

L'errore nutrizionale: diagnosi ambulatoriale e opportunità di prevenzione.

Claudio Maffeis

Dipartimento Materno Infantile e Biologia Genetica, Sezione di Pediatria, Università di Verona

Introduzione

Fino agli anni '50 il problema nutrizionale più comune nel bambino italiano era la malnutrizione per difetto. Nella seconda metà del secolo la malnutrizione per difetto è stata progressivamente sostituita da quella per eccesso. Oggi il numero di bambini con eccesso ponderale, cioè sovrappeso ed obesità, è addirittura un terzo della popolazione scolastica italiana. In età prescolare, un bambino su quattro è sovrappeso o obeso.

Prevenzione e trattamento dell'obesità fanno parte dei programmi di sanità pubblica di molti paesi occidentali ed il pediatra è la figura professionale più direttamente coinvolta nell'opera preventiva e terapeutica volta a limitare il progressivo incremento dell'obesità tra i bambini e gli adolescenti.

La Società Italiana di Pediatria, insieme alle società affiliate e a FIMP e ACP, ha recentemente promosso una Consensus Conference sull'Obesità del Bambino cui è seguita una pubblicazione liberamente disponibile a tutti i pediatri che contiene i criteri di riferimento applicabili nella pratica clinica per la diagnosi dell'obesità del bambino e dell'adolescente e delle sue complicanze, nonché per il trattamento e la prevenzione. Tuttavia, il trasferimento dei principi contenuti nella Consensus nella pratica ambulatoriale quotidiana comporta per il pediatra il necessario affinamento delle tecniche anamnestiche per il rilevamento delle abitudini alimentari oltre che del livello di attività motoria sia del bambino che della sua famiglia. Infatti, un'accurata conoscenza dello stile di vita e nutrizionale del bambino è indispensabile per poter ottenere quelle modifiche utili al trattamento e alla prevenzione dell'eccesso di peso.

Quindi, rimanendo in ambito nutrizionale, in termini operativi i problemi da definire sono: quali fattori di rischio nutrizionale ricercare? Quali tecniche hanno sufficiente sensibilità, specificità e sensibilità d'uso nella pratica ambulatoriale per rilevarli?

Fattori di rischio nutrizionale

Indagini nutrizionali di popolazione hanno evidenziato alcune carenze o eccessi più comunemente rilevabili nel bambino italiano. Tra queste, la più recente è quella condotta dall'Osservatorio Nutrizionale del Grana Padano, che offre un'immagine rappresentativa di tutto il paese sulla frequenza di consumo di alimenti sia nei bambini che negli adulti.

Macronutrienti

Proteine

La quantità di proteine assunta giornalmente è pari o superiore alle raccomandazioni (1 g per kg di peso ideale per l'altezza) nella grande maggioranza dei bambini ed adolescenti (3 - 14 anni). Le proteine sono assunte preferibilmente con la carne ed i salumi e meno con legumi, pesce, uova, latte e latticini.

Lipidi

Molti bambini superano la quantità consigliata di grassi, pari al 30% della calorie totali, e di colesterolo (100 mg/1000 kcal). I lipidi vengono assunti soprattutto con carne e condimenti.

La quota di acidi grassi poli-insaturi ω -3 è carente nella stragrande maggioranza dei bambini ed adolescenti.

Carboidrati

La quota di carboidrati totali assunti giornalmente è generalmente accettabile nella maggioranza dei casi. Al contrario, la quota di carboidrati a rapido assorbimento è troppo elevata rispetto a quanto raccomandato (10% delle calorie totali).

Fibra

Anche in questo caso, troppi bambini (circa il 75%) hanno un consumo di fibra ridotto rispetto alle raccomandazioni (0.5 g/kg peso). Il basso consumo di vegetali, alimenti integrali e legumi è alla base della carente assunzione di questo importante nutriente.

Micronutrienti e vitamine

Calcio e vitamina D sono assunti al disotto della quota raccomandata per sesso ed età in una percentuale superiore al 50% dei casi, sia nei maschi che nelle femmine. La relativa carenza nell'assunzione di uova, pesce, e latte/latticini contribuisce a spiegare la carenza di questi nutrienti. Il 30% dei bambini assume poco zinco rispetto alle raccomandazioni ed il 70% poco iodio. Un quadro meno chiaro è disponibile sull'assunzione di un importante elemento quale il sodio, variamente aggiunto durante la cottura del cibo o direttamente in tavola e quindi difficilmente quantificabile con questionari sulle frequenze di consumo di alimenti.

Quali tecniche utilizzare in ambulatorio per evidenziare le abitudini nutrizionali scorrette?

Attualmente storia dietetica, recall delle 24 ore (per 3 giorni), diario pesato degli apporti (per 7 giorni) sono considerate le tre tecniche più indicate per rilevare gli apporti in alimenti di un bambino come di un adulto. Tuttavia il loro impiego richiede conoscenze tecniche adeguate sia sulle modalità dell'indagine che soprattutto sulla composizione in alimenti delle pietanze, ottenibili solo dopo training specifico in nutrizione clinica e dietologia applicata. Queste tecniche di rilevazione vanno quindi riservate a personale specializzato (dietisti) opportunamente formati sulla nutrizione in età pediatrica. Una tecnica meno accurata e sensibile ma sufficientemente valida per ottenere una valutazione qualitativa dell'alimentazione della persona è data dal questionario sulle frequenze dei consumi alimentari. Questa tecnica, applicata in modo semplificato, può essere utilmente impiegata anche in ambito ambulatoriale dal pediatra. L'uso del questionario prevede la necessità di scomporre gli alimenti ingeriti in nutrienti per poter confrontare le informazioni ottenute dal bambino e dai suoi genitori con quanto consigliato. E' quindi possibile evidenziare importanti carenze od eccessi che possono essere opportunamente corretti. Si tratta di un metodo che non consente di ottenere con alta precisione la composizione in nutrienti della dieta del bambino ma di evidenziare carenze o eccessi clinicamente rilevanti e che necessitano di correzione.

L'introduzione di questa modalità operativa di indagine consente un potenziale miglioramento nella pratica clinica corrente del pediatra. Analizzando in modo più oggettivo le abitudini nutrizionali del bambino, il pediatra può infatti fornire indicazioni meno generiche sul miglioramento della sua alimentazione e, potenzialmente, esercitare in modo più incisivo l'intervento correttivo terapeutico e/o preventivo.

Commento e conclusioni

L'analisi del quadro generale emerso dalle indagini disponibili evidenzia due caratteristiche principali nella nutrizione del bambino italiano:

- a. il ridotto consumo di alimenti di origine vegetale ed integrali;
- b. l'elevato consumo di proteine, grassi e zuccheri a rapido assorbimento.

Ne consegue che l'alimentazione media del bambino italiano risulta ricca in calorie ma relativamente povera in nutrienti. L'inevitabile risultato sono le patologie associate all'accumulo eccessivo di riserve caloriche (obesità, dislipidemia, ipertensione, intolleranza al glucosio) e quelle da carenza di minerali e vitamine (osteoporosi) o acidi grassi poli-insaturi (stati infiammatori di basso grado, regolazione metabolica). Infine una possibile relazione tra carenza di zinco e patologia infettiva è stato ipotizzato, sebbene non chiaramente dimostrato.

La semplice inversione del trend in atto, cioè incrementare il consumo di alimenti vegetali ed integrali,

riducendo al contempo quello di alimenti di origine animale, in particolar modo carne e salumi, consente di ottenere due rilevanti risultati: a. una riduzione della densità della dieta; b. un miglioramento della composizione della dieta, sia in termini del rapporto tra carboidrati, grassi e proteine che dell'assunzione di minerali, vitamine, prebiotici, etc.. Sia l'elevata densità della dieta che un elevato apporto di grassi sono infatti fattori di rischio importanti per l'obesità. Infine, promuovere il consumo di pesce (non fritto) a quello della carne favorisce l'assunzione di acidi grassi poli-insaturi, così utili alle caratteristiche di fluidità delle membrane cellulari ma anche alla limitazione delle complicanze metaboliche indotte dall'eccessivo accumulo di trigliceridi nell'organismo. L'introduzione di un questionario semplificato sulla frequenza del consumo di alimenti nella pratica clinica quotidiana del pediatra, consente di poter utilmente evidenziare grossolane carenze od eccessi di nutrienti nell'alimentazione del bambino. Questa informazione può agevolare e rendere maggiormente efficiente il counselling nutrizionale al bambino e alla sua famiglia.

Bibliografia

1. OSC Media Publishing, Bologna: Osservatorio Grana Padano. Indagine sugli errori nutrizionali (www.osservatorio.granapadano.it).
2. Maffei C, Consolaro A, Cavarzere P, Chini L, Banzato C, Grezzani A, Silvagni D, Salzano G, De Luca F, Tato L. Prevalence of overweight and obesity in 2- to 6-year-old Italian children. *Obesity* (Silver Spring). 2006;14(5):765-9.
3. Società Italiana di Pediatria. *Obesità del bambino e dell'adolescente: consensus su prevenzione, diagnosi e terapia*. Istituto Scotti-Bassani, Milano 2006.
4. Maffei C. Childhood obesity: potential mechanisms for the development of an epidemic. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program*. 2006;(57):31-43; discussion 43-50.
5. Sun M, Schutz Y, Maffei C. Substrate metabolism, nutrient balance and obesity development in children and adolescents: a target for intervention? *Obes Rev*. 2004;5(4):183-8.
6. Maffei C, Pinelli L, Schutz Y. Fat intake and adiposity in 8 to 11-year-old obese children. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1996;20(2):170-4.
7. Scaglioni S. Terapia nutrizionale. In: Maffei C. *Il bambino obeso e le complicanze. Dalla conoscenza scientifica alla pratica clinica*. SEE Ed., Firenze 2004, pp. 131-48.