

Lo sport in età pediatrica: fra benessere e ossessione

Lucretia Capra*, Cristina Host**, Cristina Malaventura**

*Divisione di Pediatria e Adolescentologia, Azienda Ospedaliera Universitaria, Arcispedale S. Anna, Ferrara

**Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara

Abstract

Sport in paediatrics: between well being and obsession

A regular physical activity keeps children in healthy conditions. There has been, in the last decade, a change in children's physical activities from spontaneous activities to structured and highly organized ones. Since most of these sports are part of non school programmes many children are automatically excluded. Sometimes, especially in children and adolescents, a structured physical training can imply a risk behaviour, as in sports where the athlete is induced to follow weight losing programmes. The paediatrician's role is very important in the management of problems due to physical activities and sports.

Quaderni acp 2005; 12(4): 140-142

Key words Physical activity. Paediatric population. Well being. Pathological behaviours

L'attività fisica ha un ruolo fondamentale nel raggiungimento e mantenimento del benessere psicofisico. Negli ultimi decenni il suo ruolo è molto cambiato e l'attività motoria spontanea è stata sostituita da quella strutturata e organizzata dall'adulto. Gran parte di questa attività non è alla portata di tutti perché viene svolta al di fuori della scuola. In alcuni gruppi di bambini e adolescenti l'attività sportiva assume le caratteristiche di un "comportamento a rischio": alcune discipline sportive impongono rigidi limiti di peso che possono indurre alterazioni nei comportamenti alimentari degli atleti. Il pediatra ha un ruolo importante nella gestione delle problematiche legate all'attività sportiva del bambino.

Parole chiave Attività sportiva. Popolazione pediatrica. Benessere. Comportamenti patologici

Nel 2004 abbiamo letto molto sullo sport, forse perché era l'anno delle Olimpiadi (con un'aura di sacralità per il ritorno dei giochi nella Grecia del mito) o forse perché il Parlamento europeo lo aveva decretato "anno della educazione attraverso lo sport" o forse perché i suoi aspetti più deteriori, come la diffusione del doping anche tra gli adolescenti, i fenomeni di violenza e il "malgoverno" delle società di calcio, hanno occupato le pagine dei giornali e animato i dibattiti degli esperti di scienze, di costume, di comunicazione. I pediatri sono stati coinvolti nel dibattito sull'attività fisica perché nelle età di loro competenza hanno particolare rilievo i problemi correlati all'attività motoria che spaziano dalla prevenzione alla terapia, agli aspetti educativi, alla patologia causata da attività sportive. È lecito chiedersi se valga ancora la pena di scrivere di sport e pediatria; forse la risposta è sì, per esempio partendo da una lettura di Zygmunt

Bauman, uno dei maggiori sociologi viventi, che afferma che "a parte il denaro, un corpo in forma costituisce la principale risorsa necessaria per attenersi alle norme che regolano la società dei consumatori" (1).

Un corpo in forma: stare bene è un diritto di tutti, ma...

Per gran parte degli abitanti del mondo, e fino a poco più di 50 anni fa anche per i pochi privilegiati del cosiddetto mondo occidentale, avere un corpo in forma dipende dall'aver da mangiare e da bere tutti i giorni. Nell'odierno mondo occidentale, nel quale si è assistito a un incremento vertiginoso dell'obesità nei bambini, dell'obesità e delle malattie cardiovascolari negli adulti, lo star bene e avere un corpo in forma dipendono in larga parte dall'attività motoria, che viene svolta secondo modalità diverse da quelle del passato. Infatti fino a pochi decenni fa l'attività motoria, l'impegno fisico

erano soprattutto spontanei, all'aperto, con momenti di aggregazione spontanea tra bambini e ragazzi. Questo tipo di movimento, in pratica, non esiste più, specialmente nei contesti urbani, ed è inutile illudersi che possa essere riproposto perché, comunque, i nostri bambini non potranno giocare in strada, non potranno fare a meno di passare diverse ore al computer e non potranno fare a meno di usare l'automobile se devono adeguarsi ai ritmi quotidiani dei loro genitori (2).

Il movimento e l'attività fisica spontanei per questi bambini sono stati sostituiti con l'attività sportiva (anche la denominazione cambia) che è quasi sempre molto strutturata, competitiva e organizzata dagli adulti. In questa situazione lo "stare bene" con un corpo in forma, agile e con muscoli allenati, acquista una sfumatura un po' diversa: non è parte ma "deve far parte" della vita quotidiana. Fino ai primi decenni del secolo scorso la competizione sportiva era appannaggio dei soli maschi, come affermazione di potenza o come riscatto sociale (si pensi ai grandi campioni americani nati tra gli immigrati o gli afroamericani o, in casa nostra, agli immigrati del sud che diventavano campioni del ring nelle palestre dell'Italia settentrionale). Le donne cominciano a partecipare a manifestazioni sportive, in pratica dopo la prima guerra mondiale, e i bambini si affacciano sulla scena dello sport ancora più recentemente, negli ultimi decenni del secolo scorso. Questi medesimi sono divenuti gli attori principali perché è proprio nell'età infantile e adolescenziale che si riscontrano le più alte percentuali di adesioni alle attività sportive organizzate. Il benessere psicofisico di un corpo in forma sembrerebbe così salvaguardato anche in carenza di attività motoria spontanea. In realtà il trend in aumento delle adesioni allo sport da parte di bambini e adolescenti è parallelo al trend in aumento del sovrappeso e dell'obesità. Il corpo in forma,

Per corrispondenza:

Lucretia Capra

e-mail: cpl@dns.unife.it

garantito anche dal suo stare in movimento, non è un diritto di tutti. Favorire il regolare esercizio fisico nei ragazzi costituisce un intervento preventivo efficace nei riguardi di obesità, malattie cardiovascolari e dell'apparato respiratorio, ed è ovvio che questo deve interessare il pediatra e molto probabilmente lo interessa davvero. Il punto debole di questa prevenzione apparentemente economica e di facile applicazione sta nell'offerta dell'attività motoria; per essere a disposizione di tutti essa dovrebbe essere sostenuta dalla scuola, mentre a tutt'oggi la gran parte degli sport è praticata al di fuori della scuola e finisce con l'essere di tipo eritario, perché praticare uno sport comporta un costo sia diretto che indiretto: persone che accompagnano, necessità di mezzi di trasporto e di tempo per raggiungere gli impianti. Negli Stati Uniti (che pure hanno una grande tradizione sportiva all'interno dei collegi) l'80% dei ragazzi che fanno sport, lo fa in strutture extrascolastiche; in una città piccola e con bassa natalità come Ferrara il 70,7% dei ragazzi tra 5 e 15 anni che pratica attività sportiva lo fa al di fuori della scuola (3). L'Assessorato allo sport ci dice che i ragazzi che non praticano sport sono quelli che hanno un difficile accesso alle strutture: abitanti nel forese, genitori che lavorano, basso reddito (4).

Un corpo in forma: quando diventa ossessione

L'aumento del numero di ragazze atleticamente attive negli ultimi decenni e il contemporaneo aumento nella popolazione femminile dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) ha indotto a ritenere che i due fenomeni siano correlati (5). L'esercizio fisico molto intenso e la competizione possono aumentare il rischio di sviluppare o manifestare un DCA, ma è anche vero che soggetti predisposti al DCA sono spesso attratti da uno specifico tipo di sport. Negli anni '90 si è suggerito di distinguere, nell'ambito dei DCA, una precisa categoria nosologica, definita "sindrome da eccessivo esercizio fisico", che poteva essere concomitante o meno a un DCA e che è caratterizzata da attività fisica "compulsiva", frenetica, ossessiva e ritualizzata, che viene spesso svolta in

TABELLA 1: ELEMENTI DI RISCHIO PER LA COMPARSA DI DCA NEGLI ADOLESCENTI SPORTIVI

- Inizio precoce della specializzazione sportiva
- Tensione legata al grado di allenamento
- Ricerca del perfezionismo
- Frequenti selezioni degli atleti in base ai risultati conseguiti
- Richiesta più o meno esplicita di perdita di peso per raggiungere obiettivi eccellenti
- Non disponibilità di un team medico e di consulenza nutrizionale che guidi la perdita di peso richiesta

TABELLA 2: RACCOMANDAZIONI DEL COMITATO DI MEDICINA DELLO SPORT E FITNESS DELL'AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000

1. Sport e attività sportiva devono essere promossi per i benefici sulla loro salute e il loro piacevole coinvolgimento
2. Pratiche alimentari, intensità/durata/frequenza dell'esercizio fisico e storia mestruale devono essere valutate durante le visite che autorizzano la partecipazione allo sport e tutte le altre visite mediche eseguite
3. Nell'adolescente con amenorrea devono essere presi in considerazione, diagnostici e trattati, i disturbi del comportamento alimentare
4. Genitori e allenatori devono essere informati su irregolarità mestruali, osteoporosi, apporto calorico adeguato ed equilibrato per una normale crescita e progressione dello sviluppo puberale
5. Informare atlete e genitori riguardo al peso e alla quantità di grasso corporeo ideale per una certa attività sportiva. Stabilire un range di valori, dare un valore preciso di peso può essere pericoloso: è preferibile dare il messaggio che il peso non è una buona misura di forma fisica e che con la riduzione del peso si perde grasso ma soprattutto muscolo
6. Un'adolescente sportiva con irregolarità mestruali deve essere incoraggiata ad avere un apporto alimentare con una quantità di calorie superiore e a ridurre l'attività sportiva, se eccessiva. Se il peso è basso, le si può chiedere di riacquistare peso prima di poter ricominciare l'attività sportiva
7. L'estroprogestinico può essere valutato per la terapia dell'amenorrea in tarda adolescenza
8. La densitometria ossea può migliorare la valutazione dell'osteoporosi eventuale nell'atleta amenorroica

solitudine e preferita a situazioni di vita comunitarie (6).

Si veda l'articolo a pag. 143 su la *reverse anorexia*.

Un'attività fisica con queste caratteristiche è molto rara tra gli atleti di alto livello anche perché è difficile ottenere un alto grado di prestazione sportiva solo in base al desiderio di perdere peso, mentre si diffonde tra le adolescenti e le giovani (ma anche meno giovani) donne che frequentano la palestra e trovano appagante e socialmente adeguato un corpo perfetto

senza in realtà trarre alcun piacere fisico dalla pratica sportiva. Le ragazze anoressiche sono spinte più dalla ricerca della "bellezza" che non da quella della "efficienza" fisica; tuttavia le atlete impegnate in discipline sportive in cui la componente estetica svolge un ruolo fondamentale (ginnastica artistica e ritmica, nuoto sincronizzato) presentano spesso caratteristiche antropometriche e comportamenti alimentari molto simili a quelle che si riscontrano nella popolazione affetta da DCA. Esistono inoltre discipline sportive con precisi e codificati limiti di

peso (judo, pugilato, per esempio), in cui gli atleti (maschi e femmine in questo caso), soprattutto in vista di una gara, ricorrono o sono indotti a ricorrere a comportamenti alimentari abnormi e a pratiche anche farmacologiche (sauna, vomito, assunzione di lassativi e diuretici) in grado di provocare una perdita di peso, sostanzialmente per perdita di acqua, rapida e transitoria, che può avere, se queste pratiche vengono ripetute, un impatto estremamente negativo sullo stato fisico e anche sulla prestazione sportiva stessa. Dalla revisione della letteratura e anche dalla quotidiana esperienza dei pediatri si possono individuare alcuni scenari "a rischio" di determinati DCA nella popolazione che fa sport (*tabella 1*) e che richiedono molta attenzione e collaborazione tra pediatri, genitori e allenatori.

Da diversi anni, ormai, si sottolinea l'importanza della figura dell'allenatore/maestro nel determinare comportamenti che possono risultare rischiosi sul piano della salute, anche se dettati da cosiddette necessità tecniche (7,8). Questo vale anche per un'altra categoria a rischio, che è quella delle ragazze (ma anche di qualche maschio) che si dedicano alla danza, che sport in senso stretto non è, ma che presenta esigenze fisiche e tecniche simili a quelle delle discipline sportive estetiche. In tutte queste categorie la figura didattica di riferimento è così importante che in una revisione dei motivi che possono favorire la comparsa di un DCA nella pratica sportiva, il "cambio dell'allenatore" viene ritenuto "scatenante" dal 30% degli atleti (9). Quando la forma fisica diventa ossessione, è molto breve il tragitto verso la vera e propria patologia, soprattutto per quanto riguarda le anomalie mestruali e l'osteoporosi precoce nelle giovani atlete. Le segnalazioni in questo campo sono state così numerose negli ultimi anni che l'American Academy of Pediatrics ha stilato una sorta di decalogo per il pediatra (*tabella 2*) che è una figura centrale nell'individuare precocemente i comportamenti a rischio e nel coordinare interventi di prevenzione, coinvolgendo prima di tutto gli allenatori, i quali possono svolgere un ruolo importante di osservatori delle abitudini e delle pratiche delle loro atlete e

di "tutori" della compliance a eventuali terapie prescritte. Ciò è certamente più facile da ottenere se l'atleta avrà la consapevolezza che il medico, l'allenatore e i genitori assumono nei suoi confronti atteggiamenti condivisi (5).

Un corpo in forma: un'opportunità per il pediatra

Chiudiamo ripensando allo slogan proposto dal Consiglio d'Europa per l'educazione attraverso lo sport: "Muovi il corpo, attiva la mente". Mentre i nuovi programmi ministeriali prevedono una riduzione del tempo dedicato all'attività fisica all'interno della scuola, i quotidiani nazionali, nei primi giorni del 2005, hanno riportato i dati di una indagine svolta tra gli studenti delle scuole medie superiori, che indicavano l'educazione fisica come la materia preferita da circa il 70% degli intervistati. Il dato può non essere confortante se più che interesse per l'attività fisica esprime il disinteresse per le altre materie curriculari, ma potrebbe essere "sfruttato" per rivedere l'approccio allo sport all'interno della scuola e costruire un programma di prevenzione dei danni della sedentarietà. Uno studio australiano recentemente pubblicato ha sottolineato che le strategie vincenti per promuovere l'attività fisica tra i bambini e gli adolescenti sono quelle che passano attraverso la scuola, soprattutto se nei programmi sono coinvolte le famiglie (10).

I pediatri occupano una posizione privilegiata per le conoscenze che potrebbero formarsi e utilizzarsi, e per l'opportunità che hanno di un contatto diretto sia col bambino/adolescente sia con gli adulti che stanno intorno a lui. Potrebbero intervenire nelle problematiche legate all'attività sportiva nel bambino, indipendentemente dal fatto che l'attività sia definita "agonistica" o no, perché tra i ragazzi l'agonismo c'è sempre, anche quando giocano.

L'Italia possiede una delle legislazioni più avanzate in materia di tutela sanitaria delle attività sportive. Il cosiddetto certificato di buona salute, richiesto per l'idoneità sportiva non agonistica, viene compilato dal pediatra. Dovrebbe essere inteso come generico solo perché non vi è l'indicazione di uno sport per il quale

viene rilasciato, ma dovrebbe essere vissuto come momento specifico e mirato perché consente una valutazione fisica e permette di affrontare una serie di problematiche educative e relazionali che difficilmente possono venire affrontate tutte insieme da genitori, insegnanti e allenatori, i quali hanno formazione, compiti e aspettative diversi.

È vero che il pediatra non dovrebbe avere bisogno della certificazione sportiva per individuare patologie a rischio, ma quel momento, che è comunque obbligatorio, può essere un'ottima occasione per affrontare temi di prevenzione, porre problemi di diagnosi, modificare interventi terapeutici: questo atteggiamento può trasformare un atto vissuto dalle famiglie e dai ragazzi stessi come una perdita di tempo e dal medico come una visita tra le tante, in una opportunità di crescita culturale, confronto e collaborazione con altre figure professionali nella medicina dello sport, nella scuola, nell'associazionismo sportivo. ♦

Bibliografia

- (1) Bauman Z. Tutti schiavi del fitness. "Vita e Pensiero". Milano: Università Cattolica, 2004, n° 3.
- (2) Patel DR, Greydanus DE, Pratt HD. Youth sports: more than sprains and strains. *Contemporary Pediatrics* 2001;18:45-72.
- (3) Ewing MW, Seefeldt VD, Brown TP. Role of organized sport in the education and health of American children and youth. Institute for the study of the youth sports. Michigan State University Press 1996.
- (4) Comune di Ferrara – Assessorato alle Attività Sportive e Ricreative. Bilancio sociale anno 2003.
- (5) American Academy of Pediatrics. Medical concerns in the female athletes. *Pediatrics* 2000;106: 610-3.
- (6) Davis C, Fox J. Excessive exercise and weight preoccupation in women. *Addict Behav* 1993;18: 201-11.
- (7) Sundgot-Borgen JS. Eating disorders in female athletes. *Sports Med* 1994;17:176-88.
- (8) Dummer GM, Rosen LW, Heusner WW et al. Pathogenetic weight-control behaviours of young competitive swimmers. *Phys Sportsmed* 1987;5: 22-7.
- (9) Giampietro M. Disturbi del comportamento alimentare ed attività fisica. In: *Complicanze mediche dei disturbi del comportamento alimentare*. CIC-Edizioni Internazionali, 2003.
- (10) Timperio A, Salmon J, Ball K et al. Evidence-based strategies to promote physical activity among children, adolescents and young adults: review and update. *J Sci Med Sport* 2004;7 (suppl. 1):20-9.