

**GRUPPO DI STUDIO
ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE IN ETA' PEDIATRICA**

Obesità infantile: quale percorso diagnostico – terapeutico?

A cura di Giuseppe Morino

U.O. Educazione Alimentare – Ospedale Pediatrico Bambino Gesù – Roma

Introduzione

Il sovrappeso e l'obesità rappresentano uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo e con un notevole impatto economico stimato per i vari Paesi tra il 2-8% della spesa sanitaria. Secondo le stime dell'OMS, riferite alla popolazione mondiale, nel 2014 i bambini, con età inferiore ai 5 anni, in sovrappeso o obesi erano 42 milioni. In Europa la prevalenza di sovrappeso ed obesità è rispettivamente del 12,8% e del 7%, riportando anche un gradiente nord-sud con i dati più allarmanti registrati in Spagna (21,2%), a Cipro (23,4%) ed in Italia (42,4%). Secondo i dati elaborati dal sistema di sorveglianza Okkio alla Salute del 2016, si stima che in Italia il 21.3 % dei bambini sono in sovrappeso, il 9,3% è obeso e i bambini con un grave grado di obesità sono il 2,2%; la distribuzione peraltro appare diversificata con una prevalenza di eccesso di peso più alta nelle regioni del Sud e Centro Italia. L'obesità infantile rappresenta un quadro clinico sempre più importante per numero di soggetti interessati e per presenza di complicanze metaboliche, cardiovascolari, respiratorie, ortopediche, e psicosociali già presenti in età pediatrica; d'altra canto l'approccio terapeutico appare difficile per la molteplicità di fattori alla base del sovrappeso. Sulla base di queste considerazioni le varie società scientifiche hanno elaborato percorsi diagnostici terapeutici, volti a definire l'approccio più adeguato e positivo per il ragazzo in fase di crescita.

Background

L'obesità infantile per il 95% dei casi è un'obesità di tipo essenziale ed ha un'origine multifattoriale in quanto entrano in gioco sia una predisposizione genetica sia fattori ambientali, come sedentarietà ed abitudini alimentari incongrue. Solo il 5% dei casi è rappresentato da forme secondarie ed in questi casi il sovrappeso si associa tipicamente ad alterazioni della crescita staturale e/o ritardo cognitivo e/o sintomi specifici della patologia di base.

L'obiettivo principale della terapia non è infatti il rapido calo ponderale, spesso non necessario in quanto la stabilizzazione del peso e la crescita staturale possono risolvere il problema; l'obiettivo principale appare invece l'ottenimento di un cambiamento permanente delle abitudini alimentari e dello stile di vita del paziente, associato ad una riduzione delle complicanze già presenti.

Il percorso diagnostico sulla base delle evidenze scientifiche

Un approccio adeguato parte da una corretta definizione, che, stante la specificità dell'accrescimento in età pediatrica, varia in relazione all'età. Con l'ultima Consensus Italiana sull'obesità infantile sono stati ridefiniti i criteri per identificare in modo unico il soggetto in sovrappeso e/o obeso.

In tutti i bambini di età > 2 anni la diagnosi si basa sull'uso di curve di centili dell'Indice di Massa Corporea. L'indicazione è di usare le curve dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (*WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006*) sotto i 5 anni e le curve di riferimento dell'OMS (*de Onis M, et al. 2007*) tra 5 e 18 anni. Per la definizione si devono usare i seguenti valori di cut-off:

Rischio sovrappeso	>85° percentile e $\leq$ 97° percentile
Sovrappeso	>97° percentile e $\leq$ 99° percentile
Obesità	> 99° percentile

Un recente studio italiano (*Valerio G et al, 2013*) ha concluso che l'impiego di una percentuale del 95° percentile $> 1,2$ ha un vantaggio rispetto al 99° percentile nell'identificare forme di obesità grave ad aumentato rischio cardiometabolico, in particolare nei soggetti sotto i 10 anni di età. Non vi sono tuttavia ancora studi che aggregino in modo inequivocabile tali definizioni con l'aumento del rischio, per questo è necessario occuparsi precocemente di tutti i soggetti con obesità.

L'elevato numero di soggetti in sovrappeso e/o obesi, la presenza di complicanze precoci già con gradi diversi di sovrappeso e la difficoltà di approccio necessitano di una presa in carico di tali soggetti da diverse figure professionali, secondo livelli diversi di complessità

Tutti gli studi concordano sul ruolo centrale del pediatra di famiglia e/o del medico di medicina generale che ha il compito di individuare precocemente i bambini a rischio, di motivare la famiglia ad un percorso di cura, di iniziare precocemente il trattamento e inviare ai livelli di assistenza più intensivi i casi specifici. Nel caso poi di obesità conclamata vi è necessità di un centro di II livello a cui spetta la definizione di percorsi diagnostici che evidenzino il rischio cardiovascolare e respiratorio (esame clinico, elettrocardiogramma, monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa, spirometria), il profilo endocrino-metabolico, le eventuali limitazioni funzionali e lo stato psicologico.

Tutti gli studi più recenti pongono al centro del problema metabolico il fegato; per tale motivo anche nell'ultima Consensus viene messa in rilievo la necessità dell'ecografia epatica tra gli esami di base da effettuare.

La gravità dei quadri clinici pongono la necessità di un intervento assistenziale di III livello che compete ai Centri Specializzati in Obesità Pediatrica, organizzati su base multidisciplinare e rivolto a bambini gravemente obesi, con complicanze, o resistenti al percorso terapeutico e a bambini affetti da obesità secondaria (genetica, endocrina, iatrogena, ecc).

In questo ambito le ultime evidenze scientifiche pongono la necessità di prevedere anche la chirurgia bariatrica tra le possibili soluzioni poste all'adolescente complicato e con gradi estremi di obesità.

Non vi sono al momento sufficienti prove scientifiche a supportare una tecnica rispetto all'altra, sebbene il *by-pass* gastrico con ansa alla Roux-en-Y sia associato con un maggiore calo ponderale rispetto alla *sleeve gastrectomy* o al bendaggio gastrico regolabile (*Black JA et al, 2013*).

Il percorso terapeutico: le evidenze scientifiche

Gli studi non supportano ancora in modo definitivo il tipo di percorso terapeutico atto a ridurre l'eccesso di grasso e le complicanze ad esso sotteso in età pediatrica.

Secondo la recente Consensus e tutte le revisioni sistematiche della letteratura gli obiettivi del percorso terapeutico sono:

- trattamento e miglioramento/risoluzione delle complicanze, se presenti, nel più breve tempo possibile;
- raggiungimento di un equilibrio tra spesa energetica e apporto calorico (mediante l'aumento dell'attività fisica e l'acquisizione di abitudini alimentari più corrette);
- mantenimento dei ritmi di accrescimento adeguati con il raggiungimento di un buon rapporto tra peso e statura;
- riduzione dell'eccesso ponderale (e non raggiungimento del peso ideale), riduzione della massa grassa e mantenimento della massa muscolare metabolicamente attiva;
- salute psicologica, in termini di autostima, attitudini corrette verso il cibo e il proprio corpo e miglioramento della qualità di vita;

- mantenimento dell'equilibrio staturale-ponderale raggiunto e prevenzione delle ricadute.

(Consensus su diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente - 2017)

Gli studi basati sull'insieme di dieta, attività fisica e modificazioni comportamentali evidenziano significative riduzione di BMI e BMI score, ma solo nel breve periodo (Cochrane 2017), mentre appaiono ancora non significativi i risultati su altri elementi come la qualità della vita e le comorbidità.

Il solo intervento basato su diete ipocaloriche non è supportato peraltro da risultati, se non nel brevissimo periodo e si presta a possibili evoluzioni verso disturbi del comportamento alimentare; maggiori risultati si hanno lavorando su indicazioni di corretta alimentazione, varia e ricca in fibre.

Gli interventi basati sull'aumento del movimento, soprattutto quando associati alla dieta, hanno dimostrato un significativo effetto sulla riduzione della percentuale di massa grassa in bambini e adolescenti sovrappeso e obesi (*Stoner L et al, 2016*). Le indicazioni, secondo le più recenti evidenze scientifiche, sono quelle di praticare almeno 60 minuti al giorno di attività fisica moderata intensa in attività prevalentemente aerobiche e almeno 3 volte la settimana esercizio di forza muscolare (*Janssen I, 2007*)

Altri studi supportano l'importanza delle tecniche cognitive comportamentali per un maggior adozione del ragazzo e della sua famiglia al percorso: allo stato delle conoscenze esse appaiono più efficaci nei bambini preadolescenti. (*Serra-Paya N et al, 2015*).

Considerazioni conclusive

Il trattamento dell'obesità infantile necessita di un percorso specifico secondo protocolli condivisi che, partendo da una corretta diagnosi e dall'individuazione precoce delle complicanze presenti, arrivi a definire una proposta terapeutica volta al cambiamento delle abitudini alimentari e dello stile di vita. Non essendoci al momento elementi univoci di tipo dietetico o comportamentale assume sempre più importanza l'impiego dell'Educazione Terapeutica (ET), che è un adattamento in età evolutiva del modello nato per la gestione delle malattie croniche. Necessita di competenze professionali specifiche, utilizza strumenti dell'approccio cognitivo-comportamentale (diario alimentare) e si basa su un percorso, a piccoli passi, volto ad aumentare la motivazione al miglioramento delle abitudini alimentari ed all'incremento del movimento spontaneo ed organizzato.