

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Obesità

Gentile prof. Panizon, La ringrazio per quanto ha scritto nel Digest sulla prevenzione dell'obesità e della sindrome metabolica¹. Ma mantengo qualche perplessità sull'applicabilità reale di quanto Lei suggerisce.

Il mio articolo sulle curve di crescita per la diagnosi precoce di eccesso ponderale in età scolare² vuole aiutare i pediatri a cominciare a usare le curve del WHO, perché sono le uniche che permettono la valutazione del BMI, e quindi dell'eccesso di peso, dalla nascita ai primi 2 anni. Non lo consentono le curve classiche e neppure quelle del CDC o quelle più recenti della SIEDP, che iniziano entrambe dai 2 anni d'età.

Il **punto 1** ha, infatti, bisogno di basi certe per sostenere il pediatra nel sospetto che il peso del bambino di 0-2 anni, che sta visitando, sia eccessivo o l'eccesso di peso stia aumentando o che ci sia una crescita del percentile del BMI.

Senza questa conferma come sostenere il programma del **punto 2**? Due biberon di latte, 60 g di pasta e 30 g di carne, come Lei giustamente dice, sono già 24 g di proteine, cioè già troppe per un bambino di 6-12 mesi di 6-10 kg (fabbisogno massimo nel primo anno di vita 2 g/kg, cioè 12-20 g/die), e ancora troppe nel secondo anno per un bambino di 12-15 kg (fabbisogno max 1,5/kg, cioè 18-22 g/die), ma mancano ancora i biscotti, la merenda e la cena!

Per il **punto 3**, sul bambino di 2-5 anni i problemi sono ancora maggiori: purtroppo lo "snellimento atteso" mi pare atteso da poche persone. Certo non dalle mamme, che non lo sanno, e se lo vedono corrono ai ripari disperate. Se il pediatra non controlla i centili, il bambino sovrappeso non lo vede neppure lui: sono più del 25% dei bambini che vede tutti i giorni, sono nel range della media, e ormai sfuggono al suo occhio che si è assuefatto³. Quanti colleghi poi vanno a misurare la circonferenza della vita (**punto 4**)?! Solo io, che sono fissata!

Come parlare, poi, di orario dei pasti in un mondo senza regole e senza orari? Quanti bambini hanno una famiglia e quante famiglie hanno gli orari dei pasti?

Aggiungo una riflessione sulla dieta piuttosto rigorosa, che Lei consiglia.

La dieta ha fallito nella terapia dell'obesità: l'ultima revisione letta⁴ conclude che, nei pochissimi studi con follow-up di 4 anni, quasi tutte le persone obese hanno perduto il risultato iniziale e molti hanno guadagnato molto più peso di quanto ne avevano perduto; il calo ponderale medio è stato di 3-4 kg. Il fallimento non è legato al fatto che mangiando meno non si cala di peso: l'uomo, come la cavia, messo in gabbia con po-

che calorie dimagrisce benissimo: il problema è pensare che sia giusto mettere in gabbia un uomo o un bambino...

Il **punto 5** è perfetto e la sua conclusione generale su cosa fare è bellissima, ma non capisco se per Lei sia facile o difficile da realizzare. La mia esperienza mi dice che i nostri pediatri non provano nemmeno a suggerirla. Come mai?

La mia opinione è questa: noi pediatri pensiamo sempre di selezionare i bambini da mettere a dieta (= in prigione) e siccome li amiamo troppo non riusciamo mai a vederne uno così grasso (colpevole) da meritare una simile terapia (pena/castigo). Invece, dovremmo cominciare a pensare che lo stile di vita sano (giocare insieme col corpo, guardare meno TV e mangiare più sano, vario e in dosi adeguate ai bisogni) è bello, è un regalo da non negare a nessuno.

Quando raggiungeremo questa consapevolezza, rischieremo di essere efficaci!

Bibliografia

1. Panizon F. Prevenzione dell'obesità e della sindrome metabolica. *Medico e Bambino* 2010;29:116-8.
2. Tanas R, Beccati A, Marsella M, Albertini A, Celenza F, Gilli G. Quali curve di crescita per la diagnosi precoce di eccesso ponderale in età scolare? *Medico e Bambino* 2010;29:103-11.
3. Huang JS, Donohue M, Golnari G, et al. Pediatricians' weight assessment and obesity management practices. *BMC Pediatr* 2009;9:19.
4. Clifton PM. Dietary treatment for obesity. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* 2008;5:672-81.

Rita Tanas

Div. di Pediatria e di Adolescentologia
Az. Universitaria-Ospedaliera di Ferrara

Cara dott.ssa Tanas, grazie per le contestazioni, che mi permettono di ritornare su un tema che "sento" urgente. Le do naturalmente (e non solo cavallescamente) ragione, sul piano del rigore scientifico; ma resto, con la testardaggine dei vecchi, fortemente sulle mie posizioni riguardo al "che fare".

Tolgo subito di mezzo la ferita da Lei inferta al mio debole e zoppicante tallone d'Achille: un esempio di prescrizione per il bambino, io ho scritto di 4 anni; Lei, giustamente, dice che tutto è troppo, per il bambino di 6-12 mesi e per il bambino di 1-2 anni. Ok, ma io avevo detto, 4 anni, 16 chili; e anch'io avevo scritto che, anche per quell'età, è comunque una dieta abbondante, da considerare al limite, da starci semmai al di sotto, mai al di sopra. E da ridurre, naturalmente, se il bambino pesa già troppo oppure se il suo BMI si impenna troppo presto. Sì, forse sono comunque scivolato. Lei ha tutte le ragioni.

Ma andiamo avanti, al punto 1; al "primo" momento in cui il pediatra può/deve intervenire; di fronte all'eccesso di peso nel pri-

mo biennio, specie se associato a un "semplice" fattore di rischio (eccesso di peso di uno oppure - infinitamente peggio!!! - di entrambi i genitori). Lei dice che occorrono "basi certe", ma quante certezze vuole avere? E, nell'attesa di queste certezze, perché vuole che un pediatra non si comporti nei riguardi del piccolo che gli viene portato in visita (per un controllo di prudenza, di non cercare che cresca intercorrente!) allo stesso modo in cui si comporterebbe un buon padre di famiglia appena un poco consapevole? Come mi comporterei io se avessi la fortuna di avere un nuovo nipotino (lo avrò, spero, non un nipotino vero, ma il figlio della figlia del mio troppo giovane fratello): e cioè, semplicemente, con un consiglio di prudenza, di non cercare che cresca troppo, di cercare che cresca meno; di dargli da mangiare un poco, un poco di meno (è un'età in cui questo è ancora possibile), per abituarlo a non mangiare più di quanto OBIETTIVAMENTE gli serve; di cominciare un discorso dialettico che si protrarrà, forse, per alcuni anni, in cui si comincerà DA ORA a spiegare che il peso non è sempre una cosa buona, che è ragionevole piuttosto "abituare" già DA ORA, e finché è possibile, a un apporto alimentare non eccessivo (poiché quello che riceve è già, per il solo dato dell'eccesso dell'incremento ponderale, matematicamente da considerare in eccesso!); per concordare una dieta che comporti una ragionevole, accettabile, tempestiva riduzione dell'apporto; per raccomandare, comunque, di non "insistere" mai perché la creatura mangi?

E saltiamo al punto 3 (evitando l'imbarazzante passaggio sul punto 2 di cui abbiamo già parlato). Il discorso è naturalmente lo stesso ma più urgente: il mancato "snellimento atteso". Lei dice, giustamente "atteso da poche persone". Verissimo, neanche io lo avrei atteso (anche se, per quello che sapevo, sulla vecchia nozione della "proceritas prima", ma solo confusamente, avrei dovuto): non lo attendevo con la precisione e sicurezza con cui i dati della letteratura ce lo mettono davanti agli occhi. Bene, adesso lo so: la relazione epidemiologica, se non è stata inventata (ma da più di un gruppo di lavoro di delinquenti mesisti d'accordo?) tra mancato snellimento precoce e obesità è fin troppo chiara, è fortissima. Adesso ho uno strumento chiaro su cui basarmi. Adesso DEVO intervenire. È l'ultimo tempo utile; lo conferma anche Lei che la restrizione, dopo, non serve quasi a niente (oltre a mettere "un bambino in gabbia") DOMANI SARÀ GIÀ TROPPO TARDI. Se no, a cosa serve leggere, aggiornarsi, a cosa serve il Suo bell'articolo? È una delle rare occasioni in cui la conoscenza può trasferirsi in comportamenti pratici, quotidiani.

E il punto 4? Ma basta vederla, la pancina, basta vedere, in profilo, che sorge (o non

sporge) più del giusto. Basta, se si vuole, "farci l'occhio"; badare a una cosa alla quale fino a ieri non si è badato. Per ignoranza condivisa. Piuttosto che non perdere tempo in un'inutile ascoltazione del torace. E poi, se si vuole, cominciare a misurare la circonferenza, giusto per confermare a se stessi che quello che si vede, e in che limiti, corrisponde a quello che si misura.

Lei dice che i bambini sovrappeso sono uno su quattro, che sono nel range della normalità (ma non col BMI), che sfuggono all'occhio del pediatra che si è ormai assuefatto. Bene, che il pediatra ri-attrezzi la sua capacità di giudizio e la sua consapevolezza su quello che DEVE fare. Oppure si deve pensare che il pediatra di famiglia debba solo dare l'antibiotico a chi non ne ha bisogno, solo per il fatto che è quello che ormai sta facendo di routine? Che il pediatra non debba stare al passo coi tempi? Che non abbia la capacità di migliorare? E non è che io gli raccomandi di badare ai percentili di TUTTI i bambini che vengono da lui (ma perché poi, no?) ma solo, o specialmente, dei bambini della fine del primo anno, e poi dei primissimi anni di vita (quanti saranno?) che vengono da lui per un BILANCIO DI SALUTE. Altrimenti, cosa cercherà, in questi bambini? il bronco? il timpano? il basso peso? il difetto di udito (1%)? il "soffioal cuore"? o, se è bravo, il ritardo psi-

comotorio (che non correggerà)? Poi, certo, avrà successo solo in una parte dei sovrappeso, dei bambini a rischio. E non è già sufficiente?

Certo, sarà poi la famiglia a decidere, a capire, a fare; a fare quello che può. Ma non spetta a lui, al pediatra di famiglia, educarla, questa famiglia? cominciando da quello che la famiglia può riuscire riesce, materialmente, a fare? come ridurre di un poco, con il suo consiglio, l'apporto calorico e proteico nella dieta? non spetta a lui cercare che dal suo ambulatorio escano dei bambini "ragionevolmente sani"? non ciccioni, non incastrati nella gabbia dell'obesità (una gabbia più pesante di quella di un'inutile dieta tardiva, percentili o non percentili, se ne accorgeranno i suoi compagni di classe)? bambini non destinati, se vogliamo restare incatenati a un bersaglio più strettamente medico, a sviluppare una sindrome metabolica?

Lei dice che bisogna educare (la famiglia) a dare ai bambini il gioco col corpo e a ridurre le ore di televisione. Certo, certo: ma poco prima mi ha chiesto "quanti bambini hanno una famiglia, e quante famiglie hanno l'orario dei pasti?" e l'orario del gioco? e l'orario della TV? Vuole che io non sia d'accordo con Lei? che i bambini dovrebbero giocare e che non dovrebbero guardare la TV e viverla come un sostituto della domesticità? o della vita? e che dovrebbero ricevere una dieta sana,

varia e in dose adeguata ai bisogni? Ma è così facile? più facile che restringere, un poco, la dieta? e che differenza REALE c'è tra questa (generica) raccomandazione e la mia, un po' più prescrittiva ma scritta per i pediatri, che dovrebbero abituarsi a calcolare composizione e calorie della dieta (non di tutti i bambini, solo di quelli a rischio). Certo, io non sono un pediatra di famiglia; e neanche un vero pediatra; e quindi non sono in grado, direttamente, di sperimentare o provare nel quotidiano quello che predico. Ma credo che non si dovrebbero considerare le attitudini, la voglia di fare, e la capacità di distinguere l'utile dall'inutile, e comunque di mettere in gioco se stesso, di sperimentare "varianti" del proprio mestiere, da parte del pediatra di famiglia, con troppa sufficienza, o sfiducia.

So, sento, che io e Lei non la pensiamo in maniera troppo diversa. È giusto e salutare che i pediatri tengano conto delle Sue obiezioni e delle Sue correzioni, e che ci pensino su; da parte mia non posso fare a meno che desiderare che i pediatri sentano e condividano, un poco, il mio furor. Ma forse non dispiacerebbe neanche a Lei.

Chissà che qualcuno di loro, su questo argomento e in questa "casella postale", non intervenga con la sua esperienza sul campo.

Franco Panizon