

“PROGRESSO” ED OBESITÀ INFANTILE – FENOMENI DI PARI PASSO

Dott.ssa Marianela Ardizzone (dietista, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, sezione dipartimentale delle professioni tecnico-sanitarie e della prevenzione)

Dott. Riccardo D’Angelo (dietista libero professionista, borsista presso la U.O. Pediatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana)

- OBESITÀ COME “FENOMENO SOCIALE”:

L’inizio del XXI secolo ha segnato una svolta per l’umanità: per la prima volta nella storia il numero degli adulti in sovrappeso ha superato il numero di quelli sottopeso¹, evidenziando maggiormente quella definita come “malnutrizione per eccesso”, altrettanto preoccupante come quella “per difetto”. Per “sovrappeso” si indica una condizione in cui il peso corporeo è superiore ai livelli considerati fisiologici e può essere verificato calcolando l’Indice di Massa Corporea (o Body Mass Index, in inglese). L’obesità è una condizione di sovrappeso più grave.

Per secoli, gli umani hanno lottato per superare la scarsità di cibo. Con l’avvento della rivoluzione industriale, le grandi potenze consideravano l’aumento della dimensione corporea media della popolazione come un importante fattore sociale e politico. Infatti, la potenza militare ed economica dei paesi dipendeva in modo critico dalle dimensioni corporee e dalla forza delle loro giovani generazioni, da cui provenivano soldati e lavoratori. Il variare dell’indice di massa corporea (BMI) della popolazione dalla fascia di sottopeso a quella di normopeso ha avuto un impatto importante sulla sopravvivenza e sulla produttività, svolgendo un ruolo centrale nello sviluppo economico delle società industrializzate².

Negli ultimi decenni l’aumento della prevalenza dell’obesità è stato profondamente influenzato dai cambiamenti nell’ambiente obesogeno più ampio.³ Questi cambiamenti operano a livello familiare (ad esempio, modelli familiari di attività fisica, abitudini alimentari, sonno, uso dello schermo), comunità locale (ad esempio, assistenza all’infanzia e scuole, parchi, spazi verdi, trasporti pubblici e punti vendita di cibo), o l’ambiente sociopolitico più ampio (ad esempio, politiche governative, industria alimentare, marketing alimentare, sistemi di trasporto, politiche agricole e sussidi). Tali influenze sono state descritte come aventi la capacità di sfruttare le vulnerabilità biologiche, psicologiche, sociali ed economiche delle persone.

- ETÀ EVOLUTIVA ED OBESITÀ:

A partire dalla fine del XX secolo, di pari passo con i fenomeni descritti, in ambito nutrizionale si è potuto registrare un inesorabile incremento degli indici di malnutrizione, sia per difetto che per eccesso, così come nella popolazione adulta anche in quella pediatrica.

La prevalenza dell'obesità pediatrica è aumentata in tutto il mondo negli ultimi cinquant'anni. Dal 1975 al 2016, la prevalenza globale standardizzata dell'obesità nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni è aumentata dallo 0,7% (intervallo di confidenza al 95% 0,4-1,2) al 5,6% (4,8-6,5) per le ragazze e dallo 0,9% (0,5-1,3) al 7,8% (6,7-9,1) per i ragazzi.³

Dal 2000, il BMI medio è aumentato si è stabilizzato, solitamente su livelli elevati, in molti paesi ad alto reddito, ma ha continuato a crescere nei paesi a basso e medio reddito. Nel 2016, la prevalenza dell'obesità in questa fascia di età era più alta (> 30%) in molte nazioni insulari del Pacifico ed era elevata (>20%) in diversi paesi del Medio Oriente, Nord Africa, Micronesia (regione del Pacifico occidentale), Polinesia (sottoregione dell'Oceania), nei Caraibi e negli Stati Uniti.⁴

Nel 2019, la World Obesity Federation ha stimato che nel 2025 ci saranno 206 milioni di bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni che vivranno con l'obesità e 254 milioni nel 2030.

I primi classificati sono la Cina, seguita da India, Stati Uniti, Indonesia e Brasile.⁵

I fattori dietetici che contribuiscono al rischio di obesità nei bambini e negli adolescenti comprendono il consumo eccessivo di alimenti ad alto contenuto energetico e poveri di micronutrienti.^{6,7}

L'effetto relativo di altri fattori come lo *snacking*, saltare la colazione, non mangiare insieme come famiglia, i tempi di digiuno, le dimensioni delle porzioni, la velocità con cui si mangia, l'assunzione di macronutrienti e il carico glicemico sullo sviluppo dell'obesità rimangono poco chiari, sebbene tutti possano essere importanti.^{8,9}

Gli ultimi due decenni hanno visto l'aumento dei dispositivi mobili e dei *videogames*. L'esposizione allo schermo influenza il rischio di obesità nei bambini e negli adolescenti attraverso una maggiore esposizione al marketing alimentare, un aumento del consumo di cibo insensato mentre si utilizzano

gli schermi, la riduzione del tempo trascorso in attività fisiche, il rafforzamento dei comportamenti sedentari e la riduzione del tempo di sonno.¹⁰

- LA DIETA MEDITERRANEA:

La dieta mediterranea, uno dei modelli alimentari più studiati e conosciuti a livello mondiale, è stata associata a un'ampia gamma di benefici per la salute. Studi recenti hanno fornito prove evidenti dei benefici della dieta mediterranea sulla salute cardiovascolare, inclusa la riduzione dell'incidenza degli esiti cardiovascolari e dei fattori di rischio tra cui obesità, ipertensione, sindrome metabolica e dislipidemia, così come di patologie psichiatriche, oncologiche ed internistiche.¹¹

La Dieta Mediterranea tradizionale è caratterizzata da un elevato apporto di alimenti vegetali (frutta, verdura, pane e altri cereali integrali, patate, fagioli, noci e semi), alimenti minimamente trasformati, freschi di stagione e coltivati localmente, frutta fresca, con dolci contenenti zuccheri o miele un paio di volte a settimana, un elevato consumo di olio d'oliva (soprattutto vergine ed extravergine) utilizzato come principale fonte di grassi, un consumo moderato di latticini (soprattutto formaggio e yogurt), da zero a quattro uova a settimana, pesce e pollame consumati in quantità da basse a moderate, carne rossa consumata in piccole quantità e vino con moderazione, principalmente consumato ai pasti.

L'apporto relativamente elevato di noci, olio d'oliva e il consumo moderato di vino, in particolare vino rosso durante i pasti, rendono la Dieta Mediterranea unica e diversa dagli altri modelli dietetici salutari, ma può essere considerata una dieta prevalentemente a base vegetale.¹²

Nel 2010 l'UNESCO ha riconosciuto la Dieta Mediterranea come Patrimonio Culturale Immateriale dell'Umanità in quanto esempio di ricchezza culturale legata al territorio, alla convivialità alimentare intesa come un vero e proprio atto di relazione e condivisione.¹³

Educare alla dieta mediterranea fin dall'età scolare non è solo un modo per aiutare le giovani generazioni a prevenire patologie quando saranno adulti, ma anche per renderli consapevoli delle enormi potenzialità che la sua adozione può avere anche dal punto di vista economico ed ambientale.

- PREVENIRE L'OBESITÀ:

Al giorno d'oggi, le diverse strategie terapeutiche nei confronti dell'obesità, come la correzione dello stile di vita, le terapie farmacologiche a disposizione e la chirurgia bariatrica, hanno mostrato una bassa efficacia. Nel contrasto all'epidemia di obesità, la prevenzione sembra essere più promettente



del trattamento e la letteratura a disposizione ci insegna che potrebbe essere auspicabile un intervento a più componenti, che integri la famiglia, la scuola e la comunità.

Prevenire lo sviluppo dell'obesità infantile è una priorità sanitaria internazionale. Poiché l'obesità è una malattia multifattoriale, strategie efficaci di prevenzione dell'obesità dovrebbero mirare anche a numerosi aspetti (personali, ambientali e socioeconomici).

I primi anni di vita sono fondamentali per avviare approcci preventivi che possono incidere sullo stile di vita e sullo sviluppo di sovrappeso o obesità. Nel caso dei bambini piccoli, le strategie di prevenzione dovrebbero riguardare i genitori, gli operatori sanitari primari, le scuole, i social network, i media e la comunità più ampia.¹⁴ Tutti questi gruppi dovrebbero promuovere uno stile di vita sano con un livello adeguato di attività fisica e dieta, fornendo un esempio da seguire o fornendo un ambiente favorevole. Poiché questa pratica genitoriale è impegnativa, i genitori necessitano di supporto sociale per comprendere l'importanza di cambiare le abitudini di vita e il loro ruolo nello sviluppo psicofisico dei propri figli.

Per molti bambini, l'aumento dell'attività fisica può essere sufficiente a prevenire l'insorgenza dell'obesità. I bambini di peso sano che sono fisicamente attivi tendono ad avere meno tessuto adiposo rispetto ai coetanei fisicamente inattivi. Pertanto, una questione fondamentale per mantenere un peso sano risiede nell'adozione di un livello adeguato di attività fisica, la quale dovrebbe essere adattata al profilo fisiologico e metabolico dei bambini, ma in ogni caso la maggior parte dell'attività fisica giornaliera dovrebbe essere aerobica.¹⁵

L'ambiente domestico, quindi, è un contesto significativo nella prevenzione dell'obesità infantile. Principalmente, i genitori influenzano i comportamenti sanitari del bambino. I genitori possono influenzare l'AP dei bambini attraverso l'incoraggiamento, il coinvolgimento e l'esempio.

In conclusione, è necessario incoraggiare, in chi si prende cura dei bambini, un vero e proprio cambiamento dietetico-comportamentale, di modo tale che l'adozione di uno stile di vita sano nell'infanzia e adolescenza metta le basi di una vita futura in salute, riducendo il rischio di patologie peso-correlate.

La missione più difficile è, ad esempio, riuscire ad integrare l'alimentazione sana a livello familiare, senza che questa venga vista come un impegno a livello organizzativo e talvolta anche economico, ma come un investimento per un percorso di salute che non escluda i piaceri che giustamente possono essere ritrovati anche a tavola.



Pertanto, un'educazione alimentare dovrebbe essere introdotta negli insegnamenti scolastici fin dai primi anni, ma allo stesso tempo rafforzare il rapporto fra medici pediatri e dietisti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- 1) Gardner G, Halweil B. , Underfed and overfed: the global epidemic of malnutrition, 2000 Washington, DC Worldwatch Institute (Worldwatch paper no. 150)
- 2) Fogel RW, Costa DL. A theory of technophysio evolution, with some implications for forecasting population, health care costs, and pension costs, Demography, 1997, vol. 34 (pg. 49-66)
- 3) Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML et al. - Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. (Lancet. 2015; 385: 2510-2520)
- 4) Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA et al. - Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. (Lancet. 2017; 390: 2627-2642)
- 5) Lobstein T, Brinsden H - Atlas of childhood obesity (World Obesity Federation, London 2019)
- 6) World Health Organization Obesity: preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO Consultation, 2000 Geneva, Switzerland World Health Organization (WHO technical report series 894)

- 7) Popkin BM. - The nutrition transition: an overview of world patterns of change (Nutr Rev, 2004, vol. 62 (pg. S140-3))
- 8) Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. - The burden of disease from undernutrition and overnutrition in countries undergoing rapid nutrition transition: a view from Brazil (Am J Public Health, 2004, vol. 94 (pg. 433-4))
- 9) Caballero B. - A nutrition paradox: underweight and obesity in developing countries (N Engl J Med, 2005, vol. 352 (pg. 1514-16))
- 10) Garrett JL, Ruel MT. - Stunted child-overweight mother pairs: prevalence and association with economic development and urbanization (Food Nutr Bull, 2005, vol. 26 (pg. 209-21))
- 11) Guasch-Ferré M, Willett WC. - The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. (J Intern Med. 2021 Sep;290(3):549-566. doi: 10.1111/joim.13333. Epub 2021 Aug 23. PMID: 34423871.)
- 12) Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, et al. - Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. (Am J Clin Nutr. 1995;61:1402S-1406S)
- 13) <https://www.unesco.it/it/temi-in-evidenza/cultura/dieci-anni-di-dieta-mediterranea-nella-lista-del-patrimonio-culturale-immateriale/>
- 14) Watson PM, Dugdill L, Pickering K, Bostock S, Hargreaves J, Staniford L, et al. . - A whole family approach to childhood obesity management (GOALS): relationship between adult and child BMI change. (Ann Hum Biol. (2011) 38:445–52. 10.3109/03014460.2011.590531)
- 15) Kahlmeier S, Wijnhoven TMA, Alpiger P, Schweizer C, Breda J, Martin BW. - National physical activity recommendations: systematic overview and analysis of the situation in European countries. (BMC Public Health. (2015) 15:133. 10.1186/s12889-015-1412-3)



16) World Health Organization Global Recommendations on Physical Activity for Health. Available online at: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/