambini con BMI > 99,6 centile in quanto una patologia potrebbe spiegare tale elevata obesità.

La gestione del bambino soprappeso ( a parte questi casi gravi e rari), in un ottica di “ non dieta” e di “ non medicalizzare”, dovrebbe essere compito del pediatra.

Non credo che questi possa farlo da solo per gli innumerevoli motivi che tutti noi ben conosciamo.

Credo anche che non debba.

Qui vorrei fare alcune considerazioni

La gestione di un bambino obeso, tanto più, nell’ottica che è emersa da questa giornata, è una cosa lunga, difficile, richiede tempo, interventi specifici e strumenti che il pediatra non ha.

Il 2° livello, che forse non dovremmo considerare come “ secondo” ma Centri per gestione del bambino obeso, dovrebbero essere centri che lavorano assieme al pediatra di base.

Il livello è lo stesso ma le competenze , le possibilità, gli strumenti sono più specifici e mirati. In questi centri sono possibili interventi particolari che rinforzano e sostengono i messaggi dati ( tipo lavori di gruppo, campi estivi, sostegno psicologico, maggior tempo, maggior controllo

Il Centro si fa carico del bambino obeso, con il pediatra di famiglia, che ,al momento dell’invio, è la figura che ha più informazioni da fornire , forse più conoscenze delle offerte del territorio,più rapporti con la scuola e i progetti che vengono attuati.)Soprattutto conosce la famiglia.

E’ necessario però che:

\_\_\_ Il pediatra, il territorio, il centro obesità parlino lo stesso linguaggio ( ci sia una condivisione sugli obiettivi, sui modi di intervento ecc.) Ad esempio non serve se la risposta del centro è la somministrazione di una dieta e controllo tra ..tot mesi Il dialogo è nullo e l’efficacia pure.

\_\_\_-Ci deve essere un dialogo- nei due sensi, tra centro e pediatra. Ambedue devono sapere come lavorano, devono accordarsi su quali bambini inviare e come fare l’invio. Lo scambio di informazioni deve essere regolare e continuo.

\_\_\_E’ necessario mettere a punto uno strumento agile ma completo, che sia diciamo “attaccato” al bambino che vada e venga con lui, e che faciliti la comunicazione.

\_\_\_La famiglia deve sentirsi parte di uno stesso progetto,che ha gli stessi obiettivi e che la sostenga allo stesso modo.

\_\_\_Si tratta cioè di fare un percorso diagnostico-terapeutico condiviso

Si tratta per concludere di lavorare in RETE

In questa rete potranno e dovranno entrarci tutte le altre componenti della società civile, ma intanto .....cominciamo noi.