

Standard italiani per la cura dell'obesità

Maurizio Iaia
Pediatra di famiglia, ACP Romagna

Sono stati recentemente pubblicati gli "Standard italiani per la cura dell'obesità 2012/2013" dalla gravidanza alla terza età, a cura della SIO (Società Italiana dell'Obesità) e dell'ADI (Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica).

Il capitolo 9, dedicato all'obesità pediatrica, è il risultato del *Consensus nazionale* di un gruppo di lavoro coordinato da C. Maffei (Università di Verona) e formato da pediatri esperti sull'argomento, delegati da varie società scientifiche e organizzazioni di pediatri: SIO, SINP, SIE DP, SIP, SIMA, SIPPS, ACP, FIMP, CIP, ADI.

Un vivace e costruttivo confronto di opinioni on line fra i componenti del gruppo ha consentito la stesura di una prima bozza del testo, poi elaborato come versione finale in un incontro conclusivo tenutosi a Verona. Il documento, mettendo ordine in un'enorme mole di conoscenze, ha il pregio di offrire ai pediatri un punto di riferimento aggiornato, agile e pratico di conoscenze condivise e di scelte operative evidence-based su prevenzione, diagnosi e trattamento dell'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza; esso rappresenta anche un utile riferimento scientifico per la pianificazione di politiche preventive di salute pubblica. Per ogni statement sono riportati il "livello di prova scientifica" e la "forza della raccomandazione" secondo il "Sistema nazionale per le linee guida". I redattori sono tuttavia consapevoli che è necessario promuovere processi di formazione specifica dei pediatri, modulati in funzione delle diverse realtà territoriali, per l'effettiva implementazione nella pratica clinica quotidiana di ciò che le linee guida consigliano.

Il capitolo (si veda il testo online: www.acp.it/allegati/sico.pdf) è articolato come segue.

Diagnosi. Viene preliminarmente raccomandato che, prima di formulare una diagnosi di "obesità essenziale" nel bam-

bino, è necessario escludere (anamnesi e un esame obiettivo) una causa secondaria a malattie endocrine, alterazioni ipotalamiche congenite o acquisite, sindromi genetiche e uso di farmaci. Con un'ampia discussione nel gruppo è stato possibile superare alcune divergenze iniziali su quali criteri antropometrici e quali cut-off preferire per la diagnosi di sovrappeso/obesità. È stato raggiunto un consenso sui seguenti indicatori in relazione all'età e al sesso:

- **fino a 24 mesi:** la diagnosi si basa sul "rapporto peso/lunghezza" (tabelle di riferimento OMS 2006), come raccomandato anche dalla AAP, con i seguenti cut-off: "rischio sovrappeso" > 85° percentile (>1 DS); "sovrappeso" > 97° percentile (>2 DS); "obesità" > 99° percentile (>3 DS);
- **età 2-18 anni:** la diagnosi si basa sul BMI (kg/m²) utilizzando il criterio di Cole e dell'International Obesity Task Force (IOTF) con i seguenti cut off: "sovrappeso" se il valore corrente di BMI estrapolato a 18 anni è compreso fra 25-29,9; "obesità" se il valore corrente di BMI estrapolato a 18 anni è ≥ 30.

Si suggerisce inoltre di calcolare, a partire dai 5 anni di età, il "rapporto tra circonferenza minima della vita e statura in cm": un valore superiore a 0,5 è associato a un aumento dei fattori di rischio cardiometabolici, indipendentemente dal BMI.

Complicanze. Vengono fornite le indicazioni su come valutare le complicanze metaboliche e non, prestando attenzione alla eventuale coesistenza di un DCA.

Setting di cura. Per la prevenzione e il trattamento dell'obesità del bambino/adolescente è necessaria una rete pediatrica che dovrebbe essere strutturata in tre livelli.

Primo livello: pediatra di libera scelta che offre il primo livello di cura ai bambini e svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'obesità pediatrica.

Secondo livello: Servizi ambulatoriali in cui le famiglie abbiano una consultazione con un pediatra con documentata esperienza in obesità che si avvale della collaborazione di dietista, nutrizionista e psicologo.

Terzo livello: Servizio specializzato in obesità pediatrica (almeno un servizio per regione), organizzato su base multidisciplinare con il compito di prendersi cura dei casi di obesità complicata.

Terapia. Obiettivo primario è il miglioramento a lungo termine della salute psicofisica attraverso stili di vita corretti. Vengono indicate le modalità di attuazione del percorso di educazione nutrizionale e motoria con parallela riduzione della sedentarietà, le indicazioni alla terapia farmacologica o, in ultima istanza, chirurgica, solo in presenza di forme gravissime di obesità adolescenziale complicata e refrattaria ad altri tipi di trattamento.

Prevenzione. Oltre agli interventi specifici in ambito familiare, nelle scuole e nell'ambiente sanitario, si sottolinea l'importanza di un approccio preventivo universale sull'ambiente sociale e fisico in cui le persone vivono, la cui responsabilità spetta all'amministrazione politica in accordo con le società scientifiche. Vengono poi prese in esame le azioni preventive età-specifiche, basate sulle migliori evidenze al momento disponibili, che possono essere svolte dal pediatra di famiglia nell'ambito della prevenzione sia primaria che mirata (individuazione di soggetti a rischio). Riguardo a quest'ultimo aspetto, una particolare attenzione va riservata ai markers precoci predittivi del rischio di sviluppare un'obesità persistente: madre e/o padre con BMI > 25 kg/m²; eccessiva velocità di crescita ponderale nel primo/secondo anno di vita; early adiposity rebound; rapporto peso/lunghezza o BMI nella fascia a "rischio sovrappeso" (sec. curve OMS 2006 per 0-5 anni di età); svantaggio socio-economico. ♦

Per corrispondenza:
Maurizio Iaia
e-mail: maurizio.iaia@medici.progetto-sole.it