Minidossier
COSIsiFA
n.23
Novembre 2026

Obesità infantile e nuovi farmaci: un problema in crescita

Beatrice Geo[a], Anna Arbo[b]
[a] Università degli Studi di Trieste
per conto dell'IRCCS Burlo Garofolo, struttura coordinatrice del WP-1 Pediatria
[b] IRCCS Burlo Garofolo di Trieste – Direttore S.C. Farmacia

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse in relazione all'argomento trattato

InFarmaco
Progetto COSIsiFA
l'InFormazione Indipendente sul farmaco
COSIsiFA
SOCIETÀ BENEFIT
ZADIG

Riassunto

L'obesità è una condizione sempre più prevalente nella popolazione dei Paesi industrializzati, che porta con sé un aumento significativo del rischio di malattie cardiovascolari e metaboliche, quali l'ipertensione o il diabete di tipo 2.

Sebbene la sua insorgenza sia molto più comune nella popolazione adulta, negli ultimi anni si è assistito a un rilevante aumento della sua incidenza nella popolazione pediatrica, con una crescente preoccupazione sulle sue implicazioni a breve e a lungo termine.

Recentemente sono stati introdotti sul mercato i farmaci agonisti del GLP-1, che imitano un ormone in grado di aumentare il senso di sazietà, ridurre la fame e regolare l'appetito. Sebbene siano di fatto stati approvati all'inizio solo per la popolazione adulta, alcuni di questi sono già stati approvati negli adolescenti e, nel caso della liraglutide, nei bambini a partire dai 6 anni; nei casi più gravi, non viene esclusa la possibilità di utilizzarli *off-label*, quindi al di fuori dell'indicazione registrata.

Novembre 2026

© 2026 COSIsiFA

Questo documento è stato prodotto nell'ambito del progetto COSIsiFA (Cittadini e Operatori SanItari sempre in-formati sul FArmaco) finanziato con i fondi regionali di farmacovigilanza gestiti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Le informazioni e le opinioni contenute in questo documento sono quelle degli autori e non riflettono necessariamente l'opinione ufficiale dell'AIFA. L'AIFA non garantisce l'accuratezza dei dati inclusi in questo documento e declina ogni responsabilità per l'uso che potrebbe essere fatto delle informazioni qui contenute.

Introduzione

L'obesità infantile è un importante problema di salute pubblica nei Paesi industrializzati. Attualmente 1 bambino su 3 negli Stati Uniti è in sovrappeso o obeso e nel resto del mondo occidentale il fenomeno è in costante aumento.[1] In Italia, secondo la sorveglianza OKkio alla SALUTE dell'Istituto Superiore di Sanità (dati 2023), tra i bambini di 8-9 anni il 19% è in sovrappeso e il 9,8% è obeso, di cui il 2,6% in forma grave.[2]

La crescente prevalenza dell'obesità infantile è associata all'insorgenza di comorbilità finora considerate malattie presenti solo nella popolazione adulta, tra cui il diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione arteriosa, la steatosi epatica non alcolica, l'apnea ostruttiva del sonno e le dislipidemie. Oltretutto, l'obesità in età pediatrica è associata a un aumento del rischio di morte prematura in età adulta.[3]

I dati

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'obesità in base all'indice di massa corporea (BMI, calcolabile con la formula peso in chilogrammi diviso l'altezza in metri al quadrato): quando è uguale o superiore a 30 si parla di obesità.

Nel mondo l'obesità in tutte le fasce d'età è in continuo aumento, tanto da parlare di una vera e propria epidemia globale.[4]

Le stime mondiali attuali di sovrappeso (BMI ≥25 kg/m^2) e obesità (BMI ≥30 kg/m^2) suggeriscono che entro il 2035 potrebbero esserne colpite oltre 4 miliardi di persone, rispetto agli oltre 2,6 miliardi del 2020: tale previsione prospetta un aumento sostanziale, passando da una prevalenza del 38% della popolazione mondiale nel 2020 a oltre il 50% entro il 2035 (i dati escludono i bambini di età inferiore ai 5 anni). Si prevede che la sola prevalenza dell'obesità aumenterà dal 14% al 24% della popolazione, colpendo quasi 2 miliardi di adulti, bambini e adolescenti entro il 2035.[5]

La prospettiva futura è quindi quella di una crescente prevalenza dell'obesità, se non vengono messe in campo azioni preventive, sempre più marcata tra bambini e adolescenti, destinata ad aumentare a livello globale negli *under* 12: nel periodo 2020-2035 si prevede che la percentuale dei maschi in età pediatrica coinvolta passi dal 10% al 20% e nelle femmine dall'8% al 18%.[5]

La questione

L'obesità infantile è una malattia cronica multifattoriale causata dall'azione sinergica di molteplici geni, meccanismi epigenetici e fattori ambientali.

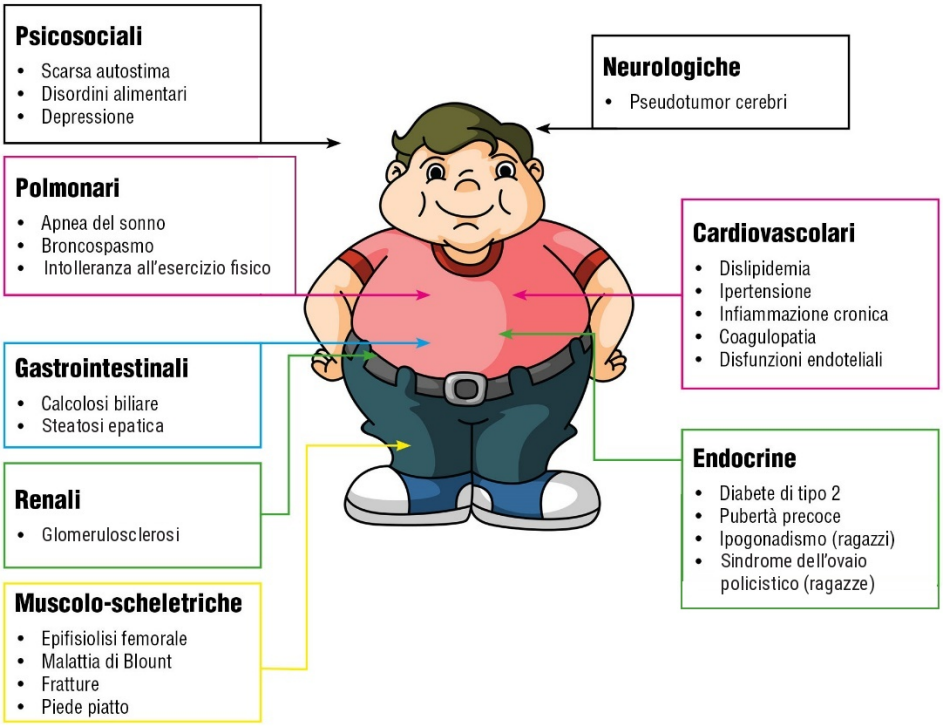
L'obesità è correlata a comorbilità, come disturbi cardiovascolari, metabolici, nonché disturbi psicosociali.[6]

Nei bambini e negli adolescenti con eccessiva adiposità c'è un rischio cinque volte superiore di sviluppare obesità in età adulta, mentre il rischio cardiometabolico è indipendentemente associato a gravi comorbilità in età adulta, tra cui diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa, coronaropatia e dislipidemie, oltre a un aumento della mortalità.[6]

Sebbene l'obesità sia una conseguenza di più fattori combinati tra di loro, l'ambiente di crescita ha un ruolo essenziale nella sua insorgenza e prevalenza, tanto da far parlare di ambiente obesogenico.[7] L'ambiente obesogenico è caratterizzato da:

- disponibilità di alimenti poco salutari, molto presenti nei supermercati e nei punti vendita di cibo veloce, ultraprocessato e ricco di calorie, grassi e zuccheri, generalmente più economici rispetto agli alimenti salutari
- pubblicità di alimenti non salutari, con una promozione intensa di prodotti poco nutritivi, specialmente rivolta a bambini e adolescenti
- un ambiente con poche infrastrutture per l'attività motoria, con strade poco adatte al camminare o al ciclismo, progettate per facilitare la circolazione delle auto, e con pochi parchi, palestre o aree ricreative vicine alle zone residenziali
- uno stile di vita sedentario, con il tempo libero basato sull'uso della tecnologia, il ricorso ai mezzi di trasporto motorizzati e senza promozione dell'attività fisica
- fattori socioeconomici che si correlano con l'obesità, con una relazione diretta tra un livello di reddito basso e un maggior consumo di alimenti poco salutari e tassi più bassi di attività fisica
- fattori culturali e relazionali che influenzano lo stile di vita delle persone. Se le norme sociali e culturali favoriscono il consumo di grandi porzioni di cibo e l'inattività fisica o il sovrappeso sono socialmente accettati, è più probabile che le persone sviluppino obesità.

In particolare, la disponibilità sempre maggiore di alimenti industriali ultraprocessati e ipercalorici si è dimostrata proporzionale all'aumento di obesità nella popolazione: prove sempre più numerose evidenziano la relazione bidirezionale tra diete ricche di grassi saturi e zuccheri, uno stile di vita sedentario e l'accumulo di grasso viscerale.[3]



Fonte: Il Pediatra Online

Figura 1. Conseguenze fisiche dell'obesità infantile.

Oltre alle complicanze fisiche (Figura 1), la disfunzione metabolica e vascolare indotta dall'obesità, tra cui l'infiammazione cronica intestinale e del tessuto adiposo, la resistenza all'insulina e alla leptina e l'ipertensione arteriosa, nonché l'alterata regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), sono emerse come i principali meccanismi fisiopatologici per lo sviluppo di depressione e ansia nelle persone con obesità.[6] I parametri di insulino-resistenza e sindrome metabolica, i livelli di cortisolo, prolattina (PRL) e ormone luteinizzante (LH) sono predittori dello sviluppo di depressione e ansia.

È stato recentemente segnalato che in soggetti con obesità di età compresa tra i 6 e i 18 anni, i sintomi d'ansia e depressione sono migliorati dopo un anno di intervento comportamentale (cambio di dieta, stile di vita, attività fisica, ciclo del sonno). Questi risultati suggeriscono che intervenire con la modifica degli stili di vita nei bambini e nei ragazzi in sovrappeso o obesi può ridurre non solo il rischio cardiometabolico verso l'età adulta, ma anche la sintomatologia depressiva e ansiosa.[6]

Dalla letteratura

Fino a qualche anno fa, il trattamento dell'obesità non era farmacologico, ma si limitava a far adottare cambiamenti nello stile di vita finalizzati a raggiungere un deficit calorico e quindi a perdere peso, come l'aumento delle ore di attività fisica settimanali e la dieta ipocalorica.
Da qualche anno sono stati immessi in commercio alcuni farmaci per l'obesità: gli agonisti del GLP-1, farmaci che imitano un ormone in grado di aumentare il senso di sazietà, ridurre la fame e regolare l'appetito.
Il GLP-1 è un ormone prodotto naturalmente dall'intestino dopo i pasti e ha diverse funzioni:

- aumenta il senso di sazietà;
- riduce la fame;
- rallenta lo svuotamento dello stomaco;
- aiuta a controllare i livelli di zucchero nel sangue.

Questi farmaci imitano l'azione dell'ormone naturale e vengono somministrati per lo più tramite iniezioni sottocutanee, in genere una volta al giorno o una volta alla settimana, a seconda del principio attivo. Per un approfondimento sui farmaci per l'obesità si rimanda al *Minidossier* di COSIsiFA "Incretino-mimetici e riduzione del peso corporeo".
Attualmente, la maggior parte dei farmaci agonisti del GLP-1 è approvata per gli adulti. Tuttavia, alcune molecole (come la liraglutide e la semaglutide) sono state studiate anche negli adolescenti con obesità grave, e in specifiche condizioni possono essere prescritte solo da centri specialistici e sempre come parte di un percorso terapeutico strutturato.[8]
Per quanto riguarda l'età, nell'Unione Europea la semaglutide è autorizzata per la gestione del peso negli adolescenti a partire dai 12 anni, con obesità e peso corporeo superiore a 60 kg. La liraglutide è autorizzata negli adolescenti a partire dai 12 anni, con obesità e peso superiore a 60 kg, e più recentemente anche nei bambini tra i 6 e gli 11 anni, con obesità e peso di almeno 45 kg. In tutti i casi il farmaco va associato a una dieta ipocalorica e a un aumento dell'attività fisica, e il trattamento va interrotto e rivalutato se dopo 12 settimane non si ottiene una riduzione sufficiente del BMI.[9,10]
È importante chiarire che non rappresentano una cura miracolosa, né sostituiscono uno stile di vita sano. Il loro eventuale utilizzo è riservato a bambini e adolescenti con obesità importante o che hanno altre malattie (come il diabete o importanti alterazioni metaboliche), oppure ancora quando tutti gli interventi basati su dieta, attività fisica e supporto psicologico sono stati fallimentari nell'ottenere il controllo del peso.[8]

L'uso di agonisti del GLP-1 negli adolescenti ha mostrato:

- una riduzione significativa del peso corporeo;
- un miglioramento di alcuni parametri metabolici (glicemia, insulino-resistenza);
- una riduzione della fame e degli episodi di alimentazione incontrollata.

Questi effetti possono aiutare alcuni ragazzi a interrompere il circolo vizioso dell'aumento di peso e a migliorare la qualità della vita, ma come tutti i farmaci anche gli agonisti del GLP-1 possono causare effetti collaterali, tra cui i più comuni sono nausea, vomito, diarrea o stitichezza e dolore addominale.[8]

Più raramente possono verificarsi effetti indesiderati più gravi, motivo per cui è fondamentale un attento monitoraggio medico, anche per quelli che possono essere gli effetti a lungo termine, poiché questi farmaci sono relativamente recenti e mancano ancora dati completi sull'uso prolungato durante la crescita e sulla sua sicurezza.[8]

Ricadute pratiche

Oltre ai gravi danni alla salute, l'aumento dei casi di obesità e le comorbilità conseguenti sono caratterizzati da un elevato impatto economico: nel 2019 è stato stimato che i casi di obesità e sovrappeso abbiano inciso per una spesa pari al 2,19% del prodotto interno lordo (PIL) globale. Se le tendenze attuali continuano, entro il 2060 si prevede che l'impatto economico di tale fenomeno salirà al 3,29% del PIL a livello globale.[11]

Sebbene le nuove alternative terapeutiche farmacologiche da integrare ai cambiamenti nello stile di vita possano sembrare allettanti, un messaggio chiave per tutti i genitori e le famiglie deve essere che l'utilizzo dei farmaci agonisti del GLP-1 nei bambini e negli adolescenti non è una scorciatoia, non sostituisce l'educazione alimentare, l'attività fisica e un supporto psicologico adeguato e soprattutto deve essere valutato caso per caso, da specialisti esperti.[8]

La prevenzione e il trattamento dell'obesità infantile rimangono basati soprattutto su ambiente familiare, scuola, stili di vita e politiche di salute pubblica, mentre i farmaci rappresentano solo uno strumento aggiuntivo, da usare con prudenza e responsabilità.[8]

Bibliografia

1. Kumar S, Kelly A. Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. Mayo Clin Proc 2017; DOI:10.1016/j.mayocp.2016.09.017.
2. Nardone P, Ciardullo S, et al. (a cura di). Stato ponderale e stili di vita di bambine e bambini: i risultati di OKkio alla SALUTE 2023. Rapporti ISTISAN 25/3. Istituto Superiore di Sanità 2025; https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf2025/25-3%20web.pdf
3. Jebeile H, Kelly A, et al. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. Lancet Diabetes Endocrinol 2022; DOI:10.1016/S2213-8587(22)00047-X.
4. Sørensen T, Martinez A, et al. Epidemiology of obesity. Handb Exp Pharmacol 2022; DOI:10.1007/164_2022_581.
5. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2023; https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023
6. Vourdoumpa A, Paltoglou G, et al. Improvement in symptoms of depression and anxiety and cardiometabolic risk factors in children and adolescents with overweight and obesity following the implementation of a multidisciplinary personalized lifestyle intervention program. Nutrients 2024; DOI:10.3390/nu16213710.
7. Powell P, Spears K, et al. What is obesogenic environment? University of Nevada Cooperative Extension 2010; https://extension.unr.edu/publication.aspx?PubID=2810
8. Kotecha P, Huang W, et al. Efficacy and safety of GLP-1 RAs in children and adolescents with obesity or type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr 2025; DOI:10.1001/jamapediatrics.2025.3243.
9. European Medicines Agency. Saxenda (liraglutide). EPAR; https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/saxenda
10. European Medicines Agency. Wegovy (semaglutide). EPAR; https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/wegovy
11. Okunogbe A, Nugent R, et al. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. BMJ Glob Health 2022; DOI:10.1136/bmjgh-2022-009773.

Legenda


assenza di conflitti di interesse


presenza di lievi conflitti di interesse


presenza di conflitti d'interesse dichiarati e/o fondi da aziende farmaceutiche


presenza di importanti conflitti d'interesse (per esempio firmatari dell'articolo dipendenti di aziende farmaceutiche)

ND conflitti non dichiarati