

+

OBESITÀ INFANTILE



Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities

Annual Review of Clinical Psychology

Vol. 16:351-378 (Volume publication date May 2020)

First published as a Review in Advance on February 25, 2020

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-100219-060201>

Justin D. Smith,^{1,2,3,4} Emily Fu,¹ and Marissa A. Kobayashi⁵

¹Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois 60611, USA; email: jd.smith@northwestern.edu, emily.fu@u.northwestern.edu

²Department of Preventive Medicine, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois 60611, USA

³Department of Pediatrics, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois 60611, USA

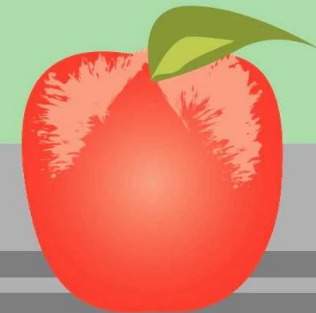
⁴Department of Medical Social Sciences, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois 60611, USA

⁵Department of Public Health Sciences, University of Miami Miller School of Medicine, Miami, Florida 33136, USA; email: mxk748@med.miami.edu

Smith JD, Fu E, Kobayashi MA. Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. *Annu Rev Clin Psychol*. 2020 May 7;16:351-378. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-100219-060201. Epub 2020 Feb 25. PMID: 32097572; PMCID: PMC7259820.

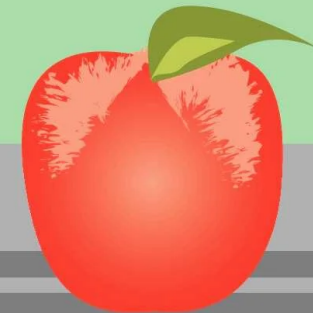
INTRODUZIONE

- L'obesità infantile è diventata una pandemia globale nei paesi sviluppati, portando a una serie di condizioni mediche che contribuiscono ad aumentare la morbilità e la morte prematura
- L'obesità infantile emerge dal consumo di più calorie di quelle consumate, con conseguente aumento di peso.
- Gli elementi obesogeni sono: consumo di bevande zuccherate e cibi a basso contenuto di nutrienti con molti grassi saturi, bassi livelli di AF e alta sedentarietà con durata del sonno ridotta.
- Un sonno inadeguato può contribuire all'obesità attraverso il cambiamento dei livelli di ormoni che regolano l'appetito.
- Il tempo trascorso davanti allo schermo influisce sul consumo di cibo, bevande e sul sonno



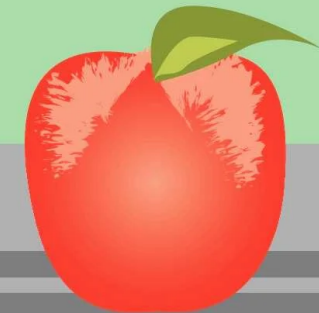
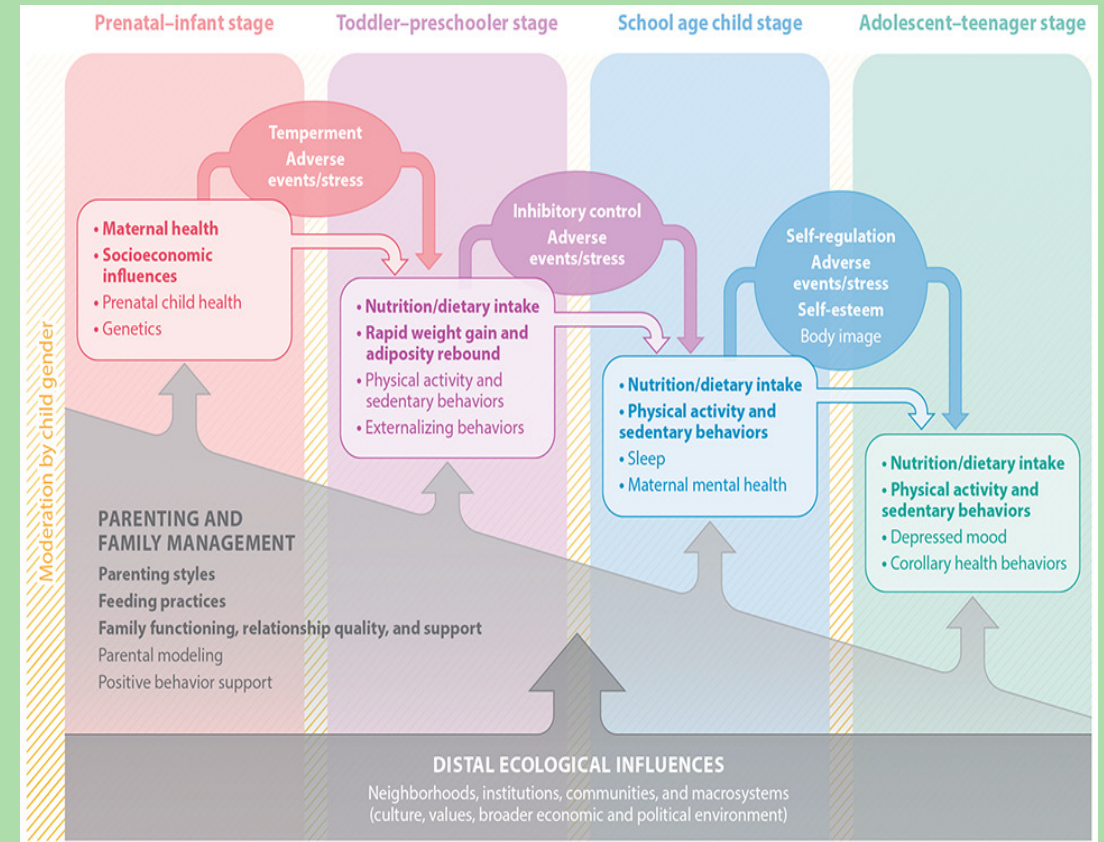
EPIDEMIOLOGIA

- L'obesità infantile viene misurata attraverso il BMI che viene adeguato secondo le norme basate sull'età e sul sesso. (Cent. Dis. Controllo Prec.). **2018** . *Definizione dell'obesità infantile* . Atlanta : CDC).
- Il BMI compreso tra l'85° e il 94° percentile definisce il sovrappeso, mentre il BMI > 95° percentile rientra nell'intervallo «obesità»
- Essere nella fascia dell'obesità durante l'infanzia o adolescenza rende i giovani 5 volte più a rischio di divenire obesi in età adulta.
- L'obesità e le sue conseguenze sono distribuite in maniera sproporzionata negli USA con prevalenza tra i bambini provenienti da contesti razziali e socio economici svantaggiati. (Hamilton D , Dee A , Perry IJ . **2018** . I costi nel corso della vita del sovrappeso e dell'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza: una revisione sistematica)
- Ciò è ulteriormente esacerbato dall'accesso limitato ai servizi sanitari che possono prevenire l'aumento di peso eccessivo e le sue conseguenze



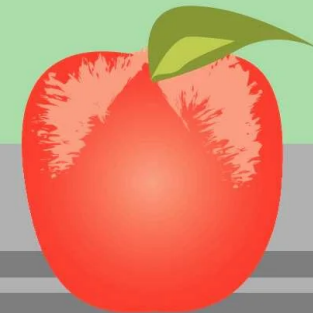
MODELLO DI SVILUPPO A CASCATA DELL'OBESITÀ

Il modello descritto offre un quadro per chiarire gli effetti di diffusione di molteplici fattori di rischio e protettivi all'interno delle sfere biopsicosociali e delle fasi di sviluppo. È stato sviluppato usando un approccio basato sulla teoria e una ricerca nella letteratura. Il modello consente diversi percorsi e interazioni tra diverse combinazioni di variabili che contribuiscono all'obesità pediatrica, identificando rischi multilivello e fattori protettivi che vanno dalla fase prenatale all'adolescenza. Il modello si concentra sui processi intra e inter-individuali del bambino. (Hamilton D , Dee A , Perry IJ . **2018** . I costi nel corso della vita del sovrappeso e dell'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza: una revisione sistematica)



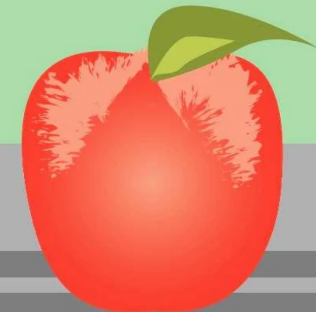
COMORBIDITÀ

- Diabete di tipo 2 → i bambini obesi hanno 4 volte in più la probabilità di sviluppare il DM2;
- OSA → blocco parziale o totale delle vie aeree superiori durante il sonno. Il 60% dei bambini obesi ne soffre;
- Asma → malattia cronica più comune;
- Ipertensione → è in aumento tra i giovani così come le CVD. Il principale fattore di rischio è un BMI elevato;
- NAFLD → dovrebbe diventare il principale indicatore di trapianto pediatrico entro il 2025;
- Depressione → i bambini obesi hanno una maggiore probabilità di sperimentare una bassa autostima e quindi depressione;
- DCA → i bambini con obesità hanno un'alta prevalenza di atteggiamenti e comportamenti alimentari disordinati. Si stima che $\frac{1}{4}$ dei giovani soffra di abbuffate e perdita di controllo sull'alimentazione.



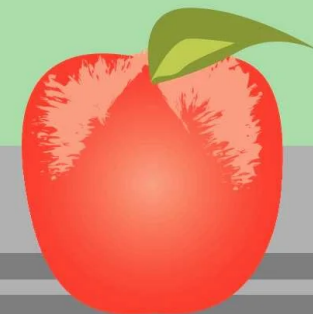
CONTRIBUTORI PSICOSOCIALI

- **Salute mentale e fisica materna**→ stress dei genitori portano a comportamenti di vita non salutari;
- **Stigma e bullismo**→ possono compromettere la qualità della vita e contribuiscono a comportamenti malsani che possono peggiorare l'obesità
- **Funzionamento familiare e ambiente domestico**→ i bambini cresciuti in uno stile genitoriale autorevole hanno una dieta più sana, AF elevata e BMI nella norma
- **Salute mentale del bambino**→ scarsa autoregolamentazione è un potenziale fattore di rischio;



PREVENZIONE E GESTIONE

- **Interventi comunitari** → integrazione di politiche e strategie volte a ridurre il rischio dell'obesità nella popolazione attraverso la legislazione, modifiche dell'ambiente, fornitura di risorse accessibili e sussidi economici;
- **Interventi scolastici** → interventi che hanno luogo nell'orario scolastico o dopo scuola, dalla materna alle superiori;
- **Interventi sulla famiglia** → sono definiti come quelli che implicano il coinvolgimento attivo e passivo dei genitori;
- **Assistenza sanitaria primaria** → programmi di promozione della salute o di gestione del peso condotti all'interno del sistema sanitario primario



RACCOMANDAZIONI

- I bambini e gli adolescenti tra i 6 e i 17 anni devono raggiungere >60 min di AF die;
- Consumare varietà di frutta e verdura, cereali integrali, proteine, latticini a basso contenuto di grassi;
- Limitare il consumo di sodio, grassi saturi e zuccheri. Limitare le porzioni.
- I bambini <18 mesi non devono avere tempo davanti allo schermo. I bambini compresi tra i 2 e 5 anni hanno solo 1h davanti allo schermo. I bambini >6 hanno a disposizione <2h/die.

linee guida dietetiche 2015-2020 per gli americani

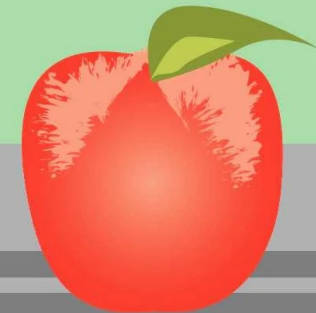
Organizzazione Mondiale della Sanità

USPSTF

- Bambini di 1-2 anni devono dormire 11-14h. Bambini di 3-5 anni 10-13h. Bambini di 6-12 anni 9-12h, adolescenti di 13-18 8-10h.
- Limitare i pasti nei ristoranti incoraggiando pasti in famiglia.
- I farmaci contro l'obesità sono raccomandati solo nei pazienti di età >12 e l'unico approvato è l'Orlistat.
- L'intervento chirurgico è raccomandato per gli adolescenti con BMI>35 con comorbidità importanti

Food and Drug Administration

Comitato Pediatrico della American Society for Metabolic and Bariatric Surgery



CONCLUSIONI

È necessario promuovere interventi efficaci su vasta scala poiché anche piccoli cambiamenti di peso possono avere un impatto significativo su molteplici indici cardiometabolici che possono migliorare la qualità e la durata di vita

Obiettivo: La ricerca futura dovrebbe concentrarsi su considerazioni traslazionali fin dall'inizio e sui modi per aumentare la fornitura di interventi efficaci. È necessaria la ricerca sugli interventi e sulla loro attuazione per raggiungere in modo più efficace le minoranze e le popolazioni svantaggiate a maggior rischio di obesità.

