

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.

Facciamoli ballare! Riflessioni e proposte per ridurre il rischio di obesità dall'infanzia alla vecchiaia

La pandemia dell'obesità continua a crescere: i bambini tendono a diventare obesi in grado sempre maggiore e più precocemente. Del resto, oggi, sono portati in passeggino fino alla scuola dell'obbligo; vestiti, lavati e a volte imboccati, fino all'adolescenza e affidati sempre più spesso alla TV: babysitter disponibile, economica, anche se con gravi ricadute sulla salute e sul peso¹. La TV, purtroppo, ha sostituito il cortile, le chiacchiere a tavola, la lettura prima di dormire; inoltre ha ridotto lo studio, la creatività e la socializzazione. Infine, i bambini sono poco ascoltati: ogni emozione negativa è rifiutata (*alexithimia*), etichettata come "stanchezza". Incoraggiarli a esprimere le emozioni negative è difficile e richiede tempo. Come meravigliarci se poi diventano sovrappeso? Come pensare che dimagriranno dopo?

I sistemi di sanità pubblica stanno delegando la gestione del problema al pediatra, in assenza di programmi terapeutici efficaci e fattibili². Infatti, a tutt'oggi, non ci sono evidenze che l'educazione nutrizionale o i consigli possano ridurre la prevalenza dell'obesità. I programmi, riportati in letteratura, sono condotti in ambito specialistico con interventi di ingente impegno.

Ci sono, peraltro, molti studi che allarmano sui pericoli dei pensieri eccessivi sul peso e sulla dieta, che soprattutto in adolescenza correlano con comportamenti insani e pericolosi di controllo del peso, aumento del BMI e dei disturbi del comportamento alimentare³.

Solo la promozione dell'attività motoria e la riduzione della sedentarietà hanno dato risultati positivi⁴, senza conseguenze psicologiche negative. Sembra, quindi, che per la prevenzione dell'obesità si debba investire soprattutto in questo campo. È evidente, però, che, per adottare stili di vita più sani, la sola informazione non basta. Le famiglie e gli adolescenti, infatti, sanno bene cosa dovrebbero fare per il loro benessere. Probabilmente, più che sulla sfera cognitiva, è necessario far leva su quella emotiva, evocando sensazioni di piacere in accordo con la loro sensibilità, usi e costumi, influenzando così comportamenti duraturi gratificanti, anziché avvilire, come fa la restrizione alimentare.

La scuola è per eccellenza la sede dove attivare programmi efficaci di prevenzione.

Le attività motorie che si possono insegnare nelle scuole sono molte: purtroppo, la maggior parte di esse, come il calcio, il basket, la pallavolo, vengono poi abbandonate, durante i corsi universitari o l'attività lavorativa. Solo poche attività come il camminare, l'andare in bicicletta, il nuotare e il danzare, piacevoli per i bambini, possono aiutarli a restare in forma fino all'età adulta e oltre. Il nuoto e la bicicletta sono difficili da praticare in molte situazioni climatiche e in età avanzata, e richiedono strutture, spazi adeguati e tempo nelle ore diurne o in orari prestabiliti.

Rimangono quindi le danze popolari, che, apprese nell'infanzia, possono essere riprese in seguito fino alla vecchiaia. La danza fa parte delle tradizioni dei popoli ed è tra le poche attività a basso costo, che si possono praticare a qualsiasi età, in ogni stagione, in qualunque ora del giorno, ma soprattutto nelle ore serali, al coperto e in compagnia. Purtroppo la tradizione della danza si sta perdendo e non ci sono quasi persone che sanno ballare, né locali dove imparare a ballare, anche se ci sono già studi che stanno sperimentando il ballo con successo nella prevenzione e nella cura dell'obesità⁵.

L'insegnamento delle danze popolari potrebbe trovare spazio nelle scuole elementari o addirittura in quelle materne. Potrebbe coinvolgere i nonni, che le conoscono e le insegnerebbero con piacere. Lavori recenti evidenziano che l'incremento della sedentarietà e dell'eccesso ponderale inizia, infatti, già nelle scuole elementari come i comportamenti inadeguati per manipolare il peso.

Interventi brevi, anche di 30 minuti, ma quotidiani, non obbligatori, gestiti inizialmente da allenatori preparati, e poi condotti e rinforzati da insegnanti e famiglie, accanto al piacere di muoversi, potrebbero ridurre le ore passate alla TV, sviluppare la capacità di socializzare, una maggiore fiducia in se stessi, l'accettazione della propria immagine e delle diversità, riducendo così tutte le patologie correlate al peso⁶.

**Rita Tanas, Ospedale S. Anna, Ferrara;
Renzo Marcolongo Università di Padova**

Bibliografia

1. Gable S, Chang Y, Krull JL. Television watching and frequency of family meals are predictive of overweight onset and persistence in a national sample of school-aged children. *J Am Diet Assoc* 2007;107:53-61.
2. Baldaro B, Rossi N, Caterina R, Codispoti

M, Balsamo A, Trombini G. Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:191-5.

3. Sharma M. International school-based interventions for preventing obesity in children. *Obes Rev* 2007;8:155-67.

4. Neumark-Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Eisenberg ME. Why does dieting predict weight gain in adolescents? Findings from project EAT-II: a 5-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc* 2007;107:448-55.

5. DeMattia L, Lemont L, Meurer L. Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obes Rev* 2007;8:69-81.

6. Robinson TN, Killen JD, Kraemer HC, et al. Dance and reducing television viewing to prevent weight gain in African-American girls: the Stanford GEMS pilot study. *Ethn Dis* 2003;13:S65-77.

7. Austin SB, Kim J, Wiecha J, Troped PJ, Feldman HA, Peterson KE. School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:865-9.

Ahimè, non riesco a trovarmi d'accordo. Poco importa, non sono né un esperto di obesità né di interventi pubblici, e la mia è solo un'opinione. Pessimistica.

La pandemia di obesità è universale, cresce anche nei Paesi poveri; è frutto del cambio profondo, dalla società del lavoro alla società del consumo, dove tutti siamo chiamati a fare il nostro dovere che non è più di produrre né, guai al mondo, di risparmiare, ma di consumare; consumatori, di televisione, di mulini bianchi, di kinder, di cose inutili, di far l'amore con il sapore, di festine a scuola, di pizzerie, di gorgonzola con annessa topolona.

Come è stato detto giustamente dal gruppo ferrarese che ci ha scritto, nessun impegno, in nessun Paese, è servito, non dico a far flettere i dati epidemiologici, ma nemmeno ad aver singoli, reali, successi di nicchia nelle sedi di sperimentazione, nei singoli istituti, né sul peso, e nemmeno sulle abitudini alimentari o motorie. Non ci sono modelli utili esportabili. A parole, il mondo della sanità si sta muovendo su scala planetaria per individuare una strada. Ma la forza delle cose, e del denaro (dei produttori di dolci e di inutilità), è più forte della forza delle buone intenzioni. Allora, e comunque, proporre la danza popolare (e in genere attività collettive, magari graziose, ma "fuori" dal comune sentire) mi sembra un'inutile e improbabile frivolezza per un problema non frivolo, una proposta confondente e dispersiva. Mi scusi

no, i cari lettori ferraresi che ci scrivono e che io, per la Rivista, ringrazio comunque di cuore.

Il problema non è frivolo, non solo perché è frutto di un cambiamento della vita, ma perché porta esso stesso a cambiare la vita: le abitudini, la voglia di muoversi, l'impegno esistenziale, e anche lo spessore delle arterie. E non è che colpisca tutti: colpisce i più poveri, i meno colti, gli immigrati, i meridionali, gli appartenenti a popolazioni ex poverissime, che hanno accumulato geni favorevoli al risparmio energetico, e comunque quelli che mangiano hamburger perché costano meno dei carciofi. E accentua le discriminazioni. E comincia subito, dal primo anno, dal secondo, dal terzo, comincia dal dolcetto dato per premio, dal biberon abbondante, dalla TV offerta come sostituto di baby-sitter. Dal cibo come gratificazione, per la mamma e per il bambino.

Se nessuno ha ricette, certamente non ne ho io. Eppure so che qualcosa si può fare, a livello comunitario, ma molto alto; so che è stato possibile, con campagne VERE a estensione nazionale e mondiale, modificare abitudini radicate come quella del fumo, o abitudini alimentari specifiche, come quelle ipercolesterolizzanti che provocavano l'infarto a tutti, o quasi, in Carelia.

Ma credo anche che, senza attendere (perché, nel caso per caso, nel problema concreto, non si può e non si deve), è il pediatra di famiglia che, empaticamente e sapientemente, fin dal primo, dal secondo, dal terzo anno, e dai primi, inequivocabili segni, si deve impegnare, a capire e a far capire. A insegnare, a far prevedere, a correggere: servirà una volta su quattro. Il nostro è prima di tutto un mestiere sul singolo. Prevenire una singola obesità è meno entusiasmante che guarire una meningite, ma forse più impegnativo e di soddisfazione, per il singolo pediatra, che applaudire alla copertura vaccinale contro il meningococco C.

Franco Panizon

L'adolescente e il distanziatore: una lettera e tre risposte

L'articolo della Prof. Battistini comparso nel Focus di dicembre (*Medico e Bambino* 2007;26:631-37), relativo alle forme e modi della terapia inalatoria nell'asma, parlando bene del distanziatore trascura l'inalazione diretta del salbutamolo al bisogno da parte del bambino grandicello/adolescente (cui lo spacer viene a noia). In quest'ultima evenienza, proprio per facilitare la compliance (senza aspettare che sia il ragazzo stesso a farlo e magari a farlo male), credo sia bene raccomandare nella pratica corrente questa modalità, verificando ai controlli che l'inalazione sia ben fatta (= niente sbuffi), escludendo al massimo quelli (molto pochi) che hanno crisi molto gravi (ma gli si può dire

che, quando non riescono a inalare più dalla bomboletta, è il caso che impieghino lo spacer). Da qualche anno le formulazioni di BDP-HFA (che al momento hanno un'indicazione formale dai 18 anni), consentendo dosi circa dimezzate, proprio perché penetrano meglio e hanno meno effetto balistico, rendono superflua prima la camera di espansione. Parimenti, nello stesso articolo, vengono stroncate le polveri, per le quali si enfatizza la potenziale confusione con la terapia al bisogno. Un ragazzo grandicello, cui il curante la spieghi e periodicamente la ripassi, sa bene la differenza tra una terapia di fondo e al bisogno, tra un turbohaler da fare mattina e/o sera, e quindi da lasciare a casa (in camera dove non c'è umido, ma non troppo lontano dal bagno dove vanno fatti i gargarismi), e un salbutamolo da portare con sé senza un distanziatore che di solito non ha piacere mostrare.

I turbohaler contenenti budesonide e formoterolo (associazione non esistente in formulazione spray), utilizzabili già adesso nelle varianti "mite" dai 6 anni, vanno viceversa da questa età incoraggiati, e potrebbero essere in una quota di ragazzi asmatici rimedi unici, in barba al dogma della doppia terapia di fondo/al bisogno, modalità non realizzabile con le formulazioni diskus correnti che contengono in associazione allo steroide più discusso (il fluticasone) un broncodilatatore a lento avvio, due caratteristiche che potrebbero presto renderle obsolete (anche come spray). Insomma, non creiamo dei bamboccioni dell'asma e incoraggiamo i nostri bambini asmatici a passare a modalità adulte di inalazione, quando ciò sia fattibile. In merito alla terapia ospedaliera prevalentemente aerosolica, ai miei asmatici raccomandando a voce e per iscritto di portare bombolette e distanziatore non solo quando vengono da me, ma anche quando dovessero avere necessità di andare in Pronto Soccorso, sperando che questo induca al trattamento dell'episodio acuto con modalità spray (questa volta) distanziato. Un ultimo aspetto: nell'articolo non viene dato risalto all'inconveniente più grosso dei distanziatori, che è il loro costo elevato (Radzik peraltro nel suo intervento elenca modelli e costi) che dovremmo moltiplicare per quanto, se vogliamo avere un aggeggio efficiente, visto che le ditte produttrici dicono che va sostituito ogni 6-12 mesi.

Giuseppe Boschi
Pediatra di famiglia, Quattrocastella (RE)

La proposta di usare lo spray senza distanziatore, anche perché le particelle extrafini (vedi nuovi propellenti - HFA) non impatterebbero più nell'orofaringe, non è sostenibile neppure per i ragazzi di 17 anni. Solo usando l'Aerochamber, si riesce infatti a far scendere dal 50% al 10-20% la porzione di budesonide "ultrafina" che si deposita nell'orofaringe-intestino³. La mia contrarietà allo

spray usato direttamente trova un sostegno, seppur aneddotico, in questa affermazione: "Non ci sono dubbi che la copertina del fascicolo di novembre 2007 di Archives of Disease in Childhood, nella quale si vede una ragazza che inala uno spray senza distanziatore, è intrinsecamente sbagliata e rappresenta un cattivo esempio per i lettori di questo giornale". Giustamente lei sottolinea il costo del distanziatore soprattutto perché andrebbe cambiato ogni 6-12 mesi, ma per questo ultimo problema non posso che suggerire tre alternative: 1) scegliere un distanziatore senza valvole in gomma (Volumatic) o con valvole in gomma che sono però asportabili e quindi disinfettabili, controllabili e anche sostituibili (Baby-Haler); 2) sostituire il distanziatore con una bottiglia di plastica che dà gli stessi risultati clinici dell'Aerochamber, anche se i dati vanno ricontrollati con dosi di salbutamolo più basse, cioè al di sotto del plateau terapeutico; 3) approfondire le caratteristiche di un nuovo distanziatore che, oltre ad essere indistruttibile, sarebbe anche sterilizzabile a oltre 120 °C.

Per quanto riguarda la polvere non è tanto la confusione che si può fare nello scegliere l'inalatore con il farmaco giusto (ad esempio spray con il broncodilatatore al posto della polvere con lo steroide) quanto nelle modalità di inalazione: rapida e violenta con la polvere, lenta e profonda con lo spray (vedi bambino che, per semplificarci la vita, aveva inserito l'erogatore di polvere nel distanziatore).

L'associazione budesonide + beta-2 short-long-acting (formoterolo) in polvere sia come terapia di fondo che come terapia al bisogno è valida per l'adulto ma non per il bambino. Non solo la definizione al bisogno, "ogni volta che il paziente ritiene necessario", è già di per sé ridicola, ma l'asma pediatrico controllato con una terapia di fondo ben raramente si presenta come nell'adulto con difficoltà respiratorie momentanee e saltuarie (ogni 2-3 giorni). Gli stessi sostenitori di questa strategia riconoscono che nel bambino l'asma è una malattia episodica, e quindi la terapia al bisogno viene in pratica attuata subito prima di un episodio acuto. Con un lungo giro di parole si arriva così a dire che nel bambino in terapia di fondo con broncodilatatori + cortisonici i dosaggi vanno aumentati ai primi segni di un episodio acuto. Questo, essendo nella quasi totalità dei casi (anche nell'adulto) dovuto a una infezione virale, si presenta con rinite, tosse, febbre, spesso ancor prima dei sibili e della difficoltà respiratoria. A questo punto viene però fuori il problema della formulazione in polvere, che non è il massimo nell'episodio acuto, e anche la nuova associazione spray beclometasone + formoterolo (Foster-Chiesi) non risolve il problema perché il formoterolo non ha la maneggevolezza del salbutamolo. In caso di necessità le dosi di quest'ultimo possono essere aumentate, anche nel bambino sotto i 2 anni, fino a 10 erogazioni ogni ora mentre

Lettere

per il formoterolo la dose massima è di una erogazione per 8 volte nelle 24 ore. Se a tutto questo si aggiunge che i nuovi propellenti dello spray non sempre comportano un aerosol a particelle extra-fini e quindi un'automatica riduzione dei dosaggi, si capisce come sia giustificato limitarsi a pochi preparati per evitare confusione non solo nei pazienti e relative famiglie ma anche nel medico.

In pratica io continuo a usare con buoni risultati da quasi 20 anni tre farmaci: salmeterolo, budesonide e salbutamolo, associando i primi due nella terapia continuativa e gli ultimi due nella terapia dell'episodio acuto. Questo permette di adattare i dosaggi alle singole situazioni, riducendo al minimo lo steroide nella terapia a lungo termine e variando separatamente le dosi del salbutamolo e dello steroide a seconda delle fasi e della gravità dell'episodio acuto.

Augusta Battistini

Ho letto con interesse la sua lettera relativa all'articolo sulla terapia inalatoria e mi permetto di risponderle per la parte che mi riguarda. Non sono d'accordo quando lei suggerisce di utilizzare nel bambino più grande il salbutamolo con lo spray da solo, senza il distanziatore: le Linee Guida Britanniche SIGN-BTS, note per il loro rigore metodologico, affermano che "i bambini e gli adulti con riacutizzazioni di asma lieve e moderato dovrebbero essere trattati con un pMDI + lo spacer, con dosi modulate in base alla risposta clinica". Questa affermazione viene accompagnata, proprio per tutta la fascia di età pediatrica oltre i 2 anni (e anche per l'adulto), da un grado di raccomandazione A, la massima possibile, perché derivata da studi clinici randomizzati di elevata qualità. Uno studio osservazionale ben condotto ha anche dimostrato, a ulteriore supporto, che la proporzione di pazienti che, istruiti all'uso, non compiono nessun errore nella tecnica inalatoria è quasi il doppio quando si utilizza lo spray con il distanziatore o il DPI, rispetto al solo pMDI. Per quanto riguarda la manutenzione, le già ricordate Linee Guida consigliano di sostituire la camera di espansione al massimo dopo 12 mesi, ma naturalmente questo intervallo di tempo è variabile in base a quanto e come l'apparecchio viene usato. Se si considera che il costo di un buon nebulizzatore pneumatico è di circa 3-4 volte quello di un buono spaziatore, ritengo quest'ultimo ancora non inferiore al primo dal punto di vista del rapporto costi/beneficio.

Daniele Radzik

La giusta decisione clinica, il buon fare, discende certamente e prima di tutto dalla rigorosa conoscenza delle migliori evidenze cliniche, ma non può prescindere da quelle che sono le esigenze del singolo paziente, in questo caso la popolazione dei bambini grandi-

celli o adolescenti ai quali si riferisce il dott. Boschi. In altre parole, senza la trasferibilità o applicabilità delle prove al soggetto della nostra raccomandazione, il risultato sarebbe fallimentare. E proprio a questi aspetti metodologici le Linee Guida SIGN-Britanniche citate dal dott. Radzik hanno posto da sempre particolare attenzione coinvolgendo, diversamente dalle più note Linee Guida GINA, per la loro stesura, oltre a diverse figure professionali (esperti ospedalieri e territoriali), anche i rappresentanti dei pazienti, i destinatari delle raccomandazioni ("consumer"). Tutto questo per dire che, se è vero che nelle fasi più acute di un accesso d'asma l'inalazione dello spray con distanziatore rimane la modalità raccomandata per la sua maggiore efficacia e la minore probabilità di errore, nelle Linee Guida Britanniche si sottolinea come la scelta della formulazione (del salbutamolo o di altro beta-2 agonista), per le esigenze dell'ogni giorno, vada adattata alle esigenze del singolo paziente, alla sua abilità a utilizzare i diversi dispositivi, senza dimenticare l'oggettiva difficoltà ad avere sempre, a portata di mano, il distanziatore. Sulle stesse Linee Guida viene ricordato inoltre come una corretta istruzione del paziente e la scelta del dispositivo più adatto, al singolo e alla singola età, permettano di ovviare allo scorretto utilizzo dei "devices", ma anche di omogeneizzare l'efficacia degli stessi (il bambino, citato dalla Prof. Battistini, che usava il Diskus dentro il distanziatore, non credo abbia ricevuto mai, da nessuno, alcuna istruzione d'uso. Non può essere preso ad esempio di nulla).

In altre parole le Linee Guida Britanniche non ci dicono nulla di diverso da quanto correttamente scritto dal dott. Boschi, che dimostra di essere un bravo medico, attento non solo alla forza delle evidenze scientifiche, ma anche alla loro applicabilità: meglio insegnare e verificare che lo spray sia correttamente inalato, piuttosto che spendere tempo con i distanziatori che l'adolescente poi non farà. E, giustamente, aggiunge che questo non impedisce di raccomandare l'utilizzo dello spacer quando la crisi si fa più grave.

Analogamente trovo corrette le considerazioni di Boschi sulle polveri e, ancora una volta, in linea con le Linee Guida Britanniche dove possiamo leggere testualmente: "In adults there is no significant difference between pMDI+Spacer and DPI" (tra spray con distanziatore e polveri). E a questo proposito mi permetto di ricordare alla Prof. Battistini che per questi aspetti gestionali i ragazzi grandicelli e gli adolescenti sono molto più vicini agli adulti che ai bambini; come lo sono pure per le peculiarità dell'espressione clinica dell'asma, sempre meno caratterizzato dal ricorrere del "viral wheezing" e sempre più dall'uso abituale e furtivo del salbutamolo.

Infine, il discorso sull'utilizzo delle associazioni steroide + beta-2 agonista long acting. Qui anche Boschi fa un po' di confusione, dichiarandosi favorevole all'uso al biso-

gno del formoterolo associato alla budesonide, mentre auspicerebbe il "de profundis" per l'associazione fluticasone-salmeterolo. Di fatto l'associazione formoterolo-budesonide da usare come doppia terapia, "di fondo/al bisogno", potrebbe essere una scelta terapeutica da considerare alla luce del lavoro pubblicato sul *N Engl J Med* (2007;356: 2040-522) e che già è stato commentato ampiamente sulle pagine di *Medico e Bambino*. In quello studio si evidenziava come nell'asma lieve persistente l'utilizzo al bisogno (in relazione al broncospasmo) di una associazione di beclometasone e albuterolo (il nostro "vecchio" *Clenil Compositum* per intenderci) risulti egualmente efficace, e con un risparmio dell'80% nella dose cumulativa di steroide inalata, rispetto al trattamento regolare, mattino e sera, di beclometasone, come raccomandato dalle Linee Guida. Una evidenza questa che ha fatto molto discutere, ma che ha rinforzato l'attuale corrente di pensiero di limitare e razionalizzare al massimo l'uso dello steroide inalatorio quando non serve, o serve poco, come appunto nell'asma lieve persistente. Personalmente, peraltro, mi sembra più lineare e naturale evitare semplicemente i trattamenti inutili, specie quando prolungati per tempi infiniti, anche perché non separare chiaramente la terapia del fatto acuto da quella antinfiammatoria contrasta con l'obiettivo più importante che è quello di rendere genitori e bambini, specie quando non più "bamboccioni", consapevoli e attivi protagonisti delle scelte terapeutiche, del "quando iniziare e quando cessare". E non condivido nemmeno la censura che Boschi riserva all'associazione tra fluticasone e salmeterolo. Questa associazione è dimostratamente utile nella terapia di fondo, ed è raccomandata da ogni Linea Guida per evitare l'aumento nelle dosi di steroide inalatorio nelle forme di asma persistenti di grado medio o severo. Non è pertanto, in nessun modo, una associazione da cestinare. Oltre tutto è una associazione che personalmente utilizzo molto spesso per il primo mese di terapia, quando inizio un trattamento con steroidi inalatori, perché permette di ottenere, da subito, un completo controllo dell'accessualità.

Giorgio Longo

ERRATA CORRIGE

Medico e Bambino 2008;27:52

Nell'articolo "Ipcalcemia: un sintomo dalle tante facies", pubblicato nelle Pagine Elettroniche del numero di gennaio a pag. 52, è stato erroneamente omissso il nome di un Autore, Ambra Bartoli. Ci scusiamo con l'Autore.