

PROGETTO SCREENING OBESITA' ETA' EVOLUTIVA

L'obesita' deve essere considerata una vera e propria Malattia e non un semplice sintomo. Negli USA la prevalenza di bambini obesi al 95% di BMI dal 1976 al 2000, E' passata dal 7% al 15,5%, considerando l'eta' dai 6 ai 19 anni.

In Italia abbiamo 4 milioni di persone obese (9% circa) e 16 milioni di esposti al rischio essendo gia' in soprappeso (cioe' il 30% circa)

Se consideriamo la popolazione pediatrica abbiamo un 25-30% di bambini a rischio gia' in soprappeso, secondo i dati piu' recenti, e la tendenza e' di un ulteriore aumento

Di circa il 5% annuo.

Il rischio per un B.obeso di diventare un adulto obeso, cresce con l'eta', e' del 26% in eta' prescolare, del 69% in eta' scolare, dell'80% in eta' adolescenziale.

Il rischio globale e' di 2-6,5 volte rispetto ad un B.non obeso.

E' importante il controllo del *adiposity rebound* dei 5-6 anni, in quanto un incremento del BMI precoce e' indicatore di maggiore rischio per diventare obesi da adulti.

In eta' pediatrica un BMI >28 espone al rischio delle complicanze dell'adulto di 3-4 volte maggiore.

LE COMPLICANZE NEGLI ADULTI:

Ipertensione arteriosa, cardiopatia ipertrofica, diabete tipo 2, vasculopatie arteriosclerotiche, osteoartropatie degenerative, osteoporosi.

LE COMPLICANZE NEI BAMBINI:

Anche in eta' pediatrica l'obesita' e' causa in oltre il 20% dei bambini di:

-*patologia ortopedica* (ginocchio valgo, tibia vara, epifisiolisi del femore)

-*patologia respiratoria* (apnee notturne, ipoventilazione)

-*patologia gastroenterica*. (colecistopatia e colelitiasi)

-*patologia oftalmica*. (alterazioni del fundus)

-*patologia vascolare*. (ipertensione, cardiopatie, ictus)

-*patologia metabolica*. (dislipidemie, diabete tipo 2, iperinsulinismo)

L'OBESITA' e' data da un peso eccessivo, rispetto all'eta', alla statura, alla massa magra

e viene valutata con metodi vari molto semplici e con altri piu' sofisticati, solo per casi particolari.

CLASSIFICAZIONE:

-*obesita' semplice o essenziale*, la piu' diffusa

-*obesita' secondarie*: da ipercortisolismo, ipotiroidismo, nanismo, sindromi malformative.

CAUSE GENETICHE E FAMILIARI

Sono stati osservati frequentemente casi in gemelli omozigoti, in figli di genitori obesi.

E' stata osservata inoltre una concordanza con la tipizzazione HLA degli antigeni di istocompatibilita'

Inoltre di recente, la scoperta della leptina e delle sue funzioni sul controllo del senso di sazieta, ha confermato che un errore nel gene che la codifica, è trasmesso geneticamente.

CAUSE ESTERNE

Errori piu comuni nell'alimentazione: 1° colazione scarsa o assente, scarso consumo di verdura e frutta, eccesso di salumi, cioccolata, barrette, patatine ed altri dolci, pasti all'americana tipo fast-food, ipercalorici, ricchi di grassi saturi, sali, zuccheri semplici, poche vitamine.

STILE DI VITA:

Attivita' extrascolastiche sedentarie, 3/4 dei ragazzi passano piu' di 2 ore al di' alla TV, o a giochi col pc, o play-station; solo un 50% degli adolescenti pratica uno sport in modo regolare e strutturato. L'eccesso ponderale e' piu marcato nelle classi sociali piu basse,

L'atteggiamento culturale ed emozionale che la famiglia trasmette ai figli, ha grande importanza; molti bambini obesi hanno una situazione familiare alterata, con frequenti responsabilita' della madre che esercitando un naturale controllo sul figlio, ne ostacola l'autonomia e lo stimola ad una nutrizione eccessiva. La alimentazione si configura quindi come un mezzo della madre per esprimere affetto o per coltivare i propri sensi di colpa nei confronti dei figli verso i quali si sentirebbero inadeguate.

PREVENZIONE:

Presenza in cura dei bambini a rischio successiva alla:

Selezione dei bambini gia' obesi

Selezione dei bambini sovrappeso

Selezione dei bambini a rischio genetico familiare.

METODI DI DETERMINAZIONE DELL'OBESITA'

Rapporto-staturale ponderale:

Sovrappeso se la percentuale di peso è $>20\%$ del peso atteso ,confrontando le tabelle statura/peso

Obeso vero, se la percentuale suddetta è $>$ del 30%

BMI(body mass index)

Dato dal rapporto tra Peso e quadrato dell'altezza espressa in Mt. (Kg/alt in mt/al quadrato).Questo valore rappresenta il mezzo piu semplice ed efficace per valutare la obesita'

Negli adulti si hanno valori di 18-25 nei normopeso, di 25-30 nei sovrappeso, di oltre 30 negli obesi

In eta pediatrica , considerato che il BMI cresce con lo sviluppo , si considerano i percentili espressi nelle tabelle ,che variano a seconda della eta'.

Valori di BMI da 5-85°percentile sono dei normopeso

Valori da 85-95° percentile sono dei sovrappeso

Valori $>95^\circ$ percentile dei sovrappeso obesi.

I maschi hanno un BMI leggermente inferiore alle femmine

Valori normali a 10-12-13 anni sono di 18-19-20

Valori di BMI all'85° percentile sono di 20-21,22 rispettivamente ai 10-12-13 anni.

Valori di BMI al 95° percentile sono di 25-25,5-26 rispettivamente ai 10-12-13 anni.

PLICOMETRIA:

Da la misurazione delle pliche tricipitale e sottoscapolare.

Anche queste si esprimono al percentile corrispondente . Per l'eta'.

Sono patologiche oltre l'85 ° percentile corrispondente.Rappresentano con buona approssimazione la massa grassa.

CIRCONFERENZE

Sono le misure della circonferenza della vita e dei fianchi

Il rapporto vita/fianchi è >1 nei maschi, e $>0,80$ nelle femmine.

ALTRE MISURAZIONI

Impedenza bioelettrica,

Peso idrostatico :

Valori di $15-24\%$ nelle femmine, di $10-20\%$ nei maschi, negli obesi oltre il 30% .

LO SCREENING DELL'OBESITA' INFANTILE:

TARGET DELLO SCREENING:

Popolazione pediatrica dai 10-13 anni,(o anche solo dei 12 anni)

SCOPI DA RAGGIUNGERE

Selezione dei soggetti a rischio di sovrappeso e di obesita'

OPERATORI COINVOLTI:

Pediatrati Ospedalieri e di Base,eventualmente Endocrinologi,Nutrizionisti,Medici Di Igiene Pubblica e Medici scolastici.

METODO:

Screening dei ragazzi in eta evolutiva,delle Scuole Medie(11-12 anni)

Visita medica, anamnesi,compilazione cartella

Determinazione del Peso,Statura,OW.BMI .

Nei soggetti a rischio selezionati:rivisitazione dei dati rilevati,misura delle pliche con Plicometro, ed eventuali es.di laboratorio di 1°

livello:Es.Emocromocitometrico,Glicemia,Creatinina,Assetto lipidico con Colesterolo ed HDL,ECG,,Descrizione di eventuali osteopatie.

Dieta consigliata possibilmente personalizzata.

Coinvolgimento della famiglia e della scuola.

Controlli in follow-up.

Eventuali esami di 2° livello con interventi polispecialistici se necessari.

TRATTAMENTO DELL'OBESITA' INFANTILE

DIETETICO:

Deve essere individualizzato, il bambino, deve essere reso protagonista in accordo coi suoi genitori e della famiglia in genere, nel rispetto dell'alimentazione corretta. Evitare le imposizioni ed essere sempre flessibili.

-limitare l'intake calorico,riducendone al massimo del 30%, l'apporto calorico del suo fabbisogno.

-somministrare dei pasti che sazino il bambino o ragazzo.

-limitare i grassi e le carni grasse

-limitare i carboidrati semplici e l'eccessiva densita' calorica dei pasti.

-aumentare l'intake delle fibre vegetali

-introdurre la quantita' di proteine in quote raccomandate per l'eta', con un rapporto di 1:1 tra proteine animali e vegetali.

-introdurre i grassi in quantita' massima del 30% delle calorie.

-*introdurre carboidrati complessi*.; come pane integrale, pasta integrale, escludendo quelli semplici dei dolci, dello zucchero da cucina edella frutta come uva,fichi,banane.

ATTIVITA' FISICA.:

E' molto importante per prevenire la riduzione della massa magra e correggere i piu' comuni comportamenti errati nell'alimentazione quali il mangiare in fretta,guardando la TV,fare troppi pasti al pomeriggio,e soprattutto per il relativo consumo energetico e calorico che essa comporta.Deve essere regolare, strutturata, e comportare un impegno del ragazzo per almeno tre volte la settimana.Ideale la pratica di una attivita sportiva anche non agonistica,che piu si addica alle esigenze ed alla scelta del ragazzo.

CAMPAGNA DI EDUCAZIONE ALIMENTARE

Informazione fatta alla Scuola ed agli Insegnanti, alla Famiglia che deve essere coinvolta nel trattamento, dagli operatori:pediatri, medici scolastici, consultoriali, La presentazione del programma di screening ha la massima importanza.

Un famoso obesologo, l'americano Stunkard, ha creato un famoso assioma Alla fine degli anni 50, che recita:

“La maggior parte dei soggetti obesi non entra in trattamento.La maggior parte di quelli che entrano in trattamento non fanno la dieta.La maggior parte di quelli che stanno a dieta non perdono peso.La maggior parte di quelli che perdono peso lo riacquistano.Tutti ne pagano un prezzo molto elevato.”

Dalla Conversazione di Aldo ATZENI

Rotary Club di Carbonia

26/07/2005