

Dipartimento Sanità
Comitato permanente regionale della pediatria di libera scelta

L'anno 2024, il giorno 12 del mese di GIUGNO , in presenza coordinata dal Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo, si è riunito il Comitato permanente regionale della Pediatria di libera scelta convocato con nota prot. n. 0234809/24 del 6/0462024.

Sono presenti i Sigg.ri Componenti:

Dott.ssa Barbara Morganti	Presidente del Comitato regionale di PLS su delega dell'Assessore Dott.ssa Nicoletta Veri
Dott. Pierpaolo Falchi	ASL Avezzano Sulmona L'Aquila ASSENTE
Dott.ssa Maria Grazia Capitoli	ASL Lanciano Vasto Chieti ASSENTE
Dott.ssa Marilea Cantagallo	ASL Pescara assente giustificato
Dott Francesco Baiocchi	ASL Teramo
Dott. Piero Di Saverio	F.I.M.P assente
Dott.ssa Marisa D'Andrea	F.I.M.P.
Dott. Maurizio Lanci	F.I.M.P.
Dott. Amedeo Spinelli	SiMPeF
Dott. Umberto Muzii	Federazione C.I.P.E. S.I.S.P.eS.I.N.S.P.e. assente

Partecipa la Dott.ssa Lara De Berardinis, Responsabile dell'Ufficio medicina convenzionata del Servizio Programmazione Socio – Sanitaria Responsabile, che funge da segretario verbalizzante .
In collegamento da remoto è presente il dott Franco Baiocchi.

La seduta è aperta alle ore 15:00 dalla dott.ssa Barbara Morganti, in qualità di Presidente su delega dell'Assessore dr.sa Nicoletta Veri, che saluta i presenti e constatata la presenza del numero legale, riferisce che il Comitato è stato convocato con i seguenti punti all' o.d.g:

- Governo clinico 2024 ;
- Varie ed eventuali ;

In apertura del primo punto all'odg il Presidente rileva come la bozza del documento recante il governo Clinico, opportunamente modificata secondo le indicazioni del Comitato rese nel precedente incontro dello stesso, è stata già fornita, via mail, a tutti i componenti lo stesso, per un'ulteriore disamina.

Rileva a tal punto che con mail odierna, allegata al presente verbale, la dott.ssa Marilea Cantagallo - nell' impossibilità di poter presenziare all'incontro per indifferibili impegni – ha comunicato ”.. *l'adesione dell'ASL Pescara ai contenuti proposti nella documentazione allegata, in merito al Governo Clinico PLS anno 2024, ivi comprese le modifiche evidenziate, fatta salva la schedulazione del calendario operativo da ricalibrare opportunamente rispetto alla tempistica di definitiva adozione dei documenti medesimi.*”.

Dipartimento Sanità

Comitato permanente regionale della pediatria di libera scelta

Il Presidente , dunque, nel concordare – come tutti i presenti – che il documento necessita essere revisionato nella timeline della flowchart, accoglie la richiesta del Dott.Lanci, volta a sviluppare il progetto definito per il 2024 anche per l'annualità 2025.

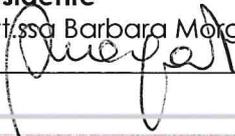
Segue discussione del Comitato in merito, terminata la quale lo stesso :

- approva il programma di attività di Governo clinico per i Pediatri di libera scelta per l'anno 2024 di cui al Progetto " PREVENIRE E CONTRASTARE SOVRAPPESO ED OBESITA' INFANTILE- INTERCETTARE E MONITORARE OBESITA' E SOVRAPPESO IN ETA' PEDIATRICA, ADOTTARE CORRETTI STILI DI VITA PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE, NELLA REGIONE ABRUZZO" , sottoscrivendo il documento allegato al presente verbale ;
- concorda sulla univoca dichiarazione di intenti volta a considerare, per l'ottimale esito progettuale, la prosecuzione anche per l'anno 2025 del progetto di governo clinico de quo, efficacemente implementato sulla base delle risultanze che saranno conseguite nel corrente anno .

Alle ore 16 :00, la riunione è conclusa.

Il Presidente

Dott.ssa Barbara Morganti



Il segretario verbalizzante

Dott.ssa Lara De Berardinis



ARGOMENTO: PREVENIRE E CONTRASTARE SOVRAPPESO ED OBESITA' INFANTILE

INTERCETTARE E MONITORARE OBESITA' E SOVRAPPESO IN ETA' PEDIATRICA, ADOTTARE CORRETTI STILI DI VITA PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE, NELLA REGIONE ABRUZZO.

RAZIONALE:

L'obesità è la più frequente patologia cronica in età pediatrica; la sua incidenza è in continuo aumento nei bambini e negli adolescenti e rappresenta un problema nutrizionale importante nei Paesi ad elevato tenore socioeconomico (1). L'Italia è uno dei paesi europei con le prevalenze di sovrappeso e obesità più alte e, recenti report dell'Istituto Superiore di Sanità, indicano come il 39% dei bambini sia in sovrappeso o obeso e il 17% in condizioni di obesità (WHO/EURO:2022-6594-46360-67071).

Si evidenzia, inoltre, una tendenza geografica che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale. Prevalenze di obesità più elevate si osservano anche in famiglie in condizione socioeconomica più svantaggiata e tra i bambini che non sono mai stati allattati al seno o lo sono stati per meno di un mese (2).

L'obesità pediatrica è una condizione ugualmente grave rispetto all'obesità dell'adulto; diversi studi hanno infatti dimostrato come il rischio di malattie cardiovascolari e di complicanze metaboliche legate all'obesità siano presenti già in età pediatrica (3). Questo drastico incremento di incidenza può essere giustificato da fattori ambientali e dal moderno stile di vita. Tuttavia, l'obesità è un disordine multifattoriale in cui anche la componente genetica gioca un ruolo eziologico molto importante (9, 10).

L'obesità è definita come un eccessivo accumulo di grasso corporeo in relazione alla massa magra, sia come quantità assoluta, sia come distribuzione in punti precisi del corpo. L'Indice di Massa Corporea (BMI) è la misura più comunemente utilizzata in tutte le età per valutare il rapporto tra peso e altezza di una persona e l'eventuale stato di sottopeso, normopeso, sovrappeso o obesità.

A parità di BMI esistono, naturalmente, differenze legate al sesso, all'età, allo sviluppo della massa muscolare del soggetto. Molti studi, negli ultimi anni, si stanno concentrando sul fatto che non c'è una correlazione diretta tra aumento del BMI e aumento del rischio cardiometabolico; spesso emerge come soggetti sovrappeso o obesi presentino un buono stato di salute cardiometabolico, così come molti individui con un BMI nel range del normopeso appaiono non sani da un punto di vista cardiovascolare (Tomiya AJ Int J Obes (Lond). 2016;40(5):883-886).

Nella popolazione pediatrica così come accade in quella adulta, pertanto, il BMI può essere ancora un indicatore utile per il monitoraggio del peso corporeo, ma nell'ottica di identificare soggetti a maggiore rischio cardiovascolare va usato con cautela e in combinazione con altre informazioni circa la distribuzione del grasso corporeo, lo stato metabolico, lo sviluppo muscolare, la storia familiare e lo stile di vita (Visaria A PLoS One. 2023 Jul 5;18(7):e0287218).

Misure supplementari come la circonferenza vita (Waist Circumference, WC) o il rapporto circonferenza vita-altezza (Waist to Height Ratio, WHtR) sono indici specifici relativi alla presenza di grasso addominale; per tale ragione, questi indici sono stati proposti come indicatori di morbilità correlata alla presenza di tessuto adiposo, anche nei bambini.

Il WHtR è vantaggioso rispetto al BMI e può essere calcolato dividendo la circonferenza vita espressa in centimetri per l'altezza del soggetto espressa in centimetri. Un indice pari a 0,5 o maggiore, indipendentemente da sesso, età ed

etnia, indica la presenza di obesità viscerale anche in bambini normopeso e con un normale BMI (Santomauro F Ital J Pediatr 43, 53 (2017).). L'importanza nell'identificare la presenza di obesità viscerale sta nel fatto che quest'ultima è associata, anche nel bambino, a un aumentato rischio di malattie metaboliche e cardiovascolari, e comporta rischi per la salute dell'individuo maggiori rispetto a quelli dati dal grasso corporeo totale e da una distribuzione del grasso periferica. La circonferenza addominale, oltre che di aumentato rischio cardiovascolare, è inoltre un indicatore di sensibilità all'insulina. Esiste una correlazione diretta tra grasso viscerale e secrezione di molecole pro-infiammatorie: il persistere di questa condizione predispone a patologie dell'età adulta quali steatosi epatica, dislipidemie, sindrome metabolica. Infine, la presenza di obesità viscerale è direttamente correlata ad accelerazioni dell'avanzamento dell'età ossea e dello sviluppo puberale in entrambi i sessi (4). In particolare, in uno studio recente si è documentato un preoccupante e progressivo aumento dei valori di circonferenza vita CW nel corso dell'ultimo decennio con particolare incremento durante il periodo della pandemia da COVID-19. Inoltre, tali variazioni risultano essere fortemente correlate con alterazioni metaboliche e soprattutto alterazioni del metabolismo glucidico dopo esecuzione di un test da carico orale di glucosio (OGTT) in bambini obesi o sovrappeso (Giannini C Int J Obes (Lond). 2022;46(9):1694-1702). I dati ad oggi disponibili dimostrano che le modificazioni dello stile di vita durante il periodo di pandemia, in particolare l'aumentata sedentarietà con ridotta attività fisica e le modificazioni del regime alimentare, siano state le principali cause associate all'incremento della circonferenza vita e successivamente dei suoi effetti metabolici. Tuttavia, gli studi ad oggi disponibili hanno concentrato la loro attenzione esclusivamente in bambini in sovrappeso ed obesi senza caratterizzare i soggetti apparentemente normopeso ma con valori aumentati di circonferenza vita. Se i drastici effetti metabolici documentati nei bambini obesi o sovrappeso fossero confermati anche in soggetti normopeso con aumento della circonferenza vita, si determinerebbe un importante e allarmante quadro epidemiologico con necessità di un più complesso intervento di prevenzione.

L'obiettivo dello screening, rivolto agli assistiti dei PIs dai 5 agli 11 anni, è quello di intercettare, definendone la prevalenza, la popolazione obesa ed in sovrappeso nelle 7 fasce di età indicate, monitorare nel corso dell'anno 2024 i valori antropometrici e pressori, gli indici di adiposità, come meglio dettagliati nella sezione "attività da eseguire", accrescere l'awareness sia nei genitori che nei bambini sull'adozione di corretti stili di vita e l'attivazione di procedure di prevenzione delle complicanze cardio metaboliche; favorire il miglioramento della Qualità di Vita attraverso il miglioramento della gestione della cronicità, nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), come indicato nel Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.).

L'obiettivo, in aderenza al Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, è anche quello di contrastare le disuguaglianze di genere e sociali nella prevenzione e gestione dell'obesità, ridurre interventi eterogenei e frammentari, anche attraverso strumenti di supporto per scelte organizzative omogenee.

Si raccomanda in occasione dei bilanci di salute di effettuare oltre la valutazione antropometrica, pressoria e degli indici di adiposità, anche la misurazione della circonferenza vita (CW) e del rapporto circonferenza vita/altezza (WHtR) negli Obesi e Sovrappeso ed anche nei Normopeso, in considerazione di quanto evidenziato nei più recenti studi sopra riportati sull'obesità viscerale ed il correlato rischio cardiovascolare, ipersensibilità all'insulina, predisposizione allo sviluppo di steatosi epatica, dislipidemie e sindrome metabolica.

L'attività di governo clinico è obbligatoria per il PIs.

Le visite effettuate per l'attività del governo clinico non devono coincidere con le visite effettuate per il progetto salute infanzia (bilanci di salute).



Attività da eseguire: Flowchart e timeline

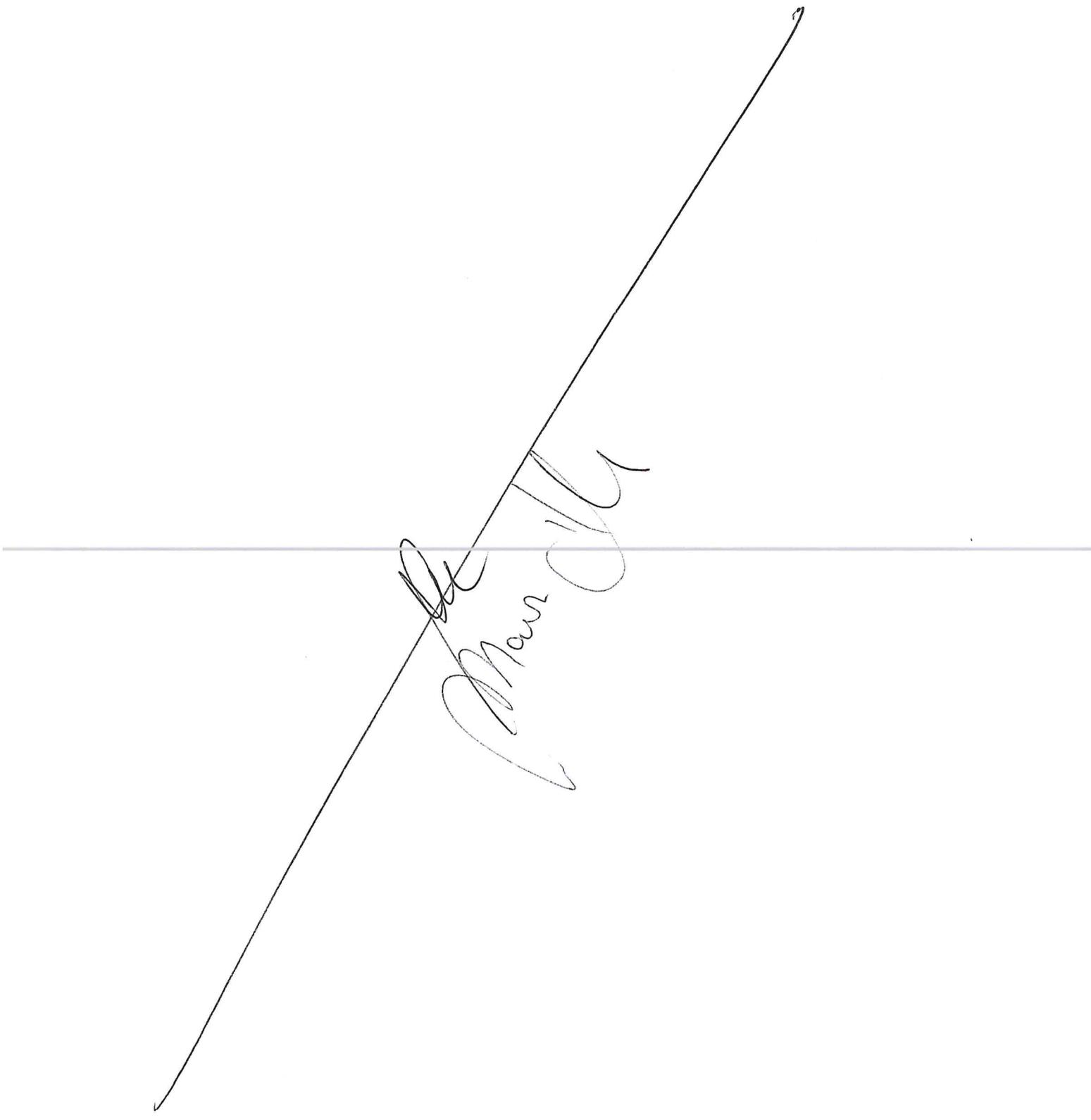
10 luglio 24	Luglio-novembre 2024	Dicembre 24-marzo 2025
<p>Il PLS</p> <p>1.1 attiva il Governo Clinico per l'anno 2024</p> <p>1.2 estrae, alla data del 01-03-2024 dal proprio DB, la più recente registrazione dei valori antropometrici rilevata nell'ultimo anno degli assistiti nati tra il 01-01-2013 ed il 31-12-2018, inseriti nel gestionale in uso;</p> <p>1.3 calcola il BMI nella fascia di età 5-11 anni</p> <p>1.4 distingue gli assistiti Normopeso (N) e Sovrappeso (S) da quelli Obesi (O)</p> <p>1.5 inoltra, agli Uffici regionali ed aziendali preposti alla ricezione, l'estratto anonimizzato * in formato excel, dei casi (N),(S),(O)</p>	<p>Il PLS</p> <p>2.1 programma l'accesso in studio degli assistiti in S ed O per l'esecuzione del 1° screening Specifico sul Governo Clinico "Sovrappeso/Obesità"</p> <p>2.2 rileva i valori antropometrici (peso, statura) circonferenza vita e pressione arteriosa;</p> <p>2.3 valuta BMI, il rapporto vita/altezza;</p> <p>2.4 rinforza le indicazioni sui corretti stili di vita agli assistiti in Sovrappeso ed Obesi, anche mediante materiale educazionale cartaceo o informatizzato (All.1)</p> <p>2.5 richiede, ai genitori degli assistiti in S e O che venga compilata la "Scheda anamnestica" (questionario All.2.1) che è valutata ed integrata (All.2.2) dal proprio PLS.</p> <p>2.6 propone eventuale consulenza presso il Centro Auxologico di riferimento per gli assistiti Obesi e successiva condivisione del PDTA proposto dal 2° livello.</p> <p>2.7 inoltra, agli Uffici regionali ed aziendali preposti alla ricezione, l'estratto anonimizzato * in formato excel, dei casi esaminati (S),(O)</p>	<p>Il PLS</p> <p>3.1 programma l'accesso in studio degli assistiti in S ed O per l'esecuzione del 2° screening Specifico, sul Governo Clinico "Sovrappeso/Obesità"</p> <p>3.2 rileva i valori antropometrici (peso, statura) circonferenza vita e pressione arteriosa;</p> <p>3.3 valuta BMI, il rapporto vita/altezza;</p> <p>3.4 rinforza le indicazioni sui corretti stili di vita proposti, agli assistiti in Sovrappeso ed Obesi.</p> <p>3.5 valuta la consulenza prestata presso il Centro Auxologico di riferimento per gli assistiti Obesi ed esercita eventuale rinforzo se la consulenza non sia stata fatta.</p> <p>3.6 inoltra, agli Uffici regionali ed aziendali preposti alla ricezione, l'estratto anonimizzato * in formato excel, dei casi esaminati (S),(O)</p>
<p>*anonimizzato: il pls priva il file excel del CF, Nome, Cognome e data di nascita dei casi prima dell'inoltro</p>		

Legenda: BMI: 85 ≤ 95 (Sovrappeso) - BMI: > 95 (Obeso)

Indici di performance:

- 1.1: attivazione del Governo Clinico 2024 (attività obbligatoria) entro il giorno 10 luglio 2024
- 1.2: estrazione valori antropometrici degli assistiti nati tra il 01-01-2013 ed il 31-12-2018, registrati nel gestionale del PLS e che abbiano fatto accesso in studio nell'ultimo anno, ovvero dal 01-01-2023.
- 1.5: inoltro a mezzo pec, entro il giorno 10 luglio 2024, dei files excel anonimizzati dal PLS che riporta i valori antropometrici dei soggetti Obesi, Sovrappeso e Normopeso
- 2.2: rilevazione, nel 1° Screening specifico, sul Governo Clinico "Sovrappeso/Obesità," dei valori antropometrici (peso, statura), circonferenza vita, pressione arteriosa almeno al 60% % degli assistiti Obesi o in Sovrappeso arruolati nella prima estrazione.
- 2.7: inoltro a mezzo pec, entro il giorno 15 dicembre 24, del file excel anonimizzato dal PLS che riporta i valori antropometrici dei soggetti Obesi, Sovrappeso. (estrazione dati dal 01-01-2024 al 31-10-2024)
- 3.2 : rilevazione, nel 2° Screening specifico, sul Governo Clinico "Sovrappeso/Obesità," dei valori antropometrici (peso, statura), circonferenza vita, pressione arteriosa almeno al 50% % degli assistiti Obesi o in Sovrappeso arruolati nella prima estrazione. (estrazione dati dal 01-11-2024 al 28-02-2025)
- 3.6: inoltro a mezzo pec, entro il giorno 15 aprile 2025, dei files excel anonimizzati dal PLS che riporta i valori antropometrici dei soggetti Obesi, Sovrappeso.

[Handwritten signatures and initials]



AZIONI DI PROCESSO E COUNSELING

in occasione degli Screenings specifici del G.C.

- a) Esame fisico
- b) Valutare ed integrare le risposte, riportate nella "scheda anamnestica cartacea o informatizzata", di cui all'Allegato 2.1 e 2.2, fornita ai genitori degli assistiti in Sovrappeso e Obesi
- c) Registrare, nel gestionale in uso, il valore dei seguenti parametri auxologici:
 - a. Peso (misurato al più vicino 0.1 kg)
 - b. Altezza (misurata con lo stadiometro a parete al più vicino 0.1 cm. Il paziente, scalzo, si pone in piedi dritto e con i piedi uniti poggiati sul pavimento; i talloni, le natiche e le scapole poggiate contro il piano verticale, le braccia rilassate con i palmi rivolti medialmente e la testa posizionata sul piano di Francoforte)
 - a. Circonferenza vita (CW) misurata al più vicino 1 mm nel suo punto più stretto a metà tra ultima costa e cresta iliaca. Calcolare l'indice WHtR
 - b. Pressione arteriosa (La pressione arteriosa verrà misurata con metodica standardizzata, dopo che ciascun soggetto sarà stato in posizione di riposo (seduto o sdraiato per almeno 5 minuti) con sfigmomanometro, con specifiche cuffie pediatriche. La fascia per la misurazione della PA verrà posizionata al braccio non dominante per tutte le misurazioni effettuate. Saranno valutati i percentili rispetto al sesso ed età intendendo come valori normali quelli inferiori al 90° centile, come borderline valori pressori compresi tra il 90° e 95° centile (pre-ipertensione) e come ipertensione valori maggiori del 95° centile)
- d) Fornire (counseling) e rinforzare al 1°, 2° **Screening specifico**, le indicazioni sui corretti stili di vita agli assistiti in Sovrappeso ed Obesi, secondo le indicazioni adottate il 27 luglio 2022 con Accordo Stato-Regioni "Linee d'indirizzo per la prevenzione ed il contrasto del sovrappeso e dell'obesità" (All. 3) e "Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce di età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie" adottato con Accordo Stato-Regioni il 3 novembre 2021. (All.4) e Linee Guida per una sana e corretta alimentazione INRAN 2022 (All.5)
- e) Definire gli indici di adiposità. L'aumento degli indici di adiposità viene definito sulla base dei valori di BMI; I soggetti verranno categorizzati come normopeso se il BMI è <85° centile, sovrappeso se BMI tra 85 e 95° centile e obesi se BMI >95° centile. Ai soggetti definiti quali Obesi verrà proposta una visita auxologica presso un centro di Auxo-Endocrinologia pediatrica per una valutazione più approfondita in merito all'eccesso ponderale, nonché condiviso il PDTA che sarà proposto dal 2° livello.
- f) Rilevare in tutti i soggetti 5-11 anni inclusi nelle categorie di Obesi e Sovrappeso i valori di circonferenza vita espressa mediante percentile per età e sesso.

TRASMISSIONE DATI

Il Pls trasmette alla Asl di appartenenza le azioni di processo come di seguito dettagliate, nel rispetto della normativa sulla privacy:

1. Attivazione del Governo Clinico 2024 entro il: 10/07/2024
2. Azioni di cui ai punti 1.5 entro il 10/07/2024
3. Azioni di cui ai punti 2.7 entro il 15/12/2024
4. Azioni di cui ai punti 3.6 entro il 15/04/2025

REMUNERAZIONE

Al Pls che effettua e rispetta le attività previste dal piano di screening, viene corrisposto mensilmente il 97% della voce contrattuale di ACN di cui all' art. 44 lettera B comma I, in ragione di 1/12 per assistito/mese.

Ai Pls che raggiungono o superano le percentuali di performance di cui al punto 3.2 viene corrisposto a consuntivo, entro giugno 2025, il restante 3% del dovuto più eventuali quote recuperate dai Pediatri inadempienti (in quota capitaria per assistito)

Ai Pediatri che non abbiano raggiunto gli indici di performance di cui ai punti 2.2 e 3.2, saranno recuperate le somme già erogate, nel modo seguente:
mancata esecuzione di quanto previsto dal punto 2.2, recupero delle somme erogate dal 1° luglio 2024 al 31 novembre 2024.

mancata esecuzione di quanto previsto dal punto punto 3.2, recupero delle somme erogate dal 1° novembre 2024 al 31 marzo 2025.

4

Mandy

Prevenzione dell'obesità e del rischio cardiovascolare in età pediatrica

ALLEGATO 2.1 - SCHEDA ANAMNESTICA genitori

✔ Colazione del mattino

- SI
- NO
- A volte

✔ Spuntino di metà mattinata

- SI
- NO
- A volte

✔ Attività fisica regolare :

- SI
- NO

✔ Utilizzo di frutta per spuntino

- SI
- NO
- A volte

✔ Utilizzo di salse pronte (maionese, ketchup, salsa di soia, ecc)

- SI
- NO

✔ Il bambino assume verdure ai pasti principali

- SI
- NO
- A volte

✔ Quanto tempo al giorno trascorre a giocare con i dispositivi elettronici?

- Meno di 1 ora
- Meno di 2 ore
- Più di 2 ore

✔ A che ora va a letto?

- Prima delle 22
- Dopo le 22
- Dopo le 23

✔ Età della madre _____

✔ Grado di istruzione della madre _____

✔ Età del padre _____

✔ Grado di istruzione del padre _____

ALLEGATO 2.2. - SCHEDA ANAMNESTICA integrativa PLS

➤ Fattori di rischio familiare

- Storia di evento cardio-vascolare maggiore in età precoce in parenti di 1°-2° grado (*prima dei 55 anni se maschi e dei 65 anni se femmine*)
- Genitore con colesterolo > 240 mg/dl o dislipidemia
- Genitore in sovrappeso o obeso
- Diabete gestazionale
- Familiarità di 1° grado per diabete mellito tipo 2 o diabete gestazionale
- Basso livello socioeconomico della famiglia

➤ Condizioni predisponenti del bambino

- neonato piccolo per età gestazionale (curve di Bertino)
- neonato macrosomico
- mancato allattamento al seno
- alimentazione complementare precoce
- eccessiva crescita ponderale nel primo biennio
- precoce adiposity rebound

➤ Atteggiamento dei genitori in merito all'alimentazione del figlio/a:

- Permissivo
- Autorevole
- Autoritario

➤ I genitori ritengono che il figlio/a mangi più del dovuto?

- Spesso
- Qualche volta
- Mai

➤ Riescono a mantenere delle regole chiare riguardo ad un'alimentazione sana del figlio/a ?

- Sì
- Qualche volta