

INTERVISTA AL PROF. ANDREA PESSION (*)
PEDIATRA
DELL'ALMA MATER DI BOLOGNA
di Giuseppe Vinci



(*) Il Professor Andrea Pession è ordinario di Pediatria Generale e Specialistica presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università degli studi di Bologna, Direttore Scuola di Specializzazione Pediatria, Direttore Centro Interdipartimentale di Ricerche sul Cancro "Giorgio Prodi" e Direttore Centro Regionale Screening Neonatale per le Malattie Metaboliche. Il reparto diretto dal Prof. Pession si caratterizza per la attività assistenziale pediatrica (internistica e specialistica) in Nefrologia, Endocrinologia, Allergologia, Pneumologia, Immunologia, Reumatologia, Malattie Rare, Gastroenterologia e Oncologia ed Ematologia, con una Unità Trapianto (fiore all'occhiello della sanità emiliano-Romagnola), una Degenza a ciclo diurno (Day Hospital) e un'assistenza psicologica sistematica e strutturata nel settore di Oncologia ed Ematologia. Nella sua attività scientifica di ricerca si è occupato da sempre di ematologia e oncologia pediatrica dei Linfoma di Hodgkin e di altre forme tumorali dell'età pediatrica; di leucemia Acuta Linfoblastica con una vasta produzione scientifica sugli aspetti clinici; di ematologia e di oncologia con particolare alla Leucemia Acuta non Linfoide, alla patologia tumorale dell'età neonatale e alla terapia di supporto. Ha dedicato gran parte della propria attività al Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) sia autologo che allogenico, da midollo osseo. Ha poi lavorato e pubblicato su tutti gli aspetti inerenti il trapianto di CSE anche da fonti alternative al midollo, come sangue periferico e cordone ombelicale, ivi compresa la terapia di supporto e di Cure Palliative Pediatriche. Si è interessato di terapia cellulare e di immunoterapia e in particolare di terapia adottiva con IL-2 nel trattamento del Neuroblastoma, del Sarcoma di Ewing e di altri tumori solidi dell'infanzia nonché di immunoterapia cellulo mediata nella terapia dei disordini emolinfoproliferativi. Ha presieduto diversi comitati di studi e ricerche, tra i quali, il Comitato Strategico Scientifico (CSS) dell'Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica (AIEOP) della Leucemia Acuta non Linfoide. Dal 2009 ha focalizzato la propria attenzione sui meccanismi di carcinogenesi con particolare interesse verso i campi elettromagnetici a frequenza estremamente bassa (ELF, Extremely Low-Frequency) in collaborazione con L'Istituto Superiore di Sanità. Responsabile di numerosi progetti scientifici nazionali e internazionali.

Ha fondato il Centro Operativo della AIEOP (Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica), attivo come Centro Raccolta. La sua produzione scientifica comprende opere monografie e 1509 pubblicazioni di cui 450 recensite da *Scopus* con un *h-index* pari a 58.

D. Professore, lei è uno scienziato unanimemente riconosciuto, per le sue ricerche e i suoi studi nel campo molto vasto dell'oncologia pediatrica. La prima domanda che le vorrei fare riguarda però l'importanza dell'alimentazione nei casi di malattie metaboliche ereditarie.

R. Nel trattamento delle malattie metaboliche ereditarie la nutrizione ricopre un aspetto molto importante e basilare. Nel campo metabolico alcune malattie sono trattate essenzialmente con la dieta e la somministrazione di elementi particolari. L'alimentazione nei casi di malattie metaboliche ereditarie, spesso riconosciute nelle prime ore di vita dai programmi di screening neonatale, è dunque fondamentale, ma tanto resta ancora da fare per ottimizzare il tipo di trattamento nutrizionale anche alla luce delle recenti scoperte del ruolo che il microbioma intestinale riveste in tal senso.

D. Professore quali sono gli aspetti principali che hanno permesso la gestione ottimale delle malattie metaboliche?

R. Oggi abbiamo molti strumenti per studiare meglio cosa significa somministrare un nutriente nelle diverse malattie, quindi è molto importante analizzare i vari passaggi nella scelta di una dieta. Invero, è altresì importante discutere della concentrazione, sia dei diversi aminoacidi nei liquidi e nel cervello, sia dell'influenza che questi aminoacidi potrebbero avere nel cambiamento del microbioma intestinale e l'impatto che lo stesso microbioma potrebbe avere nel cambiare il profilo epigenetico del soggetto. In generale poi enormi passi in avanti sono stati compiuti nella messa a punto di terapie enzimatiche sostitutive o di riduzione del substrato soprattutto nelle malattie metaboliche con accumulo lisosomiale.

D. Professore, lei si definisce un medico che ha fatto ricerca sui bambini oppure un ricercatore che cura dei bambini?

R. Ricordo che 40 anni fa quando incontrai i primi bambini affetti da tumore, nove su dieci non riuscivano a sopravvivere ai primi tre mesi; oggi su 1.800 casi oltre l'80% dei bambini con patologie tumorali gravi guariscono e riescono a condurre una vita normale, grazie alla pratica clinica e alla ricerca clinica. Solo attraverso protocolli clinici, nazionali e internazionali, i bambini ammalati di tumore sono riusciti a essere curati al meglio. Ancora oggi la ricerca clinica controllata ci consente di curare al meglio questi piccoli e indifesi pazienti affetti da una malattia molto grave.

D. Professore, in cosa consiste questa ricerca clinica controllata? Perché è importante?

R. Oggi attraverso le tecniche citofluorimetriche e la biologia molecolare, riusciamo a caratterizzare i sottotipi di cellule in maniera talmente precisa da sapere esattamente il grado di maturazione delle cellule che compongono il tumore solido o liquido (leucemie e linfomi) e abbiamo a disposizione sempre più farmaci chemioterapici, immunologici e nuove tecniche chirurgiche e radioterapiche da utilizzare in maniera razionale e stratificata in rapporto al rischio che la malattia non risponda e/o recidivi e si diffonda inesorabilmente. **Ogni nuova opzione diagnostico terapeutica potenzialmente efficace, secondo i canoni della sperimentazione clinica controllata**, deve dimostrarsi tale in un *setting* sperimentale controllato prospettico randomizzato o quanto meno con controllo storico. Ebbene, i progressi degli ultimi 40 anni sono stati veramente incredibili grazie a queste metodologie che in pediatria sono state condotte insieme al paziente. Grazie a quell'**alleanza terapeutica** che da sempre e comunque il Pediatra instaura con il genitore di ogni piccolo paziente, in oncologia pediatrica è stato possibile **sperimentare con l'uomo e non sull'uomo**. Sostengo infine che l'oncologia pediatrica, per la storia della medicina, rappresenti un **modello prototipale di buona medicina**, ovvero di una medicina che di declini **sempre come l'arte che cura e non solo la scienza che guarisce**.

D. Professore, tornando alla Pediatria, in una sua intervista lei ha definito l'obesità del bambino una vera e propria emergenza sociale?

R. Un bambino su tre in Italia è in sovrappeso, di questi il 10% è obeso nella scuola primaria, con una maggiore prevalenza nel centro-sud rispetto al nord, per un fatto culturale, ambientale e sociale. L'obesità infantile è un fenomeno dilagante e persistente: il 50% degli obesi adolescenti rischia di esserlo anche da adulto. Il problema dell'obesità è un fatto endemico mondiale. Per esempio l'obesità in Brasile, con l'avvento della tecnologia, sta emergendo come un consistente indicatore di benessere. Come dicevo, oltre a essere un fatto dilagante è anche persistente, perché oltre il 60% dei soggetti obesi nell'età pediatrica, in particolare nella preadolescenza, lo sarà anche da adulto.

D. Professore cos'è esattamente l'obesità?

R. È una condizione patologica legata all'accumulo di grasso che procura problemi di salute. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'obesità come "un accumulo eccessivo di grasso corporeo che può nuocere alla salute". L'obesità, però è qualcosa di più, è una vera e propria malattia cronica multifattoriale caratterizzata dall'interazione di fattori **genetici** (l'80% dei bambini obesi ha un genitore con obesità), di fattori **epigenetici** (legati all'apporto nutriente della mamma durante la gestazione) e di fattori **ambientali** (basso livello socio-economico, cattivo rapporto tra madre e figlio, alimentazione disordinata, eccetera).

D. Professore esiste un modo o un sistema per misurare l'obesità?

R. E' una bella domanda. L'obesità non è semplice da misurare; ci sono degli indicatori di massa corporea (BMI) espresso dal rapporto peso e altezza (Kg/m²) che rappresenta in prima approssimazione la quota adiposa dell'individuo; ci sono anche delle formule matematiche che, tramite apposito software, misurano se il bambino è in sovrappeso. Il sovrappeso è l'anticamera dell'obesità e può essere **lieve, moderata o severa**. Il sovrappeso si può misurare anche prendendo i percentili di peso e l'altezza, in modo da determinare il peso corporeo relativo, ovvero l'eccesso ponderale misurato rispetto al peso ideale, per genere, età e statura. In base a questi parametri è possibile standardizzare la diagnosi. Inoltre, c'è anche lo "spessore della piega al tricipite" che si rileva con il plicometro per misurare lo spessore del grasso sottocutaneo non viscerale. Per capire invece che tipo di obesità ha il bambino bisogna misurare i fianchi, per distinguere le obesità "**androide**" cosiddette a "mela" (che sono le più gravi) e le obesità a "pera" dette anche "**ginoide**" in prevalenza nel genere femminile, un po' meno gravi delle altre.

D. Professore esiste una classificazione delle obesità funzionale a determinare poi la diagnosi?

R. Si esiste una classificazione delle obesità: **obesità primitive o essenziali** (che coprono il 95% dei casi) e **obesità secondarie**, che coprono il restante 5% dei casi). In particolare, le **obesità secondarie** si dividono in obesità **endocrine** (sindrome di cushing, ipotiroidismo, deficit di GH, iperinsulinismo, eccetera eccetera), obesità **renali** (nei casi di insufficienza renale cronica), obesità **sindromiche** (sindrome di cohen, sindrome di carpenter), e **altre** obesità (sindrome dell'ovaio policistico, ipertensione endocranica idiopatica, emicrania e cefalea cronica, eccetera, eccetera). Purtroppo quando questi piccoli pazienti arrivano da noi riscontriamo che i pediatri non hanno tenuto conto di questo 5% di obesità secondarie.

D. Professore quali sono le maggiori raccomandazioni da osservare nei casi di bambini obesi e in particolare quali sono le complicanze?

R. Bisogna partire sempre dal presupposto che il bambino obeso, qualora abbia patologie o situazioni cliniche alterate, sviluppa sempre delle complicanze. Abbiamo diversi tipi di complicanze. Per esempio, complicanze **gastroenterologiche** (steatosi epatica non alcolica, reflusso gastroesofageo, litiasi biliare); complicanze **respiratorie** (asma bronchiale, disturbi respiratori del sonno, sindrome obesità-ipoventilazione); complicanze **ortopediche** (epifisiolisi, tibia vara o morbo di blount, ginocchio valgo, piede piatto flessibile); eccetera, eccetera. Le maggiori raccomandazioni che noi facciamo sempre sono la **prevenzione** e la **cura**: queste devono sempre coincidere in tutti i casi di obesità. Pertanto se un bambino è in peso-forma bisogna educare la famiglia affinché non diventi sovrappeso e poi obeso. La prevenzione e la cura dell'obesità in età pediatrica coincidono con la prevenzione delle complicanze, cui un bambino va inesorabilmente incontro da adulto (aumentano i rischi cardio-vascolari, diabete mellito di tipo 2, sindrome metabolica). Per quanto riguarda invece, la prevenzione e la terapia dell'**obesità primitiva**, bisogna modificare lo stile di vita (esercizio fisico, sedentarietà, dieta), occorre un'alimentazione equilibrata e varia, con programmi di trattamento basati su tecniche cognitivo-comportamentali della famiglia.

D. Professore, parliamo di pratica clinica, e mi faccia fare una domanda inerente l'argomento più difficile: la sofferenza di un bambino. Quali sono le difficoltà maggiori per capire il malessere di un bambino?

R. Vede, dopo tanti anni di esperienza ci siamo accorti che i bambini di 6/7 anni e in alcuni casi fino ai 10-12 anni, faticano a esprimere le loro emozioni. Quando sono affetti da una patologia cronica potenzialmente mortale, fanno fatica a esprimere le loro ansie e le loro paure davanti a genitori; temono di deluderli, di farli soffrire, di allontanarli. Pertanto quando il medico chiede loro come stai, guardano i genitori e rispondono comunque e sempre, più o meno convinti, bene. E' come se volessero aiutare i genitori ad allontanare l'angoscia che il "brutto male" scatena nel genitore che non trova un senso e fatica anche solo ad avviarsi sulla strada dell'elaborazione di un lutto. Parlo di lutto perché anche quando il figlio guarisce, comunque nel vissuto di un genitore egli resta un sopravvissuto e ciò che scompare per sempre è l'idea di ciò che il figlio era prima della malattia.

Grazie Professore per il tempo dedicato a questa intervista che sarà pubblicata sul sito web della Compagnia dei Semplici e inviata ai maggiori quotidiani locali e nazionali.

<https://www.compagniadeseisemplici.org/> (Home, Covid-19).

<https://www.compagniadeseisemplici.org/novita> (Novità).