

OBESITÀ: PREVENIRE, CURARE O LASCIAR PERDERE?

ROBERTO BELLÙ

Unità Operativa di Patologia Neonatale, Ospedale di Lecco

AN ECOLOGIC APPROACH FOR PREVENTING OBESITY (M&B 10, 653-655, 1998)

Key words
Obesity

Summary

Obesity in childhood predisposes both to psychological and clinical problems, mainly cardiovascular diseases in adult males. Moreover, childhood obesity does not seem favourably influenced nor prevented when a classical individual medical approach is adopted. Sociocultural factors play a pivotal role in childhood obesity. They should be faced with a strategy centred in the promotion of self-esteem and active independent behaviour (both of children and parents) more than directly attempting to control the caloric intake.

Buona parte dei problemi che si possono incontrare occupandosi di obesità, sia nella pratica quotidiana che nello studio e nella ricerca, è stata sintetizzata da Stunkard nel 1972 nell'aforisma secondo il quale «...una buona parte degli obesi non vorrà sottoporsi ad alcun trattamento. Di quelli trattati, una buona parte non perderà peso. Di quelli che perderanno peso, una buona parte lo recupererà». Oltre a questo, un problema è rappresentato anche dalla mancanza di chiarezza sulla definizione stessa di "obesità", sia in termini di inquadramento diagnostico (Quale parametro per definire un bambino "obeso"? Ha senso definirlo tale?) che di valutazione del rischio associato a questa condizione quando si presenti nell'età evolutiva. A molte delle definizioni di obesità non corrisponde peraltro una quantificazione del rischio associato in termini di salute: si finisce così spesso per utilizzare complicate formule matematiche dal significato puramente descrittivo ma non predittivo. A tutt'oggi, gli unici studi di follow-up che hanno dimostrato un'associazione tra sovrappeso in età evolutiva e patologie in età adulta hanno utilizzato definizioni basate sull'indice di massa corporea (BMI), che può pertanto essere considerato un indice "predittivo" di possibili problemi e patologie.

Il titolo dell'articolo propone un quesito: curare, prevenire o lasciar perdere? Forse esistono validi motivi che possano giustificare tutte e tre le scelte.

Curare

Gli argomenti a favore delle necessità di curare l'obesità sono rappresentati essenzialmente dall'alta prevalenza in età pediatrica (dal 5 al 20%, a seconda dell'età e dell'area geografica), dall'ormai

dimostrata associazione con lo sviluppo di patologie sia in età pediatrica che nell'età adulta, e dalla difficoltà (se non impossibilità) di attuare una prevenzione efficace.

Numerosi studi hanno evidenziato le conseguenze immediate dell'obesità:

□ in primo luogo va considerato il problema della stigmatizzazione sociale, che ha certamente a che fare con gli aspetti normativi di una data cultura; in attesa però che la tolleranza nei confronti della "diversità" aumenti, non possono essere ignorati gli studi che dimostrano come bambini di 5-6 anni riconoscano ed emarginino i loro coetanei obesi;

□ la precoce maturazione somatica dei bambini obesi è un fattore di rischio per l'instaurarsi di sensi di inadeguatezza di un corpo che cresce più rapidamente della mente che vi abita;

□ difficoltà comportamentali e di apprendimento sono state ampiamente descritte nei bambini obesi, ma ancora non si sa con certezza se queste siano causa o conseguenza dell'obesità;

□ altre condizioni patologiche associate all'obesità sono ormai ampiamente descritte e riconosciute: i disturbi del comportamento alimentare sono senz'altro rilevanti in quanto spesso preludio al problema dell'anoressia/bulimia. L'associazione intolleranza glucidica - acantosi nigricans, la steatosi epatica (evidenziabile come aumento di ALT e AST), le dislipidemie e l'ipertensione, le apnee del sonno (presenti in circa il 7% dei bambini obesi e fattore di rischio importante per lo sviluppo di deficit neurocognitivi), la malattia policistica dell'ovaio sono tra queste. Anche l'asma si associa con maggior frequenza all'obesità, restando in pregiudicato quale sia il possibile rapporto di causa/effetto.

Le conseguenze a lungo termine dell'obesità in età evolutiva (descritta in termini di BMI) sono discusse soprattutto da due studi di Must¹ e Xavier-Nieto, entrambi del 1992 ed entrambi concordanti nel riportare un aumento, in età adulta, del rischio relativo di malattia cardiovascolare ischemica, di vasculopatia cerebrale e di carcinoma coloretale.

Occorre peraltro notare come questa associazione sia vera solo per i maschi, e come l'associazione con le patologie dell'età adulta sia indipendente dal BMI in questa età: ciò potrebbe indicare l'importanza dell'obesità in età pediatrica, ma anche l'inutilità degli interventi terapeutici².

Se un trattamento dell'obesità in età pediatrica deve essere effettuato, occorre rivolgersi allora agli interventi di dimostrata efficacia e praticabilità. A questo proposito gli unici studi con un follow-up adeguato sono quelli di Epstein³, che ha potuto dimostrare l'efficacia dello schema di trattamento da lui proposto dopo un periodo di dieci anni. Questo prevede un approccio dietetico (dieta ipocalorica da 1200-1500 kcal), associato all'utilizzo di tecniche comportamentali quali la contrattazione degli obiettivi, l'automonitoraggio, il rinforzo sociale e la gestione delle eventualità. Si tratta di una terapia impegnativa, multidisciplinare, che garantisce il mantenimento dei risultati nel tempo senza effetti negativi sulla crescita; va però evidenziato il limite importante nella relativa modestia dei risultati conseguibili, al punto che lo stesso Epstein rileva nelle conclusioni del suo lavoro come «siano necessari ulteriori sforzi per promuovere una maggior perdita di peso...».

Questo ci conduce direttamente alle ragioni di una possibile scelta contraria alle cure: queste infatti possono risultare inefficaci (o di scarsa efficacia) oppure impraticabili. Gli insuccessi terapeutici sono ampiamente descritti in letteratura e rappresentano un'esperienza comune di chiunque si occupi di obesità (la scarsa compliance alle cure e la perdita di pazienti al follow-up ne sono la miglior espressione).

Prevenire

Se curare è difficile, prevenire potrebbe essere la strada giusta: ma è possibile una prevenzione? Rispondere non è semplice, anche se certamente il problema è quello posto da Egger e Swinburn⁴, che in un recente articolo sul *BMJ* proponevano un nuovo approccio all'obesità; secondo loro, «... interpretare l'obe-

sità come una normale risposta fisiologica a un ambiente patologico indica la direzione per un più ampio approccio di salute pubblica alla pandemia dell'obesità...». In pratica, seguendo un modello che è stato ampiamente applicato per altre patologie quali le malattie infettive e le cardiopatie, si deve riconoscere come sia impossibile ottenere risultati a livello dell'individuo laddove ci si trovi in un ambiente "obesogeno". Il modello proposto da Egger e Swinburn induce a considerare le interazioni tra l'ospite (l'individuo a rischio di obesità) con i suoi comportamenti e i suoi fattori biologici e genetici, l'ambiente (fisico, micro e macroeconomico, socioculturale) e il "veicolo" attraverso il quale si sviluppa l'obesità (il cibo e la mancanza di attività fisica) con tutti gli aspetti, di ingegneria e tecnologia alimentare da una parte e di politiche ambientali dall'altra, che recentemente si stanno affacciando sulla scena sociale.

Secondo questo modello, il controllo dell'obesità non può essere ricondotto alla sola terapia individuale, bensì al complesso dei fattori coinvolti nella genesi dell'obesità, tra cui, ad esempio, possono essere ricordati la qualità e la disponibilità di cibi, le modalità e i contenuti della pubblicità, le opportunità di svolgere attività fisica, la promozione della partecipazione attiva (e non passiva) allo sport, il contenimento delle attività sedentarie, fino ad arrivare a scelte di politica urbanistica che favoriscano il mantenimento di adeguati livelli di attività motoria (piste ciclabili, contenimento del traffico di autoveicoli ecc.).

Se la prevenzione potesse trovare in un nuovo modello "ecologico" una possibile via da imboccare (ma oggi ancora tutta da tracciare), un altro approccio promettente è rappresentato dalla possibilità di guardare al problema dell'obesità da un'angolazione diversa. L'approccio tradizionale alla prevenzione e alla terapia dell'obesità presuppone l'esercizio di un "controllo", da parte del medico, sui comportamenti dell'individuo. Secondo Satter⁵, «... controllare esternamente l'assunzione di cibo e l'attività fisica (direttamente o indirettamente) blocca la sensibilità alla regolazione interna, mina alla base i meccanismi omeostatici, interferisce con uno sviluppo sociale ed emotivo ottimale e, in ultima analisi, rende i bambini ancora più grassi di quanto non sarebbero...».

Il cambio di prospettiva potrebbe essere radicale: non più l'esercizio di un controllo ma un nuovo paradigma della "fiducia" nelle capacità di autoregolazione (prevenzione) e nella possibilità di ristabilirle quando siano andate perse (terapia). Sempre secondo Satter, «... bambini ai quali viene fornito un adeguato supporto e ai quali viene fiducia nelle loro capacità di autoregolazione lo fanno accuratamente e in modo flessibile...». Questo dovrebbe spingerci anche a non considerare sempre l'obesità come qualche cosa di patologico, bensì come il risultato di un equilibrio accettabile per il singolo individuo e degno di rispetto e di valutazione positiva.

I punti chiave di questo nuovo ed emergente paradigma della fiducia sono:
 □ la fiducia nella capacità di autoregola-

APPROCCIO TRADIZIONALE E APPROCCIO NUOVO PER IL TRATTAMENTO DELL' OBESITÀ		
	Paradigma attuale del controllo	Paradigma emergente della fiducia
Peso corporeo	Primariamente opzionale	Primariamente genetico
Opinione sul grasso	"Grasso" va sempre male Tutti devono essere magri	"Grasso" è normale per alcuni
Definizione di obesità	Peso o BMI oltre un certo range	Grasso eccessivo per ogni specifico individuo
Cause	Iperalimentazione-ridotta attività	Sconosciute
Soluzione	Mangiare di meno e muoversi di più	Alimentazione e attività positive e consistenti
Outcome	Ottenere un determinato peso o BMI	Comportamentale: alimentazione e attività positive
Raccomandazioni	Manipolare alimentazione e attività per perdere peso Continuare a manipolare	Sviluppare il peso giusto per l'individuo Occuparsi del paziente e continuare a occuparsene

Tabella I

zione dell'omeostasi energetica per sviluppare opzioni creative, fin dalla nascita, per la prevenzione dell'obesità;

□ la necessità di potenziare le capacità di regolazione interna e le competenze comportamentali alimentari;

□ il fatto di ritenere l'incompetenza alimentare come il risultato di troppa pressione o scarso supporto;

□ il riconoscimento che i fallimenti dietetici possono essere causa di ridotta autostima;

□ il riconoscimento della necessità/possibilità di acquisizione da parte dei bambini obesi di capacità emozionali e sociali superiori alla media per avere successo con i loro pari;

□ la necessità di fornire un particolare supporto a bambini obesi e genitori per superare i pregiudizi sociali legati all'obesità.

In modo schematico le differenze tra l'approccio tradizionale all'obesità e questo nuovo paradigma "della fiducia" possono essere riassunte come in *Tabella I*. È evidente che un tale approccio può condurre a una completa rivisitazione delle opinioni correnti sull'obesità, portando a considerare come centrale il recupero delle potenzialità individuali (autostima, autoregolazione...).

In una prospettiva terapeutica, qualora il "grasso" debba essere considerato eccessivo per quel particolare bambino (nuova definizione di obesità), il paradigma della fiducia propone un intervento basato sugli stessi principi e volto a correggere gli elementi che disturbano la regolazione del bilancio energetico, a evitare restrizioni alimentari incongrue, a dare supporto sia ai genitori troppo rigidi per abbandonare il controllo sia a quelli troppo disorganizzati per fornire supporto positivo ai bambini. In un'ottica di terapia, si potrebbe pertanto ipotizzare un intervento che preveda una divisione di responsabilità: ai genitori verrebbero affidate la scelta degli alimenti e la responsabilità del supporto attraverso un contesto familiare e alimentare "positivo"; in questo contesto al bambino potrebbe essere lasciata completa autonomia di decisione in merito a quando e quanto mangiare.

Esistono prove che questo approccio funzioni? Attualmente no. Il modello proposto è per ora un modello culturale molto attraente, ma non ancora basato su sufficienti evidenze scientifiche, almeno se si considera la perdita di peso come l'unica finalità dell'intervento. Se la prima finalità è invece, prima di tutto, di evitare interventi dannosi, allora si può

già dire che questo approccio può funzionare. Molti elementi indicano oramai i limiti del paradigma tradizionale del controllo. Gli studi ormai classici della Birch⁹ dimostrano come i tradizionali metodi di educazione alimentare ottengano più frequentemente il risultato opposto. In tema di controllo dell'obesità, alcuni suoi studi dimostrano inoltre in modo chiaro come genitori che esercitano un elevato controllo su quando e quanto mangiare abbiano figli con ridotta capacità di autoregolazione dell'*intake* calorico, a cui corrisponde una maggior probabilità di andare incontro a sovrappeso. Il controllo da parte dei genitori risulta inoltre associato alla loro storia di tentativi di dieta e di modificazioni del peso, che sono ormai riconosciuti più dannosi dell'obesità stessa¹⁰.

O lasciar perdere?

Un cambio di paradigma appare dunque necessario, e il paradigma della fiducia potrebbe essere un'ipotesi di lavoro interessante da verificare attraverso gli opportuni studi clinici che ne potrebbero provare (o meno) l'efficacia. Per il momento rimane comunque un modello culturale di grande rilevanza, che quantomeno deve far riflettere sulla limitazione delle misure terapeutiche attualmente (e tradizionalmente) disponibili. Forse, anche, è un buon motivo per non lasciare (ancora) perdere....

Bibliografia

1. Must A, Jacques PF, Dallal GE, et al: Long term morbidity and mortality of overweight adolescents. *NEJM* 327, 1350-1355, 1992.
2. Rossner S: Childhood obesity and adulthood consequences. *Acta Paediatr* 87, 1-5, 1998.
3. Epstein LH, Valosky A, Wing RR, McCurley J: Ten-year follow up of behavioral, family-based treatment for obese children. *JAMA* 264, 2519-2523, 1990.
4. Egger G, Swinburn B: An "ecological" approach to the obesity pandemic. *BMJ* 315, 477-480, 1997.
5. Glennly AM, O'Meara S, Melville A, Sheldon TA, Wilson C: The treatment and prevention of obesity: a systematic review of the literature. *Int J Obesity* 21, 715-737, 1997.
6. Rosenbaum M, Leibel R, Hirsch J: Obesity. *NEJM* 337, 396-406, 1997.
7. Wilding J: Obesity treatment. *BMJ* 315, 997-1000, 1997.
8. Satter EM: Internal regulation and the evolution of normal growth as the basis for prevention of obesity in children. *J Am Diet Ass* 96, 860-864, 1996.
9. Johnson S, Birch LL: Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics* 94, 653-661, 1994.
10. Hill JO, Trowbridge FL (coeditors): The causes and health consequences of obesity in children and adolescents. *Pediatrics* 101, 497-574, 1998.

LE AZIENDE INFORMANO

RICETTE AL COMPUTER VELOCI E INECCEPIBILI CON FIMED INFANTIA

Non è raro imbattersi in studi pediatrici in cui viene regolarmente utilizzato il personal computer per registrare visite, bilanci di salute, vaccinazioni, esiti di esami e accertamenti diagnostici e quant'altro attiene alle informazioni cliniche. La cosa strana è che molti di quegli stessi pediatri che mostrano di apprezzare l'aiuto tecnologico nella gestione clinica dei pazienti, ricorrono poi alla tradizionale penna quando si tratta di prescrivere. Ciò soprattutto perché la banca dati farmacologica non è attendibile in quanto non viene aggiornata con la necessaria costanza e tempestività ovvero perché il software non è rispondente ai bisogni professionali in termini normativi e/o tecnologici. Non basta, infatti, che una qualsiasi soluzione software risulti idonea all'atto dell'installazione per assicurare la continuità di utilizzo. Quindi la garanzia di assistenza e di aggiornamento costante e tempestivo sia tecnologico che normativo è la principale caratteristica che contraddistingue un vero software professionale.

A tale proposito non si può fare a meno di citare il programma INFANTIA, prodotto dalla FIMED srl di Molfetta (BARI) che, grazie alla decennale esperienza maturata nel settore specifico della pediatria di base, rappresenta una delle poche realtà nazionali in grado di fornire servizi di assistenza e aggiornamento ai più alti livelli, non disdegnando i moderni mezzi telematici, attraverso cui permette un aggiornamento in tempo reale, via modem, sia del prontuario farmaceutico che dei programmi anche in relazione a qualsiasi necessità o contingenza legislativa nazionale o regionale. È quindi davvero difficile paragonare una prescrizione manuale con una realizzata con INFANTIA, soprattutto se poi, in fondo a tutto, c'è anche la possibilità di ottenere statistiche e rapporti sulla spesa secondo innumerevoli punti di vista. Per tutti coloro che vogliono sperimentare direttamente tutto questo è sufficiente richiedere gratuitamente una copia perfettamente funzionante di INFANTIA, contattando direttamente la Fimed al numero verde 167-011781 o, tramite Internet, all'indirizzo <http://www.fimednet.it>.