

SOVRAPPESO e OBESITA' NEL BAMBINO e NELL'ADOLESCENTE

L'organizzazione mondiale della sanità (OMS-WHO) e gli altri enti internazionali e nazionali della salute, dopo un secolo indirizzato alla lotta contro le malattie trasmissibili (malattie infettive), hanno fissato nuove finalità per questo secolo (addirittura millennio perché sono state definite "Millennium goals") indirizzate alla salute della madre e del bambino e, soprattutto, alla prevenzione e cura delle malattie non comunicabili (non trasmissibili) ma derivanti dall'ambiente fisico e sociale (inquinamento, povertà), dalle abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, droghe), dall'ignoranza o mancata istruzione, dall'arretratezza tutta del paese di appartenenza. Fra le malattie interessate si comprende che sono incluse le maggiori cause di morte quali le malattie cardiovascolari, i tumori, la malnutrizione (che ancora colpisce poco meno di un miliardo di persone) e aggiungerei le conseguenze di violenza e ignoranza (omicidi, abusi su donne e bambini, guerre ...) e, non ultimi, gli incidenti, principale causa di morte fino a 40 anni. Fra questi problemi sanitari particolarmente importanti sono le conseguenze della cattiva alimentazione e in particolare il sovrappeso e l'obesità. L'OMS dà anche una definizione di obesità, una delle tante ma da registrare perché proviene dal più importante ente sanitario internazionale: "eccessivo accumulo di grasso nell'organismo che può mettere a repentaglio la "salute", che, sempre l'"OMS-WHO", definisce non come assenza di malattia ma come stato di benessere fisico e psichico, sottintendendo anche benessere di vita, benessere sociale ed economico. Sempre secondo l'OMS l'obesità è il quinto fattore di rischio per la salute, dopo ipertensione, fumo, iperglicemia, e inattività fisica, dove tre degli altri quattro sono conseguenze di obesità precoce o concausa della stessa.

La definizione di obesità (Ob) non implica necessariamente la sua evidente osservazione nei soggetti affetti, specie se in età infantile quando il bambino "in carne" può apparire più bello e sano, per cui nel tempo sono state proposte varie definizioni pratiche e limiti del sovrappeso quali la percentuale dell'eccesso di peso rispetto al peso ideale per la statura o l'aumento di vari indici ponderali fra i quali il più usato ultimamente è il "Body mass index" (indice di massa corporea) calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri al quadrato ($BMI = \text{peso (kg)} / \text{altezza (m)}^2$). Negli adulti valori di BMI superiori a 25 indicano il sovrappeso e superiori a 30 l'obesità franca. Nel bambino i valori di BMI sono molto più bassi di quelli dell'adulto di conseguenza sono stati costruiti grafici che indicano i valori soglia nelle varie età e che corrispondono a quelli degli adulti a circa 18-19 anni. Il nostro ministero della salute preferisce definire sovrappeso (SP) e obesità del bambino come eccessi ponderali superiori rispettivamente al 10% e al 20% del peso ideale calcolato in base all'età e alla statura. Un altro indice importante è il rapporto fra circonferenza della vita e la statura che se superiore a 0.50 oltre a essere segno di grave sovrappeso è anche un fattore di rischio per la malattia cardiovascolare e per la steatosi epatica, primo importante segno di evoluzione verso la steato-epatite non alcolica e la sindrome metabolica (almeno tre delle seguenti complicanze: obesità, ipertensione, iperglicemia (diabete mellito tipo 2), ipertrigliceridemia, ipercolesterolemia).

Negli ultimi decenni l'incidenza di SP e Ob nel bambino è notevolmente aumentata da valori inferiori al 10% a quelli attuali di circa il 30% pur con ampie variazioni: maggiore incidenza nel meridione, nelle classi sociali più svantaggiate e negli immigrati. Queste sono fra le più alte percentuali al mondo, in barba alle nostre abitudini alimentari di dieta mediterranea, universalmente riconosciuta come la più sana e come quella maggiormente in grado di prevenire obesità e sue conseguenze, in aggiunta un'obesità insorta in età pediatrica tende a rimanere nell'adulto nel 40-70% dei casi. In realtà tale sana dieta è stata in parte abbandonata ed in parte integrata con cattive abitudini, con cibi "spazzatura" e con un apporto calorico esagerato per i nostri fabbisogni giornalieri. Oltre all'aumento di calorie buona parte degli italiani, ed i bambini in testa, consumano diete sbilanciate nei suoi componenti principali con eccesso di grassi e

zuccheri semplici, e diminuzione del consumo di fibre, spesso anche di vitamine, oligoelementi e altri nutrienti essenziali alla vita e alla crescita. In particolare il minor consumo di frutta, verdura, cereali integrali, cioè di fibre, riduce il senso di sazietà, facendo mangiare di più, e accelera l'assorbimento di grassi e zuccheri. Riguardo questi ultimi è aumentato l'impiego di quelli semplici (dolci), un tempo consumati solo dalla maggior parte della gente occasionalmente ed ora parte integrante dell'alimentazione quotidiana nelle colazioni (merendine, biscotti), nei dessert e nelle merende. Inoltre all'acqua pura vengono spesso preferite bibite zuccherate e succhi di frutta, ormai parte integrante dell'alimentazione fin dai primi mesi di vita. A questo aggiungerei che lo zucchero è frequentemente nella bocca dei bambini sotto forma di caramelle, lecca-lecca, dolcetti vari, gelati e chewing-gum. Anche i grassi saturi, un tempo consumati solo ai pasti e spesso in quantità non sufficiente dal punto di vista calorico, ora sono componente importante di tanti snacks (patatine, salatini, pizette, perfino dolci industriali come la maggior parte delle merendine per bambini) che i bambini possono acquistare facilmente e senza controllo attraverso i distributori automatici nelle scuole, nelle palestre e in altri luoghi di aggregazione a loro dedicati, quando la mamma non li pone direttamente nelle cartelle e nei sacchi da ginnastica. Inoltre è importante ricordare che molte famiglie con diffuso sovrappeso od obesità considerano normale il sovrappeso e/o la voracità del figlio e tendono ad accorgersi in ritardo del problema, che per lo più considerano solo di tipo estetico.

L'altra principale causa dell'aumento dell'obesità è la ridotta attività fisica dovuta ai nuovi stili di vita, alla vita in città, alla necessità di lunghi trasferimenti quotidiani, alla pericolosità delle strade per un bambino solo, e, forse soprattutto, alla sedentarietà causata dai mezzi elettronici di svago e di lavoro. Spesso i genitori quasi non comunicano con i figli, non raccontano più le favole, parlano poco, non li ascoltano e non li coinvolgono nelle attività quotidiane come avveniva un tempo. Due ore settimanali di attività sportiva (che i bambini meno dotati spesso passano con scarso impegno, più guardando gli altri che facendosi coinvolgere) non sono sufficienti a esaudire le necessità dell'organismo di spendere l'energia e le calorie accumulate con l'alimentazione. Parziali cause della diminuita attività fisica sono, come detto, anche le nuove attività sedentarie di bambini e adolescenti: televisione (utilizzata come baby-sitter fin dai primi mesi di vita, con programmi studiati e prodotti anche per i piccolissimi), giochi elettronici, computer e ultimi, ma non meno pericolosi i telefonini, specie se con accesso a internet. Una famiglia responsabile dovrebbe ridurre a poche ore settimanali l'uso di tutti questi mezzi elettronici, specie se il bambino tende già a ingrassare e non ama l'attività fisica e in ogni caso sarà sempre utile dal punto di vista educativo e della maturazione del figlio.

Naturalmente questi fattori eziologici sono più rilevanti se vi sono fattori di rischio nella famiglia. Gli esperti calcolano a circa il 30% l'importanza della genetica nel rischio di obesità, in aggiunta a più rare forme di obesità genetica con caratteristiche particolari che il pediatra esperto è chiamato a escludere. Fattori di rischio genetico sono genitori o nonni con obesità o diabete mellito di tipo 2 (DM2), con iperlipidemie familiari, con ipertensione arteriosa e altre malattie cardiovascolari insorte prima dei 50 anni, oppure l'esser nati piccoli per l'età gestazionale o da madri con ipertensione e diabete gestazionali.

Le conseguenze di un'obesità precoce, sono proprio quelle patologie che abbiamo enumerato come fattori di rischio se presenti nei genitori, che vale la pena di ripetere, quindi DM2, ipertensione, malattie cardiovascolari, in aggiunta poi disturbi osteo-articolari da maggior carico, predisposizione per certi tipi di tumori, problemi psicologici e psichiatrici da ridotta auto-considerazione per problemi estetici o ridotte capacità fisiche, disturbi della condotta alimentare (dal sovrappeso infantile si passa facilmente all'anoressia-bulimia). Un bambino sovrappeso od obeso se non fa nulla per risolvere il suo problema sarà un adulto con un'aspettativa di vita inferiore alla media per durata e qualità, nonché ridotta riuscita sociale, ma già in età pediatrica iniziano i problemi fisici e psicologici e soprattutto questi ultimi. Sempre più

spesso bambini e adolescenti obesi manifestano un diabete di tipo 2, cioè da adulto, a causa dell'eccessivo sovrappeso e dell'insulino-resistenza che questo procura, o altre conseguenze quali asma, ridotta resistenza alla fatica e all'esercizio fisico, disturbi osteo-articolari, ulteriore causa di scarsa mobilità, cardiopatie precoci e, infine, come conseguenza dei problemi psicologici, spesso dell'isolamento e della derisione, anche disturbi psichiatrici con in testa sindromi depressive.

Il quadro prospettato è inquietante ma veritiero e impone a livello di sanità pubblica d'intervenire non solo con presidi sanitari (centri specialistici di diagnosi e cura, maggiore formazione del personale), ma anche e soprattutto con campagne preventive, con educazione della popolazione, con limitazioni all'industria o nella produzione di alimenti pericolosi o nella propaganda degli stessi, specie se destinati alle fasce più giovani, o nella loro distribuzione capillare, specie nelle scuole e nei centri di aggregazione. Altro campo d'intervento pubblico è quello dell'incentivazione dell'attività fisica di bambini e adulti, quindi con

possibilità di praticare sport per tutti, di potersi muovere agevolmente per strada senza auto, nell'aumentare le aree verdi pubbliche e attrezzarle per l'attività fisica, con aree pedonali, piste ciclabili, ricreazione attiva nelle scuole, promozioni di percorsi pedonali protetti per i bambini (tipo i "*pedibus*" per andare a scuola) e tante altre iniziative e stili di vita pubblici e della famiglia. L'educazione sia alimentare sia ad una corretta e duratura attività fisica sono anche la base della terapia, sempre diretta al miglioramento degli stili di vita con eventuale supporto farmacologico (o chirurgico) solo in casi eccezionali, almeno in età evolutiva. Tale comportamento è certamente più faticoso e difficile di una terapia farmacologica e l'aiuto di un supporto psicologico è oltre che importante in tanti casi anche necessario. Infine perché intervenire solo quando il problema è già presente, grave e di difficile risoluzione? La prevenzione e l'educazione di tutta la popolazione a stili di vita corretti e sani sono priorità sociali oltre che sanitarie, con anche vantaggi politici, economici e culturali.

Caratteri generali e notizie utili:

-problema emergente ovunque, anche in Africa dove negli ultimi anni il numero di obesi ha superato quello dei malnutriti che nel decennio 1990-2000 erano il 20-30% di tutta la popolazione del continente e circa 1-1,5 miliardi al mondo.

-In Italia una delle più alte percentuali al mondo, nel bambino anche percentuali fra sovrappeso (s.p.) e obesi (O) fra 25-30%.

-Quasi sempre obesità esogena, ma in circa un terzo dei casi predisposizione genetica perché sono presenti fattori di rischio famigliari. Rare le forme genetiche pure e limitati i casi di obesità conseguente ad altre patologie (endocrine, metaboliche, policistosi ovarica o conseguenza di farmaci –corticosteroidi, stimolanti l'appetito- o di immobilità da malattie), ma sempre importante escluderle.

-Fattori di rischio sono la presenza in famiglia di malattie spesso associate o per lo più conseguenti all'obesità stessa come diabete mellito tipo 2 (DM2), ipertensione ed altre malattie cardiovascolari (arteriosclerosi, infarti cardiaci, ictus cerebrali), iperlipemie, steatosi epatica, disturbi del comportamento alimentare (anoressia-bulimia) e altre.

-molte famiglie con diffuso sovrappeso od obesità considerano normale il sovrappeso e/o la voracità del figlio e tendono ad accorgersi in ritardo del problema.

-cause principali:

- aumentato intake calorico;

- ridotta attività fisica, sedentarietà;

- cattiva alimentazione con aumento della componente grassa e di carboidrati, ridotta assunzione di fibre, soprattutto verdure e prodotti da forno integrali.

-obesità sovrappeso 5° fattore di rischio per salute (dopo ipertensione, fumo, iperglicemia, e inattività fisica) dove $\frac{3}{4}$ degli altri sono conseguenze di obesità precoce o concausa della stessa!!!

-rapido aumento di peso fra nascita e 3 anni correla con aumento di fattori di rischio per malattie CV in adolescenza (sovrappeso e in grado minore iperlipemia e elevata PA (rispetto altri).