

Le obesità: aspetti psiconutrizionali e aggiornamenti terapeutici

11 ottobre 2025 - Aula Magna Nuovo Arcispedale S. Anna

LE OBESITÀ: GLI ASPETTI PSICONUTRIZIONALI IN AMBULATORIO DI PEDIATRIA



DEFINIZIONE IN ETÀ PEDIATRICA: CURVE CRESCITA

- **L'obesità è una malattia cronica**, complessa, multifattoriale, persistente, anzi ingravescente e recidivante, **prevenibile e curabile**, caratterizzata da un eccesso di adipe, che compromette la salute o rischia di farlo.
- **L'obesità infantile primaria**: fattori genetici, nutrizionali, comportamentali, sociali e ambientali. Il 10% secondarie (esordio precoce, rapido peggioramento, dismorfismi, ritardo mentale, disturbi organi di senso, bassa statura...).
- **CRITERI OMS, 2006-2007**

Tabella 1. Criteri diagnostici del sovrappeso e dell'obesità.			
Età	0-2 anni	2-5 anni	5-18 anni
Indicatore	Rapporto peso/lunghezza	BMI	BMI
Riferimento	OMS 2006	OMS 2006	OMS 2007
>85°p	Rischio sovrappeso	Rischio sovrappeso	Sovrappeso
>97°p	Sovrappeso	Sovrappeso	Obesità
>99°p	Obesità	Obesità	Obesità grave

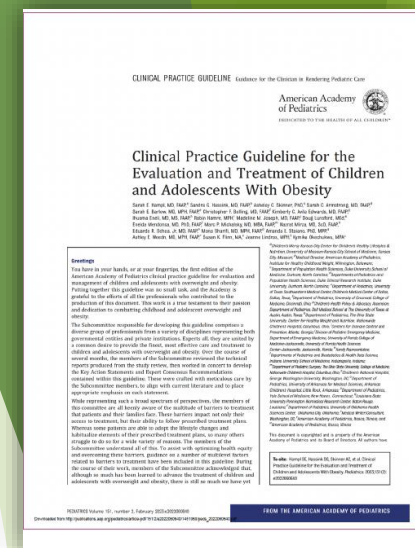
SIEDP- Obesità in età pediatrica: dalla prevenzione alla terapia, Area Pediatrica, 24(4), 2023

► **CRITERI Cole-IOTF (International Obesity Task Force), 2000**

- Sovrappeso: BMI tra 25 e 29,99 kg/m²
- Obesità Classe I: BMI ≥ 30 e < 35 kg/m²
- Obesità Classe II (severa): BMI ≥ 35 e < 40 kg/m²
- Obesità Classe III (molto severa): BMI ≥ 40 kg/m²

I criteri OMS hanno maggiore sensibilità, e valori soglia complessivamente più bassi di quelli di

Cole-IOTF, utili ed immediati per: definire rischio cardio-metabolico, confronto internazionale, uso clinico e il monitoraggio nel tempo.



LG AAP 2023, Pediatrics vol 151 n°2, 2023

Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey

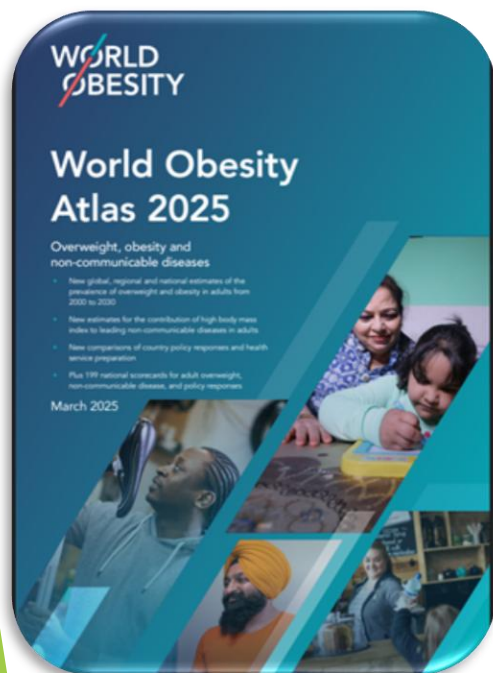
Tim J Cole, Mary C Bellizzi, Katherine M Flegal, William H Dietz

BMJ VOLUME 320 6 MAY 2000 bmj.com

EPIDEMIOLOGIA

Report o annuale lanciato in occasione della Giornata Mondiale dell'Obesità (4 marzo 2025).

Dati e stime globali e regionali sulla prevalenza del sovrappeso, dell'obesità e patologie croniche non trasmissibili (NCD) ad essa correlate nella popolazione adulta: proiezioni al 2030.



MONDO

Men	All high BMI	
2010	786m	36%
2015	936m	39%
2030	1,453m	50%

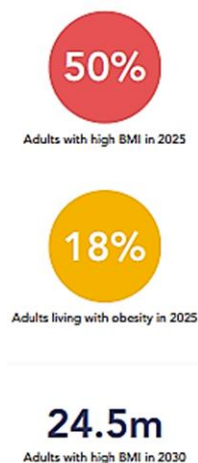
Women	All high BMI	
2010	826m	37%
2015	968m	40%
2030	1,477m	50%

EUROPA

All high BMI	
192m	60%
205m	62%
231m	65%

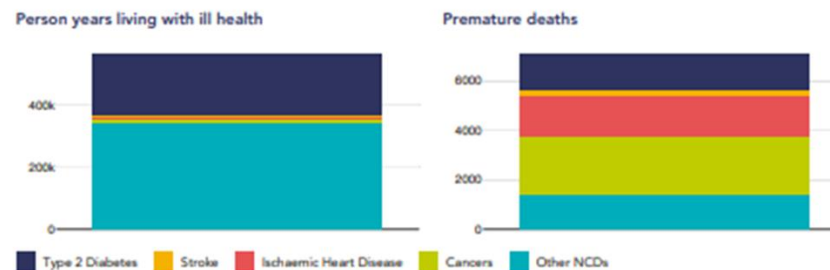
All high BMI	
181m	50%
186m	51%
198m	52%

ITALIA



The impact of overweight and obesity on other NCDs, 2021

Number of adults living with disease or suffering premature deaths attributable to high BMI



7,101
Premature NCD deaths due to high BMI, 2021

563,248
Adult person-years of NCD ill health due to high BMI, 2021

WHO EUROPEAN REGIONAL OBESITY REPORT 2022

Homepage > Studi e Dati dello sport
> Rapporto 2022 dell'OMS sull'obesità in Europa

Rapporto 2022 dell'OMS sull'obesità in Europa

I tassi di sovrappeso ed obesità in Europa (anche in età pediatrica) hanno raggiunto proporzioni epidemiche, triplicando negli ultimi 40 anni

- 60% adulti
- 7.9% bambini fino ai 5 anni (circa 4.400.000 bb)
- 29.5 % tra i 5 ed i 9 anni (7.9% obesità)
- 24.9% tra i 10 e i 19 anni (7.1% obesità)
- **1 bambino su 3 in Europa è sovrappeso o obeso**
- **Lieve prevalenza tra i maschi**

Figura 2. Prevalenza di sovrappeso e obesità nei paesi della Regione Europea OMS nei bambini di 7-9 anni (%) al 6° Round 2022-2024 [2]

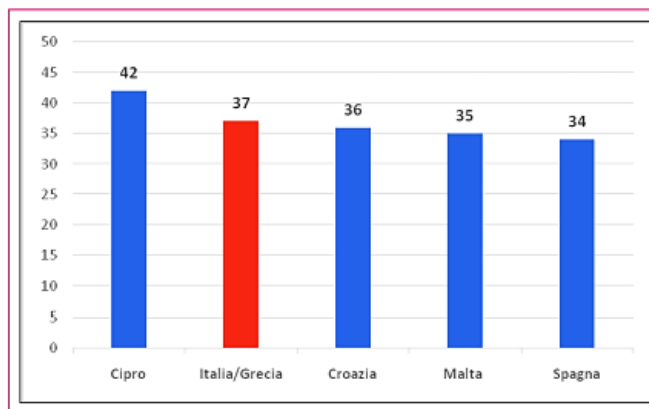
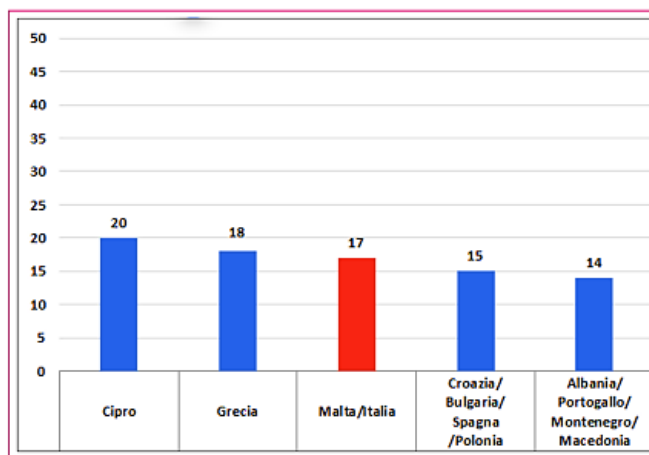
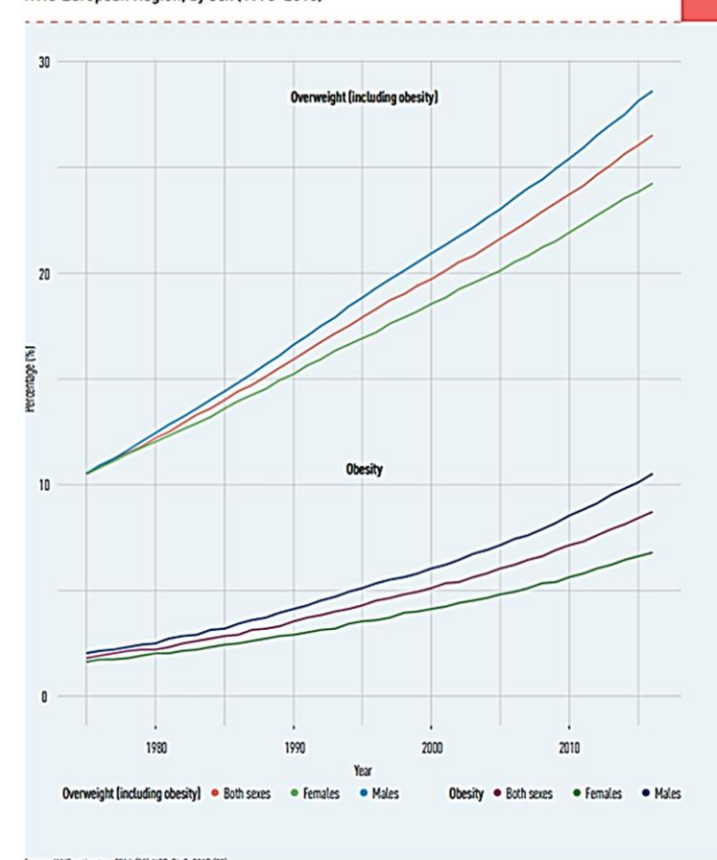


Figura 3. Prevalenza di obesità nei paesi della Regione Europea OMS nei bambini di 7-9 anni (%) al 6° Round 2022-2024 [2]



Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents aged 5–19 years in the WHO European Region, by sex (1975–2016)

Fig. 1.7



Considerazioni sugli ultimi documenti dell'OMS sull'Obesità. Dall'Acceleration Plan to Stop Obesity al Round 6 dell'European Childhood Obesity Surveillance Initiative

Rita Tanas¹, Francesco Baggiani², Guido Coggesse³, Riccardo Lerat⁴

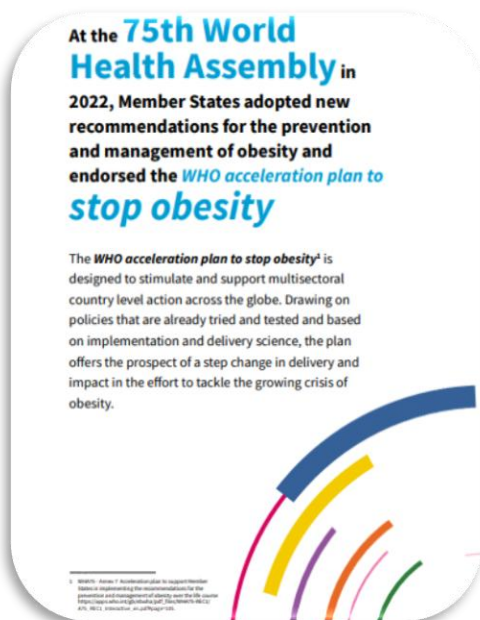
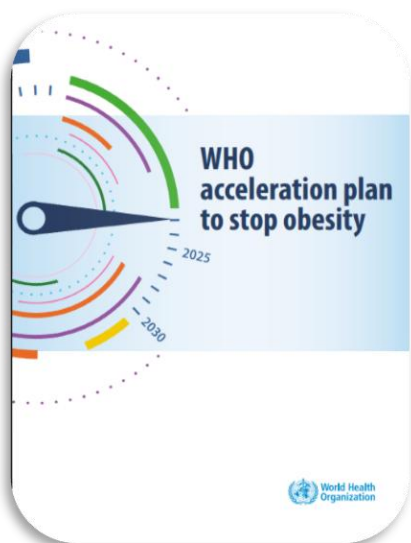


Tabella 1. Obiettivi dell'Acceleration Plan to Stop Obesity [3]

Obiettivi di risultato (da realizzare entro il 2025):

- Arrestare l'aumento dell'obesità nei bambini sotto i 5 anni, negli adolescenti e negli adulti.
- Porre fine a tutte le forme di malnutrizione.
- Ridurre la prevalenza di sovrappeso nei bambini sotto i 5 anni di età al 3% o meno.

Obiettivi intermedi (da realizzare entro il 2030):

- Zuccheri liberi a meno del 10% dell'assunzione energetica totale negli adulti e nei bambini.
- Aumentare il tasso di allattamento esclusivo al seno nei primi 6 mesi almeno al 70%.
- Riduzione relativa della prevalenza globale di sedentarietà al 15%.

Obiettivi di processo (da realizzare entro il 2030):

- Aumentare la copertura dei servizi per la prevenzione, diagnosi e gestione dell'obesità nei bambini e negli adolescenti nelle cure primarie.
- Aumentare il numero dei professionisti della nutrizione ad almeno 10/100 000 abitanti.
- Istituire normative sulla commercializzazione di alimenti e bevande analcoliche ai bambini.
- Implementare campagne di comunicazione nazionale sull'attività fisica.
- Istituire un protocollo nazionale per la valutazione dell'attività fisica nell'assistenza primaria.



Tabella 4. Azioni iniziate in Italia relative agli obiettivi proposti

1. Riduzione dell'obesità infantile

Azione intrapresa: il programma "OKkio alla Salute", coordinato dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, monitora i livelli di sovrappeso/obesità.

Progresso: alcune regioni hanno implementato progetti pilota per promuovere stili di vita sani a scuola, ma l'Italia rimane tra i paesi europei col più alto tasso di obesità.

2. Riduzione dell'obesità negli adulti

Azione intrapresa: il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 include strategie per ridurre l'obesità e promuovere stili di vita sani, ma il focus è quasi esclusivamente sulla prevenzione.

Progresso: non ci sono stati risultati significativi nella riduzione complessiva dell'obesità negli adulti.

3. Promozione di sana alimentazione e attività fisica

Azione intrapresa: l'Italia ha introdotto politiche per migliorare la qualità alimentare nelle mense scolastiche e sostenere l'adozione della dieta mediterranea. Inoltre, esistono campagne nazionali come "Guadagnare Salute".

Progresso: l'adesione alla dieta mediterranea è in declino, soprattutto tra i giovani, e l'attività fisica rimane insufficiente in diverse fasce della popolazione.

4. Eliminazione del marketing di cibi malsani per i bambini

Azione intrapresa: l'Italia non ha implementato normative specifiche per limitare il marketing di alimenti non salutari ai bambini.

Progresso: questo è un punto debole, manca una regolamentazione efficace.

5. Gestione clinica dell'obesità

Azione intrapresa: alcune regioni italiane hanno adottato protocolli per il trattamento dell'obesità nei loro Sistemi Sanitari, ma non esiste una strategia nazionale uniforme.

Progresso: l'accesso ai trattamenti clinici rimane limitato e non è inserito nei Livelli Essenziali di Assistenza.



OKKio alla SALUTE — Risultati 2023

EMILIA ROMAGNA:
CAMPIONE 8-9 ANNI ETÀ

CAMPIONE

5.245 BAMBINI/E ISCRITTI/E 263 CLASSI 4.631 GENITORI

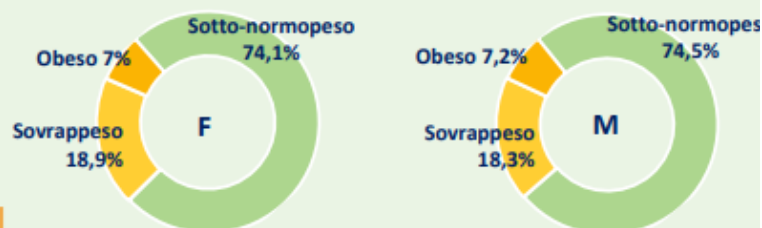
■ sovrappeso ■ obesità

Bolzano	12,0	3,3
Trento	12,6	3,9
Val d'Aosta	13,5	5,9
Lombardia	16,8	6,1
Toscana	17,0	7,0
Sardegna	17,4	6,7
Veneto	17,3	6,9
Piemonte	16,9	7,8
Friuli V. G.	18,2	7,0
EMILIA-ROMAGNA	18,6	7,1
Umbria	18,4	8,2
Marche	18,9	8,3
Liguria	18,2	9,1
ITALIA	19,0	9,8
Lazio	19,7	9,2
Sicilia	20,5	13,3
Abruzzo	21,6	13,8
Puglia	21,1	14,8
Basilicata	22,5	14,0
Molise	21,7	16,1
Calabria	22,3	15,5
Campania	24,6	18,6

Sovrappeso e obesità nelle bambine e nei bambini

Per la definizione dello stato ponderale, OKKio alla SALUTE utilizza i valori soglia dell'*International Obesity Task Force (IOTF)*. Confrontando i dati nazionali con i regionali, si evidenzia una minor tendenza al sovrappeso e all'obesità in Regione rispetto all'Italia.

In Emilia-Romagna un quarto dei 8-9enni presenta un eccesso ponderale: il **18,6%** con sovrappeso, il **7,1%** con obesità di cui il 1,9% con obesità grave. I valori risultano simili tra le femmine e i maschi: le bambine in sovrappeso e con obesità sono rispettivamente il **18,9%** e il **7,2%**, mentre i bambini sono il **18,3%** e il **7,3%**. La Regione si colloca a livello intermedio, con valori inferiori alla media nazionale, in particolare per l'obesità (7,1% vs 9,8%).



CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI DEI BAMBINI E DELLE BAMBINE

Colazione

L'**8%** non fa colazione quotidianamente e il **40%** fa una colazione non adeguata, ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine. Valori italiani: 10,9% e 36,5%.



Merenda abbondante

Il **62,1%** consuma una merenda di metà mattina abbondante e di conseguenza non adeguata. Valore italiano: 66,9%.

Consumo quotidiano di bevande zuccherate/gassate

Il **23,7%** consuma quotidianamente bibite zuccherate/gassate. Valore italiano: 24,6%.

Consumo di legumi il **43,9%** consuma legumi meno di una volta a settimana. Valore italiano: 37%.

Consumo non quotidiano di frutta e/o verdura

Il **21,4%** consuma frutta e/o verdura meno di una volta al giorno. Valore italiano: 25,9%.

Snack dolci e salati

Il **55,8%** consuma snack dolci e l'**11,9%** snack salati più di 3 giorni a settimana. Valori italiani: 52,9% e 12,1%.

ATTIVITÀ FISICA

Il **16,9%** di bambine/i non ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine a scuola. Valore italiano: 18,5%.

Il **25,9%** si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Valore italiano: 27,4%.

Il gioco libero di movimento è svolto due giorni a settimana dal **20,2%** e tre giorni a settimana dal **17%**. Valori italiani: 21,7% e 15,6%.

Il **38%** svolge 2 giorni di attività fisica strutturata (sport) e il **21,7%** si dedica a questa attività per tre giorni a settimana. Valori italiani: 39,3% e 21,8%.

SEDENTARIETÀ
(tempo trascorso davanti
gli schermi)

Il **30,5%** di bambine/i ha la TV nella propria camera da letto. Valore italiano: 41,5%.



Il **40,2%** di bambine/i trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV e/o videogiochi/tablet/cellulare. Valore italiano: 45,1%.

PERCEZIONE DELLE MADRI

Eccesso ponderale

Il **57,5%** di bambine/i in sovrappeso/obesi **12,8%** con obesità è percepito dalla madre come sotto-normopeso. Valori italiani: 59% e 9%.

Quantità di cibo

Tra le madri di bambine/i in sovrappeso o con obesità, il **72%** pensa che la quantità di cibo assunta dal/dalla proprio/a figlio/a non sia eccessiva. Valore italiano: 73%.

Attività motoria

Il **56,9%** delle madri di bambine/i fisicamente poco attivi ritiene che il/la proprio/a figlio/a svolga attività fisica adeguata. Valore italiano: 59,6%.



In un normale giorno feriale, i dati 2023 evidenziano che il **13,9%** di bambine/i, secondo quanto riportato dai genitori, dorme meno di nove ore. Valore italiano: 17%.



La prevenzione dell'obesità rappresenta un obiettivo prioritario di salute pubblica, e l'approccio multifattoriale (dieta combinata a attività fisica e supporto psicologico) costituisce il cardine della terapia dell'obesità infantile.

Maria Rosaria Licenziati¹, Nicola Improda^{2,3}, Maria Elisabeth Street⁴, Malgorzata Wasniewska⁵, Riccardo Bonfanti⁶, Valentino Cherubini⁷, Felice Citriniti⁸, Giuseppe d'Annunzio⁹, Mariacarla Salerno⁹

Ottobre-Dicembre 2023, Vol. 24, N. 4

AreaPed 2023;24(4):181-188

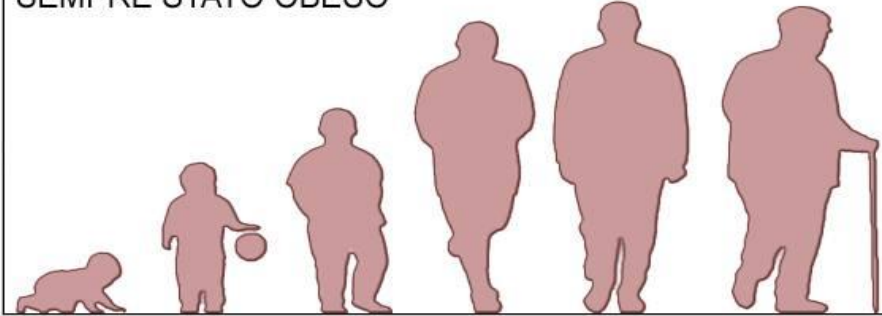


Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology and the Italian Society of Pediatrics

- L'elevata prevalenza in continuo aumento e persistenza dell'obesità in età pediatrica, la coesistenza di complicanze fisiche e psicosociali sui singoli e sui nuclei famigliari rendono la **prevenzione e la cura dell'obesità in età pediatrica obiettivi sanitari prioritari**.
- Circa il **50% dei bambini obesi diventano adulti obesi, circa il 70-80% degli adolescenti obesi diventano adulti obesi**.
- L'obesità aumenta il **rischio di gravi patologie a breve e lungo termine**: resistenza insulinica, prediabete, DM2, steatosi epatica non alcolica, ipercolesterolemia, ipertensione, disordini endocrini, malattie cardiovascolari, spesso associate fra loro.
- E' associata a **peggiore salute psicologica ed emotiva** (aumento dello stress come causa ed effetto, sintomi depressivi, bassa autostima, percezione dello stigma) e a maggior utilizzo/costi dell'assistenza sanitaria.
- L'incidenza è **maggiore in classi sociali disagiate** verosimilmente per motivi culturali (conoscenza e considerazione dei rischi), economici (costo di alcuni cibi salubri, frequentazione di attività sportive), di accesso alle cure.

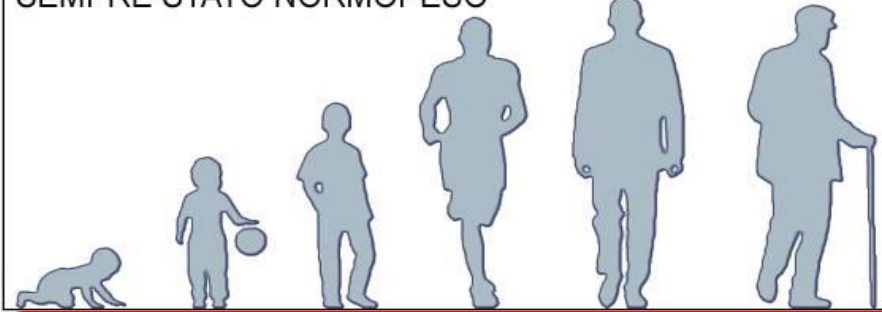
PENSARE ALLA SALUTE DEI PICCOLI PERCHÈ.....

SEMPRE STATO OBESO



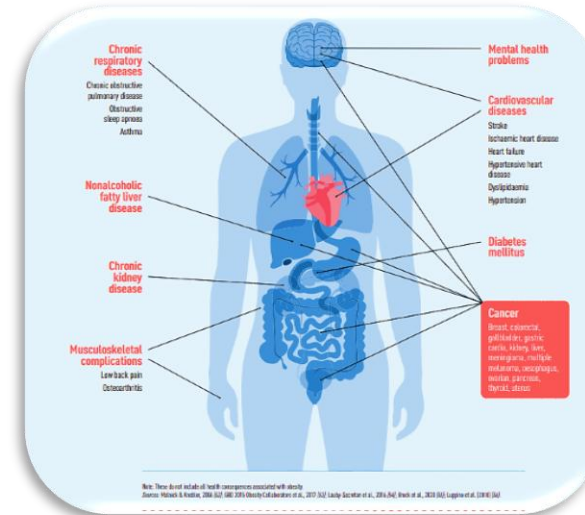
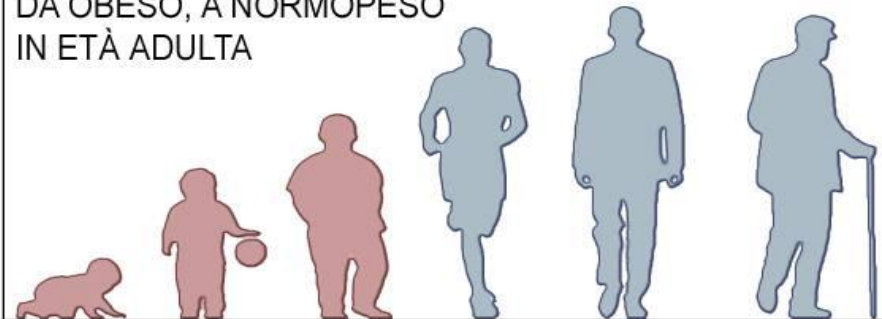
RISCHIO AUMENTATO
DI SVILUPPARE MALATTIE
LEGATE ALL'OBESITÀ

SEMPRE STATO NORMOPESO



RISCHIO NORMALE
DI SVILUPPARE MALATTIE
LEGATE ALL'OBESITÀ

DA OBESO, A NORMOPESO
IN ETÀ ADULTA



COSA PUÒ FARE IL PDF?

INTERVENIRE SULLA TRAIETTORIA DI PESO

ASPETTO PECULIARE DEL DPF

Rapporto precoce, frequente, prolungato e privilegiato con intero nucleo parentale (genitori, fratelli, nonni, altro)
costruito più possibile sulla professionalità e sulla confidenza che generano
fiducia

INTERETTAZIONE PRECOCE TRAIETTORIE A RISCHIO

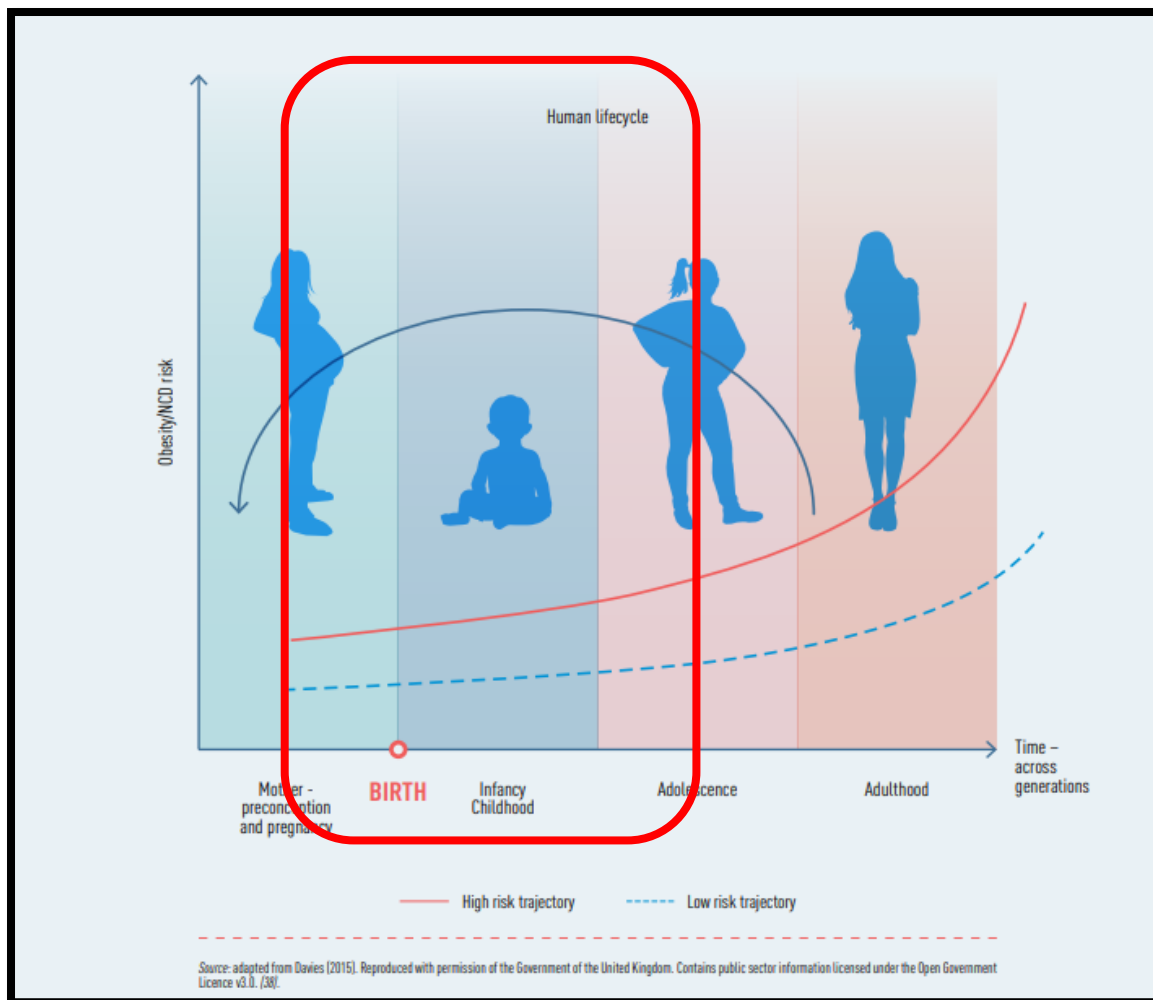
PREVENZIONE PRIMARIA

INTERVENTO FAMILIARE



*Delibera Giunta Regionale ER 780/2013
OMS – inerita nelle buone pratiche europee per
Il contrasto dell'obesità infantile*

CHI BEN COMINCIA....PRECOCE INTERVENTO SULLA TRAIETTORIA DI PESO



INFORMAZIONE

EDUCAZIONE

ACCOMPAGNAMENTO

PERCORSO PERSONALIZZATO

MONITORAGGIO

ADEGUAMENTO DEGLI OBIETTIVI

FATTORI DI RISCHIO PRECOCI

VITA INTRAUTERINA (AGE -9 MONTHS)

ECCESSIVO INCREMENTO PONDERALE IN GRAVIDANZA

Aumento introito calorico materno
Sbilanciamento componenti alimentari
Riduzione attività fisica



PRIMISSIMA INFANZIA (EARLY LIFE EXPOSURES)

RISCHIO NEONATALE

Peso alla nascita > 4000 gr
Preterm e IUGR con recupero ponderale eccessivamente rapido nei primi 6-24 mesi (incremento di 2° più DS) aumento rischio di obesità tra i 5 ed i 10 anni (importanza nutrizione parenterale e enterale bilanciata TIN)



ALIMENTAZIONE DEL LATTANTE POI DIVEZZO

Assente o scarso allattamento materno e abitudini scorrette alimentari successive

FATTORI SOCIO ECONOMICI

Famiglie a basso reddito/immigrati/disagio socio economico: maggior incremento ponderale a 3 mesi di vita (minor tasso di allattamento al seno per motivi culturali?)



ALLATTAMENTO E SVEZZAMENTO

WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age

16 October 2023 | Guideline

- ▶ **L'allattamento materno** fino a 2 anni od oltre (raccomandazione forte, certezza dell'evidenza molto bassa)
- ▶ Età di introduzione degli **alimenti complementari a 6 mesi (180 giorni) continuando ad allattare** (raccomandazione forte, certezza dell'evidenza bassa).
- ▶ **Diversità alimentare**
 - Gli alimenti di origine animale, tra cui carne, pesce o uova, dovrebbero essere consumati quotidianamente (raccomandazione forte, certezza dell'evidenza bassa). Non sempre...
 - Frutta e verdura dovrebbero essere consumate quotidianamente (raccomandazione forte, certezza dell'evidenza bassa). Specifichiamo 5 volte al giorno.
 - Legumi, noci e semi dovrebbero essere consumati frequentemente, in particolare quando carne, pesce o uova e verdure sono limitati nella dieta (raccomandazione condizionale, certezza dell'evidenza molto bassa).
- ▶ **Cibi e bevande non salutari**
 - Gli alimenti ricchi di zuccheri, sale e grassi, bevande zuccherate, dolcificanti alternativi, non dovrebbero essere consumati (raccomandazione forte, certezza dell'evidenza bassa)
 - Il consumo di succhi di frutta al 100% dovrebbe essere limitato (raccomandazione condizionale, certezza dell'evidenza bassa)
- ▶ **Alimentazione responsiva**



DIAGNOSI IN PEDIATRIA PAROLA D'ORDINE: PRECOCE

ANAMNESI FAMILIARE

- Patologie metaboliche, endocrine, misure antropometriche di entrambi i genitori
- Stili di vita: attitudini alimentari, ritmi lavorativi, alcool, fumo, farmaci...
- Andamento peso materno in gravidanza e abitudini in gravidanza

ANAMNESI PERSONALE

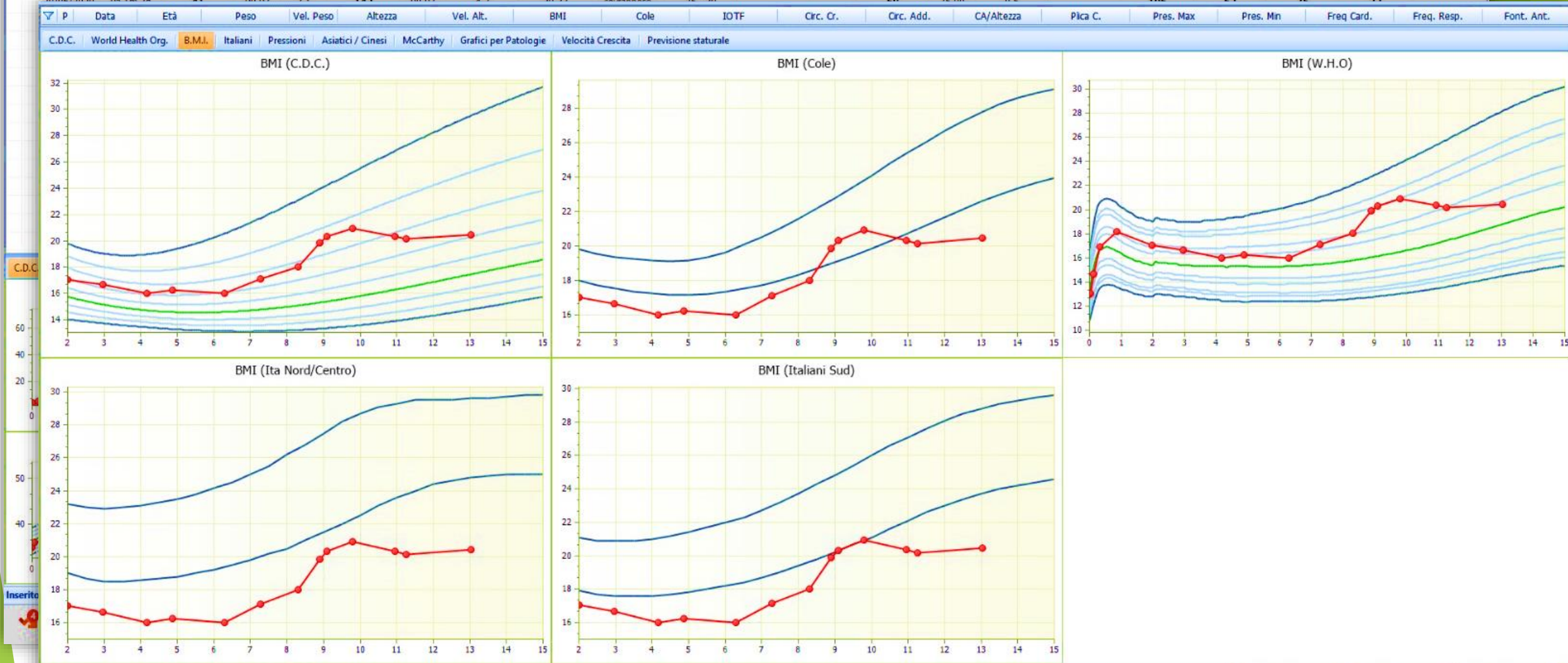
- Peso neonatale
- Allattamento
- Svezamento
- Abitudini quotidiane (sport, ritmo scolastico, ritmo del sonno, uso di devices, mezzo di locomozione)
- Diario alimentare tipo
- Indagare possibili disagi psicologici (non certo in unico incontro!)

OBIETTIVO AD OGNI BILANCIO DI SALUTE

- Misure antropometriche: peso, lunghezza/altezza (collocare la bilancia in luogo un po' appartato, attenzione all'imbarazzo)
- Circonferenza addominale e rapporto cv in cm/h in cm (se $>0,5$ aumento rischio metabolico)
- PA arteriosa
- Obiettività generale e distrettuale (cardiorespiratorio, addome, organi ipocondriaci, tiroide, osteoarticolare)



P	Data	Età	Peso	Perc.	Vel. Peso	Altezza	Perc.	Vel. Alt.	BMI	Cole	IOTF	Circ. Cr.	Perc.	Circ. Add.	Perc.	CA/Altezza	Pica C.	Pres. Max	Pres. Min	Freq Card.	Freq. Resp.	Font. Ant.
	05/06/2024	13a 9g	55	75-90	2,8	164	75-90	3,7	20,45		18,5 - 25											
	31/08/2022	11a 3m 4g	50	90-97	9,4	157,5	90-97	17,2	20,16		18,5 - 25											
	06/05/2022	10a 11m 10g	47	75-90	2,6	152	90-97	6,1	20,34	sovrappeso	18,5 - 25			69,5	50-75	0,5		109	64	60	29	
	10/03/2021	9a 9m 14g	44	90-97	4,3	145	90-97	4,3	20,93	sovrappeso	25 - 30			69,5	75-90	0,5		106	60	68	27	



Inserito da: L. Malagutti (30/09/2025 16:15) - Ultima modifica: 30/09/2025 16:15

L. Malagutti

L. Malagutti

L. Malagutti

Singoli maschili
Risultati dell'inc...



Cerca



16:21
30/09/2025

PARLARE DI OBESITÀ NELL'AMBULATORIO DEL PDF

Per facilitare una **conversazione** sul peso con le famiglie

- ▶ Chiedere il permesso di parlare di peso
- ▶ Domande non stigmatizzanti, **linguaggio non diretto** (“bambino con obesità” e non “bambino obeso”), parole percepite come neutre dalle famiglie, ad esempio: “peso non sano, peso eccessivo per la salute”
- ▶ **Evitare sensi di colpa e stigma**
- ▶ Valutare e sostenere la **motivazione a un cambiamento possibile e concordato** con la famiglia usando...
 - **Colloquio motivazionale**
 - **Medicina narrativa**: domande al paziente, usare la scrittura per esprimere problemi, obiettivi desiderati e raggiunti



STRATEGIE alla base del COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Esprimere empatia
Sostenere l'autoefficacia
Lavorare sulla frattura interiore
Aggirare e utilizzare la resistenza

TECNICHE alla base del COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Praticare l'ascolto riflessivo
Riformulare
Sostenere e confermare l'altro
Utilizzare domande aperte

QUALI OSTACOLI

- ▶ Non percezione o negazione o parziale coscienza del problema del bambino, per sua natura, e degli adulti (assenza di complicità...)
- ▶ Mancata continuità di adesione alle cure del nucleo familiare
- ▶ Disagio psicologico come causa e come effetto (stigma)
- ▶ Difficile intervento sugli stili di vita (buon sonno, attività fisica)
- ▶ Svantaggio sociale
- ▶ Adolescenza
- ▶ Formazione sanitaria e risorse del medico
 - ▶ motivazione, conoscenza, stili comunicativi, quantità e varietà del lavoro, frammentazione delle cure, mancato dialogo tra professionisti





L'ADOLESCENTE OBESO: UN PAZIENTE MOLTO PARTICOLARE

- ▶ Rischio di incostante e difficile adesione al piano dietetico
- ▶ Rischio di incostante e difficile adesione al trattamento di comorbidità
- ▶ Rischio di uso di alcolici
- ▶ Cofattori derivanti dall'uso del digitale: influenzamento dei social
- ▶ Sedentarietà
- ▶ Dismorfofobie
- ▶ Bullismo
- ▶ Isolamento
- ▶ Rischio di DCA
- ▶ Ideazioni suicide

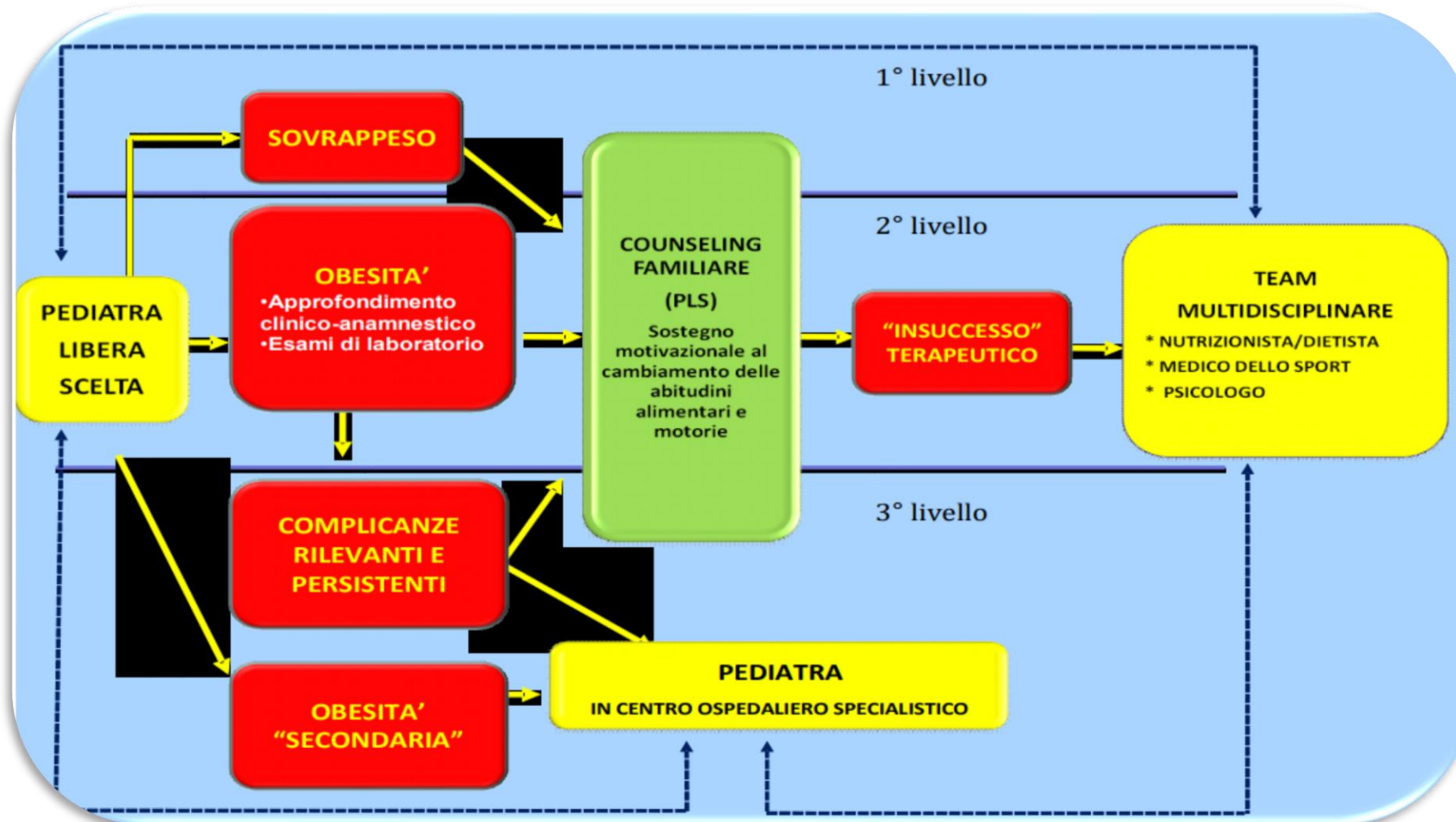
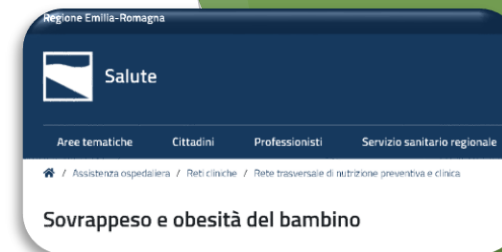


OCCORRE LA SUA COLLABORAZIONE

OCCORRE EMPATIA...SFIDA DIFFICILE!



DOCUMENTO RER 20 GIUGNO 2025





Allegato Obesità pediatrica-B1

Diagnosi di sovrappeso/obesità (secondo le curve OMS 2006/2007 e secondo Cole-IOTF)

Circonferenza della vita

Esami

Screening per NAFLD

Pressione Arteriosa

Monitoraggio dell'andamento del BMI nei bambini in trattamento per obesità

M. Iaia-Pediatra
Novembre 2024



CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL'INVIO AL TEAM MULTIPROFESSIONALE DI SECONDO LIVELLO DA PARTE DEL MEDICO CURANTE

In coerenza con DGR 780/2013 "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso" e "Consensus su diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente" ediz. 2017 della SIP-SIEDP

- Obesità essenziale grado 1 solo se scarsa compliance al trattamento (dopo almeno 6 mesi di counselling da parte del PLS/medico di base e anche in assenza di complicanze associate)
- Tutti i casi di sovrappeso /obesità essenziale (grado 1,2 o 3) associati a complicanze persistenti ma che non abbiano raggiunto una fase avanzata:
 - iperglicemia a digiuno (valori glicemici > 100 e ≤ 125 mg/dl) e/o
 - ridotta intolleranza glucosio (glicemia dopo 2 ore dal carico orale: 140-199 mg/dl)
 - pre-ipertensione ($\geq 90^{\circ}$ e $\leq 95^{\circ}$ perc.) o ipertensione stadio 1 ($> 95^{\circ}$ e $\leq 99^{\circ} + 5$ mmHg) per età, sesso e statura o negli adolescenti una P.A. $\geq 120/80$ mmHg (media 3 misurazioni)
 - dislipidemia
 - modesto aumento transaminasi (< 2 v.n)
 - sospetto disturbo alimentare psicogeno o problemi psico-sociali di entità moderata

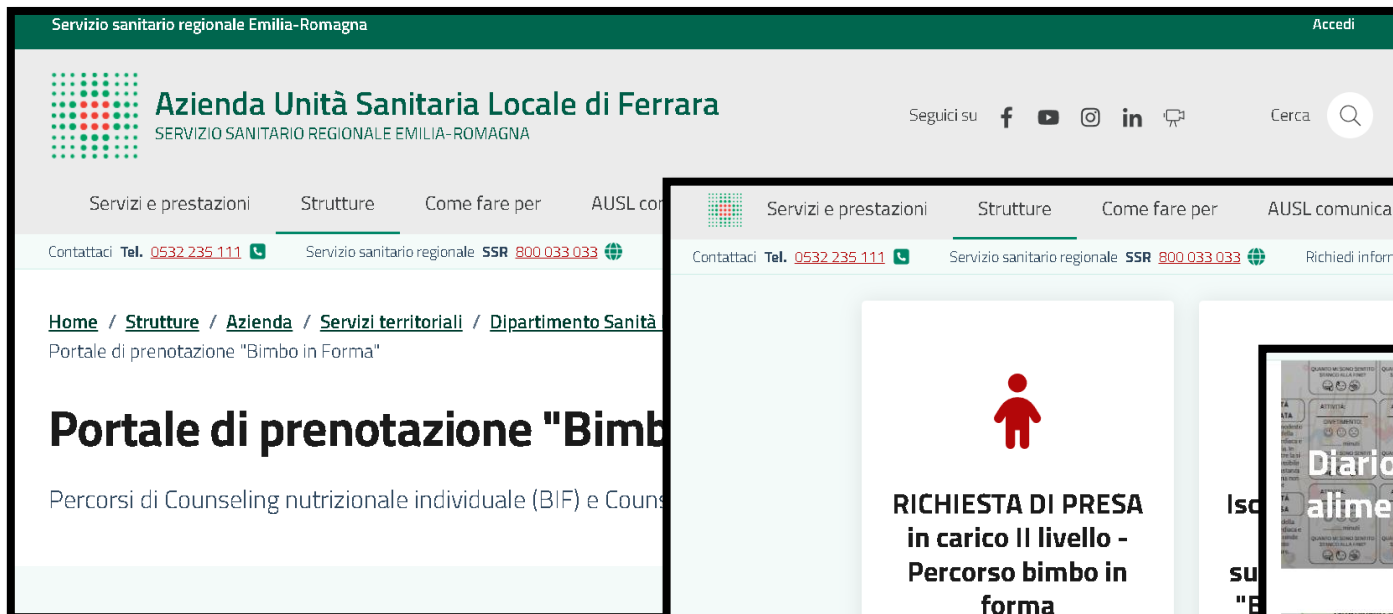
Il bambino (per età ≥ 6 anni) deve aver eseguito i seguenti esami di laboratorio:

- AST, ALT;
- Glicemia;
- Trigliceridi;
- Colesterolo TOT/HDL/LDL . AUMENTO RISCHIO CARDIO-METABOLICO se il rapporto TRIGLICERIDI/HDL è mg/dl $\geq 2,2$

CRITERI DI APPROPRIATEZZA DELL'INVIO DAI PLS/MMG O DAL TEAM MULTIPROFESSIONALE DI SECONDO LIVELLO AL TERZO LIVELLO

- Obesità essenziale (o sovrappeso) nell'età 5-18 anni associata a una o più complicanze in fase avanzata:
 - endocrine: diabete tipo 2; sindrome dell'ovaio policistico
 - steatosi epatica con valori di transaminasi $\geq$ due volte limiti normali; calcolosi biliare
 - sindrome metabolica: età ≥ 10 anni; obesità + almeno 2 fattori di rischio coesistenti: P.A. sistolica o diastolica $> 95^{\circ}$ perc. per età, sesso e statura; colesterolo HDL < 40 mg/dl; iperglicemia / ridotta tolleranza al glucosio; ipertrigliceridemia
 - ipertensione arteriosa stadio 2
 - gravi complicanze "meccaniche" (apnea ostruttiva nel sonno, epifisiolisi testa del femore, tibia vara...)

Obesità secondaria ad altra patologia (ipotiroidismo, Sindrome Prader Willi...) in qualsiasi età.



NECESSARI PERCORSI INTEGRATI, NEI QUALI IL PDF, ADEGUATAMENTE E COSTANTEMENTE FORMATO, HA RUOLO CENTRALE, INSIEME AD ALTRE FIGURE PROFESSIONALI

PROGETTO REGIONALE BIMBI IN FORMA DAL 2017: CIRCA 2500 BAMBINI E RAGAZZI 2-17 ANNI COINVOLTI

OTTOBRE-DICEMBRE 2023 CORSO BLENDED - PREVENZIONE DI SOVRAPPESO E OBESITÀ NON COMPLICATA IN BAMBINI E ADOLESCENTI 5-18 ANNI. INDAGINE/MONITORAGGIO DA PARTE DI ORFOCS (OSSERVATORIO REGIONALE FORMAZIONE CONTINUA IN SANITÀ) GIUGNO 2024

IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI DELLA COMUNICAZIONE TRAPIANTI E SANITARI, E NON SOLO!

- ▶ **PAZIENTI**
- ▶ **FAMIGLIE**
- ▶ **GINECOLOGI-OSTETICHE**
- ▶ **CENTRI PER LE FAMIGLIE**
- ▶ **PDF E MMG**
- ▶ **EQUIPE II LIVELLO E III LIVELLO**
- ▶ **INSEGNANTI, EDUCATORI**
- ▶ **ALLENATORI**
- ▶ **POLITICA (PERCORSI SANITARI, SOSTEGNO DI PROGETTI EDUCATIVI, AREE VERDI, PIANI PER IL TRAFFICO SOSTENIBILE, ACCESSO AL CIBO SALUTARE)**

PROMOZIONE E SOSTEGNO DI CORRETTI STILI DI VITA



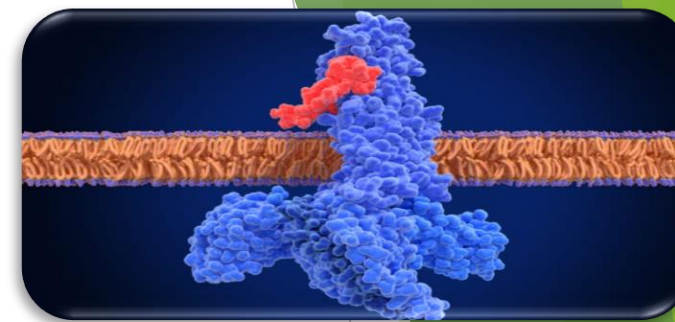
QUADERNI ACP 4/2025

Farmaci agonisti del recettore del GLP-1

Quale ruolo per il trattamento dell'obesità in età pediatrica

Antonio Clavenna

Laboratorio di Epidemiologia dell'Età Evolutiva Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano



«L'attenzione all'alimentazione e allo stile di vita rimangono aspetti fondamentali nella gestione dell'obesità in età pediatrica. La terapia farmacologica potrebbe fornire benefici nei casi di obesità severa che non rispondono adeguatamente alla dieta e alle modifiche dello stile di vita e ad alto rischio di obesità e malattie cardiovascolari in età adulta.»

«...Occorre valutare gli aspetti di tipo psico-sociale. Dal momento che i bambini e gli adolescenti con obesità sono a maggior rischio di disturbi del comportamento alimentare, è necessario valutare la presenza di questi disturbi prima della prescrizione dei farmaci e monitorare il comportamento alimentare di chi assume il farmaco.

In conclusione, sono necessari maggiori evidenze sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci agonisti del recettore del GLP-1 in età pediatrica e sulle implicazioni associate al loro utilizzo.

Il trattamento farmacologico potrebbe trovare **indicazione in casi particolari, in associazione a interventi di educazione alimentare e di promozione di uno stile di vita salutare.**»

GRAZIE

