

1
2026

HEALTHCARE ECOSYSTEMS

Weight management e wellness economy:

una analisi sulle implicazioni
strutturali per la sanità
pubblica e le politiche
di prevenzione

ANNO I - NUMERO 01/2026 - Regia Congressi Editore Srl - Copia Omaggio

HEALTHCARE ECOSYSTEMS

EXECUTIVE EDITOR

Federico Serra

EDITOR IN CHIEF

Claudio Cricelli

Giuseppe Novelli

CO-EDITORS

Giovanni Capelli

Stefano Capolongo

Americo Cicchetti

Annamaria Colao

Andrea Lenzi

Attilio Parisi

Walter Ricciardi

Roberta Siliquini

Carlo Signorelli

EDITORIAL BOARD

Gianluca Aimaretti

Marco Ardigò

Vincenzo Atella

Terensio Avitabile

Angelo Avogaro

Stefania Basili

Roberto Bernabei

Riccardo Bonadonna

Claudio Borghi

Silvio Brusaferro

Silvio Buscemi

Luca Busetto

Raffaella Buzzetti

Riccardo Candido

Michele Carruba

Roberta Crialesi

Fabrizio d'Alba

Stefano da Empoli

Salvatore De Cosmo

Maurizio De Luca

Stefano Del Prato

Mario Di Gioacchino

Andrea Di Rienzo Businco

Francesco Dotta

Cosimo Durante

Marco Falcone

Giuseppe Fatati

Massimo Federici

Diego Ferone

Sebastiano Filetti

Barbara Galavotti

Antonio Gasbarrini

Antonio Gaudio

Loreto Gesualdo

Francesco Giorgino

Andrea Giustina

Ignazio Grattagliano

Davide Lauro

David Lazzari

Emanuele Lettieri

Livio Luzi

Annalisa Mandorino

Edoardo Mannucci

Paolo Marchetti

Luigi Mazzone

Mario Melazzini

Francesco Mennini

Maria Cristina Messa

Nicola Montano

Graziano Onder

Uberto Pagotto

Luca Pani

Barbara Paolini

Giuseppe Paolisso

Sergio Pecorelli

Giovanni Pellicani

Pasquale Perrone Filardi

Giuseppe Quintavalle

Guido Rasi

Giuseppe Remuzzi

Paola Rogliani

Alessandro Rossi

Pietro Rossi

Giuseppina Russo

Massimo Sacchetti

Paolo Sbraccia

Agostino Serra

Giorgio Sesti

Gianfranco Sinagra

Alberto Siracusano

Paola Testori Coggi

Andrea Ungar

Ketty Vaccaro

Roberto Vettor

Alberto Villani

HEALTHCARE ECOSYSTEMS

EDITORE

Lastmile Solutions Srl
Piazza della Vittoria 10 • 50129 Firenze
info@lastmilesolutions.it
Copyright • Lastmile Solutions Srl

DIRETTORE RESPONSABILE

Federico Serra

EDITOR & CHIEF

Claudio Cricelli
Giuseppe Novelli

CO-EDITORS

Giovanni Capelli
Stefano Capolongo
Americo Cicchetti
Annamaria Colao
Andrea Lenzi
Attilio Parisi
Walter Ricciardi
Roberta Siliquini
Carlo Signorelli

SEGRETERIA EDITORIALE

Lastmile Solutions Srl • Firenze

GRAFICA ED IMPAGINAZIONE

Virtual Training Support srl • Firenze

STAMPA

Grafiche Martinelli srl • Firenze

Autorizzazioni

Aut. Tribunale di Firenze n. 6237
del 03/03/2026

Iscritto al Registro Operatori
di Comunicazione al n° 44254

Il Direttore responsabile e l'Editore,
declinano ogni responsabilità in merito
agli articoli pubblicati, per i quali
rispondono i singoli Autori.

Tutti i diritti di riproduzione degli articoli e/o
delle foto sono riservati. Ai sensi del GDPR
(Regolamento Europeo 2016/67) l'Editore
garantisce la massima riservatezza nell'utilizzo
della propria banca dati con finalità di invio
del presente periodico e/o di comunicazioni
promozionali. Ai sensi e nelle ipotesi di cui
agli art. 16 e 17 ai suddetti destinatari
è data facoltà di esercitare il diritto
di rettifica e cancellazione o rettifica
dei dati a essi riferiti.

PUBBLICITÀ SU HEALTHCARE ECOSYSTEMS

per promuovere la tua attività
con noi è possibile:

- collaborare attraverso il contributo di
articoli, informazioni e interventi video
- acquistare spazi pubblicitari sulla rivista
- inserire banner pubblicitari sul nostro
portale www.lastmilesolutions.it
- diventare un nostro punto di distribuzione

INFORMAZIONI

Scrivici all'indirizzo
info@lastmilesolutions.it

In questo numero:

Healthcare Ecosystems

Introduzione alla rivista 5

**Weight management
e wellness economy:
una analisi sulle implicazioni strutturali
per la sanità pubblica
e le politiche di prevenzione** 6

Appendice 1

**Weight Management & Wellness Economy
Analisi strategica integrata in quattro Focus On** 24

Appendice 2

**Tassonomia del Weight Management
e della Wellness Economy** 27

NUMERO INAUGURALE

HEALTHCARE ECOSYSTEMS





Healthcare Ecosystems

**Rivista di analisi,
visione e innovazione
sugli ecosistemi della salute
e della sanità**

Healthcare Ecosystem è una rivista di approfondimento dedicata allo studio e alla costruzione degli ecosistemi della salute.

Nel contesto contemporaneo, la salute non è più solo un tema clinico, ma il risultato dell'interazione dinamica tra persone, comunità, istituzioni, professionisti sanitari, ricerca scientifica, ambiente, tecnologie e politiche pubbliche.

Come in ogni ecosistema, ogni elemento è interconnesso: la qualità delle cure dipende dall'organizzazione dei servizi, dall'innovazione, dalla prevenzione, dalla sostenibilità ambientale, dalla coesione sociale e dalla capacità di governance.

La rivista promuove una visione sistemica e interdisciplinare, orientata a comprendere e rafforzare le relazioni tra medicina clinica, sanità pubblica, università, territorio, infrastrutture, architettura sanitaria, economia della salute e trasformazione digitale.

Healthcare Ecosystem intende contribuire alla costruzione di modelli integrati e resilienti, capaci di generare valore sanitario, sociale ed economico, mettendo al centro la persona e le comunità.



Weight management e wellness economy:

una analisi sulle implicazioni strutturali per la sanità pubblica e le politiche di prevenzione

ABSTRACT

- **Background:** La wellness economy si è affermata come uno dei principali settori economici globali, con un impatto crescente sulla prevenzione delle malattie croniche, sull'organizzazione dei sistemi sanitari e sulla sostenibilità del welfare. In questo contesto, la gestione del peso o weight management, rappresenta un asse strategico, in quanto condensa determinanti biologici, psicosociali, ambientali ed economici della salute.
- **Obiettivi:** Analizzare il weight management come infrastruttura della sanità pubblica, collocandola nel quadro economico della wellness economy e dei suoi sei pilastri strutturali.
- **Metodi:** Analisi narrativa critica di letteratura scientifica, report economici e documenti di policy internazionali (Report di Global Wellness Institute, documenti OMS/OCSE, letteratura su politiche di prevenzione 2010-2024, World Obesity Federation Policy Dossiers)
- **Risultati:** La wellness economy raggiunge dimensioni macroeconomiche valutate in oltre 7 trilioni di dollari, superando il PIL di molte nazioni industrializzate. Il weight management emerge come leva ad alto impatto per la prevenzione delle Non Communicable Diseases-NCDs, ma richiede una governance pubblica per evitare la frammentazione, le disuguaglianze e l'eccessiva medicalizzazione.
- **Conclusioni:** Il weight management deve essere riconosciuto come componente strutturale delle politiche sanitarie e della salute planetaria, superando approcci individualistici e integrandosi in strategie multilivello orientate agli esiti di salute. La wellness economy è una forma emergente di politiche economiche che riguardano il benessere e il welfare.
- **Parole chiave:** weight management; wellness economy; sanità pubblica; prevenzione; obesità; planetary health; politiche sanitarie; urban health, sostenibilità.

Introduzione

Negli ultimi decenni, i sistemi sanitari dei Paesi ad alto e medio reddito hanno affrontato una trasformazione profonda del profilo di salute delle popolazioni. L'aumento delle malattie croniche non trasmissibili, l'invecchiamento demografico e l'esposizione crescente a determinanti ambientali, sociali ed economici avversi hanno messo sotto pressione modelli di welfare storicamente centrati sulla cura episodica e ospedaliera. Sebbene tali modelli abbiano garantito progressi rilevanti nel controllo delle patologie acute, mostrano oggi limiti strutturali nel rispondere a bisogni di salute complessi, continuativi e fortemente influenzati dai contesti di vita.

In questo scenario, la prevenzione primaria e la promozione della salute non rappresentano più ambiti complementari, ma elementi centrali delle strategie di sanità pubblica. La domanda di salute tende infatti a manifestarsi sempre più **prima** dell'intervento sanitario tradizionale, orientandosi verso soluzioni preventive, personalizzate e integrate nella vita quotidiana.

È in questo contesto che il concetto di benessere ha acquisito una rilevanza nuova, collocandosi al crocevia tra comportamenti individuali, politiche pubbliche ed economia. Il benessere non è più inteso come semplice assenza di malattia, ma come risultato dinamico dell'interazione tra fattori biologici, ambientali, psicosociali e culturali. Questa trasformazione si riflette nell'emergere della *wellness economy* come risposta sistemica alla crisi di sostenibilità dei modelli sanitari tradizionali.

All'interno di questa cornice, il *weight management* assume una posizione centrale. Il peso corporeo non può essere ridotto a una questione clinica o comportamentale individuale, né a un problema estetico, ma rappresenta un indicatore sintetico dello stato di salute di individui e comunità, strettamente connesso a disuguaglianze sociali, modelli alimentari, organizzazione degli spazi urbani e sostenibilità ambientale. Analizzare il *weight management* in chiave di sanità pubblica significa quindi interrogarsi sulle fondamenta stesse dei sistemi di prevenzione contemporanei.

Il peso economico della wellness economy

La dimensione economica della *wellness economy* costituisce un elemento chiave per comprendere il suo impatto sulla sanità pubblica e sulla sostenibilità dei sistemi di welfare. Secondo le stime del *Global Wellness Institute*, il valore complessivo dell'e-

AUTORI

Federico Serra^{1,2,3,4,5,6,7,8,14,27,28,29,30,51,53,57}, Gianluca Aimaretti⁴⁵, Enrica Ammaturo¹⁹, Angelo Avogaro^{7,9,18}, Riccardo Baicchi⁵⁴, Stefania Basili¹⁶, Alfonso Bellia^{6,15}, Lamberto Bertolè⁵⁵, Carmen Bizzarri^{3,23}, Adriana Bonifacino³, Ovidio Brignoli¹¹, Silvio Buscemi^{2,17}, Luca Busetto^{2,18}, Raffaella Buzzetti^{7,9,16}, Annalisa Calabrò^{4,31}, Riccardo Candido^{7,12,32}, Giovanni Capelli^{31,66}, Stefano Capolongo⁶³, Antonio Caretto^{2,26}, Francesco Caroli⁵⁵, Michele Carruba^{2,25}, Annamaria Colao^{2,19,41}, Georgia Colleluori⁶⁰, Lucio Corsaro^{1,43}, Alessandro Cosimi¹, Roberta Cialesi^{1,10}, Claudio Cricelli¹¹, Fabrizio d'Alba⁷⁰, Luca d'Alessandro⁵³, Stefano da Empoli^{1,33,35}, Maurizio Damilano⁶⁸, Salvatore De Cosmo^{7,12,24}, Maurizio De Luca⁵⁵, Stefano Del Prato⁴⁶, Paolo Di Bartolo^{12,62}, Mario Di Gioacchino⁷², Lorenzo Maria Donini^{2,16}, Francesco Dotta^{1,2,3,6,7,22}, Cosimo Durante^{16,51}, Katherine Esposito^{2,13}, Marco Falcone³⁷, Giuseppe Fatati^{2,34}, Massimo Federici^{6,15}, Diego Ferone^{2,36}, Sebastiano Filetti^{6,16,51}, Andrea Frasoldati⁵³, Enrica Frutti²⁷, Barbara Galavotti¹, Antonio Gaudio¹⁸, Daniele Gianfrilli^{16,38}, Livio Glielmo^{5,42}, Francesco Giorgino^{6,37}, Lucio Gnessi^{2,16}, Luciano Grasso¹, Ignazio Grattagliano¹¹, Luciano Grasso¹, Ranieri Guerra^{1,57}, Valeria Guglielmi^{2,6,15}, Alessandro Indovina¹⁴, David Lazzari³⁰, Davide Lauro^{6,15}, Francesca Romana Lenzi^{1,3,5,20,27}, Frida Leonetti^{2,3}, Emanuele Lettieri^{63,66}, Guido Liris³¹, Simona Loizzo⁴⁹, Livio Luzzi^{2,25}, Melania Manco⁶⁹, Anna Lisa Mandorino^{2,39}, Annalisa Manduca¹, Edoardo Mannucci⁴⁴, Fabio Mazzeo^{4,8}, Luigi Mazzone¹⁵, Paola Minghetti²⁵, Lelio Morviducci^{12,61}, Antonio Nicolucci^{1,2,48}, Enzo Nisoli²⁵, Giuseppe Novelli^{1,3,15}, Mario Occhiuto²⁹, Fausto Orsomaso⁵⁰, Thomas Osborn^{1,35}, Fabio Pagliara^{1,5}, Uberto Pagotto^{2,17,38}, Barbara Paolini^{2,22,26}, Giuseppe Paolisso¹³, Attilio Parisi^{5,20}, Roberto Pella^{28,29,57}, Paola Pisanti²⁸, Giuseppe Pozzi⁵⁴, Giuseppe Quintavalle⁷¹, Paola Rogliani^{6,15}, Eugenia Romano⁵⁹, Alessandro Rossi¹¹, Pietro Rossi⁶⁵, Giuseppina Russo^{12,47}, Massimo Sacchetti²⁰, Eleonora Selvi^{3,40}, Giorgio Sesti¹⁶, Roberta Siliquini⁴⁵, Carlo Signorelli⁶⁷, Paolo Sbraccia^{1,2,15}, Daniela Sbröllini^{2,3,28,29}, Chiara Spinato^{1,2,3,5,7,28,29}, Walter Ricciardi⁴, Ketty Vaccaro^{1,3,6}, Roberto Vettor⁶⁴, Leonardo Villani^{4,21,27}, Deborah Visconti²⁷, Malgorzata Wasniewska^{47,58}, Andrea Lenzi^{1,2,6,16,38}

1 Health City Institute, 2 Open Italy, 3 Italian Wellness Alliance, 4 Osservatorio sulla salute bene comune dell'Università cattolica sacro cuore, 5 Osservatorio permanente sullo sport della Fondazione SportCity, 6 IBDO Foundation, 7 EUDF Italia, 8 Planetary Health Inner Circle, 9 Società Italiana di Diabetologia, 10 Istat, 11 Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie, 12 Associazione Medici Diabetologi, 13 Università della Campania Luigi Vanvitelli, 14 Fondazione YMCA Italia, 15 Università Roma Tor Vergata, 16 Sapienza Università di Roma, 17 Università di Palermo, 18 Università di Padova, 19 Università Federico II di Napoli, 20 Università del Foro Italico di Roma, 21 UniCamillus - Università Medica Internazionale di Roma, 22 Università di Siena, 23 Università Europea di Roma, 24 Casa sollievo e sofferenza San Giovanni Rotondo, 25 Università di Milano, 26 Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, 27 Osservatorio sulle aree interne, 28 Intergruppo parlamentare obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili, 29 Intergruppo Parlamentare Qualità di Vita nelle città, 30 Osservatorio benessere psicologico e salute, 31 Intergruppo parlamentare sulle aree interne, 31 Università di Cassino e del Lazio Meridionale, 32 Università di Trieste, 33 Università Roma Tre, 34 IO-NET, 35 I-COM, 36 Università di Genova, Università di Bari, 37 Università di Pisa, 38 Università di Bologna, 38 Università Sapienza Roma UNESCO Chair on Urban Health, 39 Cittadinanzattiva, 40 Fondazione Longevitas, 41 Federico II Università Napoli UNESCO Chair "Education for health and sustainable development", Istituto Piepoli, 43 BHAVE, 44 Università di Firenze, 45 Università di Torino, 46 Centro di ricerca interdisciplinare "Health Science" Scuola Superiore Sant'Anna Pisa, 47 Università di Messina, 48 Coresearch, 49 Intergruppo Parlamentare sulla sanità digitale e sulle terapie digitali, 50 Intergruppo Parlamentare sulla prevenzione delle malattie infettive e sulle malattie tropicali, 51 ITCO Foundation, 52 Associazione Medici Endocrinologi, 53 Fondazione South Italy, 54 YMCA Health, 55 Rete città sane OM, 55 SICO, 56 Ospedale di Rovigo, 57 Cities+, 58 SIEDP, 59 King's College London, 60 Università Politecnica delle Marche, 61 ASL Roma, 62 AUSL della Romagna, 63 Politecnico di Milano, 64 Humanitas Research Hospital Rozzano Milano, 65 Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola, Osservatorio Life Science Milano, 66 Centro Nazionale per la Prevenzione e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 67 Università Vita-Salute San Raffaele Milano, 68 TO Walk in the City Lab, 69 Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, 70 Federsanità, 71 FIASO, 72 Intergruppo sulle allergie respiratorie.

conomia globale del benessere ha superato i **6,8 trilioni di dollari**, pari a circa il **6% del PIL mondiale**, con proiezioni di crescita fino a **9-10 trilioni di dollari entro il 2029**. Tale andamento evidenzia una crescita

strutturale, superiore a quella di numerosi settori industriali tradizionali.

Una quota significativa di questa espansione riguarda ambiti direttamente connessi alla prevenzione, alla salute metabolica e



alla gestione delle condizioni croniche. Le analisi di McKinsey & Company stimano che il segmento *consumer-oriented wellness* – comprendente fitness, nutrizione, *weight management*, salute mentale e sonno – valga circa **2.000 miliardi di dollari annui**, con una concentrazione marcata nei Paesi ad alto reddito.

Dal punto di vista della sanità pubblica, questa dinamica segnala uno spostamento rilevante degli investimenti in salute verso una spesa privata diretta, collocata al di fuori dei sistemi sanitari pubblici. Tale fenomeno rappresenta al tempo stesso un'opportunità – in termini di rafforzamento della prevenzione – e un rischio, in quanto può accentuare disuguaglianze di accesso e frammentazione degli interventi in assenza di un adeguato governo pubblico.

La wellness economy come infrastruttura economica globale: implicazioni di policy

Oltre alla sua dimensione quantitativa, la *wellness economy* va interpretata come una **infrastruttura economica globale**, capace di incidere in modo sistemico sull'organizzazione dei sistemi sanitari, sulle strategie di prevenzione e sulle aspettative nei confronti del welfare. La sua crescita riflette un cambiamento duraturo nei comportamenti individuali e collettivi, e non una risposta contingente a crisi sanitarie recenti.

Una quota crescente di investimenti in salute si colloca oggi **a monte della cura**, intercettando bisogni di prevenzione, gestione dei fattori di rischio e mantenimento della funzionalità lungo il corso della vita. È in questo spazio intermedio che si sviluppa la *wellness economy*, colmando – almeno in parte – le difficoltà dei sistemi sanitari pubblici nel garantire interventi continuativi e personalizzati sugli stili di vita.

In questo quadro, il *weight management* rappresenta uno degli snodi più rilevanti. Sovrappeso e obesità costituiscono infatti uno dei principali driver del carico di malattia e della spesa sanitaria legata alle NCDs, ma sono anche tra gli ambiti in cui il mercato del benessere investe maggiormente. Programmi di nutrizione, fitness, coaching comportamentale e soluzioni digitali riflettono una domanda sociale di prevenzione che, se non adeguatamente governata, rischia di svilupparsi in modo frammentato e diseguale.

Il rischio principale, dal **punto di vista delle policy**, è quello di una prevenzione a doppio binario, in cui le fasce di popolazione con maggiori risorse beneficiano di strumenti avanzati di *weight management*, mentre le popolazioni più vulnerabili ri-

mangono intercettate prevalentemente in fase tardiva di malattia. Governare la *wellness economy* significa quindi orientarne lo sviluppo verso obiettivi di salute collettiva, equità e sostenibilità.

Il caso italiano: wellness, prevenzione e sostenibilità del SSN

Nel contesto europeo, l'Italia occupa una posizione di rilievo all'interno della *wellness economy* globale, con un valore stimato di circa **80 miliardi di euro annui**. Il contributo italiano si caratterizza per una specializzazione diffusa, che comprende turismo del benessere, cosmesi, nutrizione, integratori e servizi orientati alla salute metabolica.

Dal punto di vista delle politiche sanitarie, questo dato segnala l'esistenza di un ecosistema economico già maturo che intercetta bisogni di salute preventiva, spesso prima dell'intervento del Servizio Sanitario Nazionale. In un contesto caratterizzato da elevata prevalenza di sovrappeso e obesità e da rapido invecchiamento demografico, il *wellness* può rappresentare una leva strategica per rafforzare la prevenzione e ridurre il ricorso tardivo alla cura.

Una strategia di policy efficace dovrebbe valorizzare il *wellness* come **ponte tra politiche sanitarie, politiche urbane e politiche di sviluppo territoriale**, evitando che rimanga confinato a una dimensione puramente commerciale.

I sei pilastri della wellness economy

La crescita della *wellness economy* non è riconducibile a un insieme indistinto di pratiche o consumi, ma si articola lungo **sei pilastri strutturali** che riflettono trasformazioni profonde nei bisogni di salute delle popolazioni, nei modelli di prevenzione e nelle aspettative nei confronti dei sistemi sanitari. Questi pilastri, individuati e sistematizzati dalle analisi di **McKinsey & Company**, rappresentano altrettanti ambiti di domanda, investimento e innovazione, ciascuno con specifiche implicazioni per la sanità pubblica e per la governance della salute.

Nel loro insieme, essi delineano un passaggio paradigmatico: dalla salute come risposta alla malattia alla salute come processo continuo di mantenimento della funzionalità, dell'autonomia e della qualità della vita lungo tutto il corso dell'esistenza.

1 ► L'alimentazione è uno dei pilastri fondamentali del wellness

Influenza lo stato di nutrizione e lo stato di salute impattando aspetti clinici (apparato

cardiovascolare e metabolismo in primis), funzionali (autonomia e interazione con l'ambiente) e psicologici (tono dell'umore e qualità di vita). In questa ottica modelli alimentari sani e sostenibili (ad esempio il modello Mediterraneo) costituiscono un esempio di *wellness* unendo salute (dell'individuo e del pianeta), gusto ed equilibrio. Un'alimentazione sana e sostenibile abbina infatti una dieta sana (che contribuisce al controllo dell'infiammazione sistemica, al miglioramento della salute metabolica e al mantenimento dell'equilibrio del microbiota intestinale), ad alcuni elementi (convivialità, rispetto dei tempi dei pasti, attività culinari e piacere del cibo, connessione con il territorio) che direttamente attengono al concetto di *wellness* individuale ad altri (biodiversità, consumo di prodotti locali e stagionali) che promuovono una maggiore sostenibilità ambientale.

2 ► Fitness come identità personale e infrastruttura preventiva

Il secondo pilastro riguarda il fitness, che ha progressivamente superato la dimensione di attività fisica occasionale per assumere un ruolo identitario e quotidiano. In particolare nelle generazioni più giovani, il movimento non è più percepito come prescrizione sanitaria, ma come componente costitutiva dello stile di vita, sostenuta da community digitali, tecnologie di monitoraggio e modelli di engagement continuo.

Dal punto di vista della sanità pubblica, questa evoluzione è rilevante perché sposta l'attività fisica dal campo della raccomandazione astratta a quello della pratica sociale diffusa. L'esercizio fisico diventa così una vera e propria **infrastruttura preventiva**, capace di incidere su molteplici determinanti di salute: metabolismo, salute cardiovascolare, salute mentale e invecchiamento funzionale. Tuttavia, la crescente "privatizzazione" del fitness, spesso mediata da servizi a pagamento, pone interrogativi in termini di equità e accessibilità, soprattutto per le fasce di popolazione più vulnerabili.

3 ► *Weight management* come asse centrale della salute metabolica

Il *weight management* rappresenta uno dei pilastri centrali e più trasversali della *wellness economy*. Negli ultimi anni, essa ha progressivamente abbandonato una narrazione esclusivamente estetica per collocarsi al centro del dibattito sulla salute metabolica, sulla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Il *weight management* si configura oggi come un ambito complesso e integrato, che comprende nutrizione, attività fisica, sup-

porto psicologico, tecnologie digitali e, in alcuni casi, interventi farmacologici. Questa integrazione riflette una crescente consapevolezza della natura multifattoriale del peso corporeo, fortemente influenzato da determinanti biologici, psicologici, ambientali e sociali. Dal punto di vista delle politiche sanitarie il *weight management* diventa quindi un **campo di confine** tra sanità pubblica e mercato, che richiede una governance attenta per evitare sia la medicalizzazione eccessiva sia l'abbandono a logiche esclusivamente commerciali.

4 ► Invecchiamento attivo e longevità come sfida sistemica

Il quarto pilastro riguarda l'invecchiamento attivo e la longevità, che rappresentano una delle principali sfide demografiche e sanitarie del XXI secolo. L'aumento della speranza di vita, se non accompagnato da un adeguato stato di salute, rischia di tradursi in un in-

cremento degli anni vissuti con disabilità e dipendenza, con conseguenze rilevanti per i sistemi di welfare.

La *wellness economy* intercetta questa sfida proponendo soluzioni orientate al mantenimento dell'autonomia funzionale, della capacità cognitiva e della partecipazione sociale. Dal punto di vista della sanità pubblica, questo pilastro sottolinea l'importanza di un approccio *life-course*, in cui la prevenzione non è limitata alla terza età, ma inizia nelle fasi precoci della vita. L'invecchiamento attivo diventa così un obiettivo trasversale, che integra salute fisica, mentale e sociale.

5 ► Sonno e recupero come determinanti strutturali della salute

Il sonno e il recupero rappresentano un pilastro relativamente recente ma in rapida espansione all'interno della *wellness economy*. La crescente attenzione verso il riposo riflette una maggiore consapevol-



za del legame tra privazione di sonno, stress cronico, disturbi metabolici e patologie cardiovascolari.

Dal punto di vista sanitario, il sonno emerge come determinante strutturale della salute, strettamente connesso all'organizzazione del lavoro, ai ritmi urbani e alle condizioni ambientali. La proliferazione di tecnologie e servizi dedicati al monitoraggio e all'ottimizzazione del sonno evidenzia una domanda di salute che si colloca a monte dell'intervento clinico. Tuttavia, anche in questo ambito, la sfida per le politiche pubbliche consiste nel trasformare una domanda individuale in un'azione strutturale, capace di incidere sulle condizioni che generano privazione di sonno a livello di popolazione.

6 ► Benessere psicologico, salute mentale, e mindfulness come fondamento del benessere globale

Il sesto pilastro riguarda il benessere psicologico e la salute mentale, che hanno assunto un ruolo centrale nella definizione contemporanea di benessere globale. L'aumento di stress, ansia, depressione e burnout, amplificato da fattori socioeconomici e ambientali, ha reso evidente l'insufficienza di approcci che separano rigidamente la sfera psichica e quella fisica, salute mentale e salute fisica.

La *wellness economy* risponde a questa domanda attraverso una molteplicità di strumenti, che spaziano da strategie psico-comportamentali sulle motivazioni, alle pratiche di mindfulness ai servizi digitali di supporto psicologico. Dal punto di vista della sanità pubblica, questo pilastro evidenzia la necessità di integrare gli aspetti psicologici che sostengono i comportamenti e le motivazioni salutogeniche, la salute mentale, nei programmi di prevenzione e promozione della salute, superando la tradizionale marginalizzazione di questo ambito nei sistemi sanitari.

Una lettura integrata dei pilastri

Considerati nel loro insieme, i sei pilastri della *wellness economy* delineano una visione integrata della salute, in cui prevenzione, stili di vita e determinanti psicosociali rivestono un ruolo centrale. Essi evidenziano come la domanda di benessere non sia episodica, ma strutturale, e come richieda risposte che vanno oltre il perimetro tradizionale della sanità pubblica.

Per i decisori politici, la sfida consiste nel **governare questa trasformazione**, valorizzando il potenziale preventivo della *wellness economy* senza rinunciare ai principi di equità, universalità e appropriatezza che

caratterizzano i sistemi sanitari pubblici. In questa prospettiva, i sei pilastri non rappresentano semplicemente segmenti di mercato, ma ambiti strategici di intervento per le politiche di salute del futuro.

Weight management e transizione epidemiologica

La centralità del *weight management* nella *wellness economy* trova la sua giustificazione più solida nel quadro della **transizione epidemiologica** che caratterizza le società contemporanee. Nei Paesi ad alto e medio reddito, il profilo di salute delle popolazioni è oggi dominato dalle malattie croniche non trasmissibili (NCDs), che rappresentano la principale causa di mortalità, disabilità e consumo di risorse sanitarie. In questo contesto, sovrappeso e obesità si configurano non solo come fattori di rischio individuali, ma come veri e propri **moltiplicatori di vulnerabilità sanitaria**, capaci di incidere trasversalmente su numerosi esiti clinici.

Dal punto di vista epidemiologico, il peso corporeo assume una funzione che va oltre la sua dimensione antropometrica.

Esso rappresenta un **indicatore sentinella** dello squilibrio tra ambiente, comportamenti e assetti socioeconomici. L'aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità riflette infatti trasformazioni profonde nei sistemi alimentari, nei modelli di mobilità, nell'organizzazione del lavoro e nei ritmi di

vita, oltre che nell'esposizione a stress cronico e a determinanti ambientali avversi. In questo senso, il peso corporeo diventa una lente attraverso cui leggere il funzionamento complessivo dei sistemi sociali e produttivi.

Numerose evidenze dimostrano che il *weight management* inadeguata è associata a un aumento significativo del rischio di diabete mellito di tipo 2, di patologie cardiovascolari, di ipertensione, di sindrome metabolica, di alcune forme di cancro e di disturbi muscoloscheletrici.

Tuttavia, limitare il *weight management* a una logica di riduzione del rischio clinico individuale risulta sempre più insufficiente. Le NCDs si sviluppano infatti lungo archi temporali lunghi e sono fortemente influenzate da determinanti cumulativi, che richiedono interventi precoci, continuativi e strutturali.

In questa prospettiva, il *weight management* assume un ruolo strategico come **leva di prevenzione primaria e secondaria**. Intervenire sul *weight management* consente di agire a monte della cascata patologica, riducendo l'incidenza delle NCDs e, di conseguenza, il carico complessivo sui sistemi sanitari. Questo aspetto è particolarmente rilevante in un contesto di crescente pressione sulla sostenibilità economica del welfare sanitario, dove la prevenzione rappresenta uno degli strumenti più efficaci per contenere i costi nel medio-lungo periodo.



Un ulteriore elemento di complessità riguarda la distribuzione sociale del sovrappeso e dell'obesità. Numerosi studi evidenziano come tali condizioni si concentrino lungo il gradiente socioeconomico, colpendo in modo sproporzionato le popolazioni con minore livello di istruzione, reddito e accesso a risorse salutari. Ciò rende il *weight management* una questione non solo epidemiologica, ma profondamente **politica**, in quanto intrecciata con le disuguaglianze sociali e territoriali di salute. In assenza di interventi strutturali, il rischio è quello di una "cronicizzazione delle disuguaglianze", in cui il peso corporeo diventa un indicatore predittivo di svantaggio sanitario lungo tutto il corso della vita.

Alla luce di queste considerazioni, il *weight management* deve essere interpretata come una **infrastruttura di prevenzione**, piuttosto che come un insieme di interventi puntuali. Ciò implica un cambiamento di paradigma nelle politiche sanitarie: dalla responsabilizzazione esclusiva dell'individuo alla costruzione di ambienti favorevoli alla salute, capaci di sostenere scelte salutari in modo sistematico. In questo senso, il *weight management* si colloca all'intersezione tra sanità pubblica, politiche alimentari, urbanistica, mobilità, lavoro e welfare sociale. L'emergere della *wellness economy* amplifica ulteriormente questa dinamica. Da un lato, essa intercetta una domanda di salute preventiva che i sistemi sanitari

tradizionali faticano a soddisfare; dall'altro, rischia di spostare il *weight management* in una dimensione prevalentemente privata e mercificata. Per la sanità pubblica, la sfida consiste nel **riconducere il *weight management* entro una cornice di interesse collettivo**, valorizzandone il potenziale preventivo senza rinunciare ai principi di equità, appropriatezza e universalità.

In conclusione, il *weight management* rappresenta uno degli snodi più rilevanti della transizione epidemiologica contemporanea. Essa non può essere affrontata come un problema settoriale o individuale, ma richiede una visione integrata e di lungo periodo, capace di connettere prevenzione, politiche pubbliche e sostenibilità dei sistemi sanitari. In questa prospettiva, il *weight management* diventa una chiave di lettura fondamentale per comprendere – e governare – le trasformazioni in atto nella salute delle popolazioni.

Superamento del paradigma individuale: dalla responsabilità personale alla costruzione di ambienti favorevoli alla salute

Il *weight management* è stata a lungo interpretata, nelle politiche sanitarie e nel dibattito pubblico, come una responsabilità prevalentemente individuale, fondata sull'adozione di comportamenti considerati

virtuosi in termini di alimentazione e attività fisica. Questo paradigma, radicato in una visione biomedica e comportamentale della salute, ha storicamente orientato interventi educativi e prescrittivi centrati sul singolo individuo, attribuendo il successo o il fallimento del *weight management* alla forza di volontà, all'autodisciplina e alla capacità di aderire a raccomandazioni sanitarie standardizzate.

Tuttavia, un'ampia mole di evidenze scientifiche ha progressivamente messo in discussione l'efficacia e l'equità di questo approccio. Studi epidemiologici, sociologici e di sanità pubblica dimostrano in modo consistente che il peso corporeo è fortemente influenzato da **determinanti strutturali**, che sfuggono in larga misura al controllo del singolo individuo. L'accesso a cibo sano e nutriente, la configurazione degli ambienti urbani, le condizioni lavorative, l'esposizione a stress cronico, i ritmi di vita e il livello di alfabetizzazione sanitaria rappresentano fattori chiave nel determinare le traiettorie di peso lungo il corso della vita.

In particolare, l'ambiente alimentare contemporaneo, caratterizzato da un'ampia ed ininterrotta disponibilità di alimenti ad alta densità calorica e basso costo, crea contesti in cui le scelte salutari risultano meno accessibili, meno convenienti e spesso meno sostenibili nel quotidiano. Allo stesso modo, la progettazione urbana e dei trasporti, spesso orientata alla riduzione del movimento attivo, limita le opportunità di attività fisica spontanea, soprattutto nei quartieri a maggiore deprivazione socioeconomica. In tali contesti, attribuire la responsabilità del *weight management* esclusivamente all'individuo risulta non solo inefficace, ma anche profondamente iniquo.

Un ulteriore elemento che indebolisce il paradigma individuale è rappresentato dal ruolo dello **stress cronico** e delle condizioni psicosociali. L'instabilità lavorativa, la precarietà economica, l'insicurezza abitativa e i carichi di cura non redistribuiti incidono sui comportamenti alimentari, sul metabolismo e sulla capacità di adottare stili di vita salutari. Le risposte fisiologiche allo stress, così come i meccanismi di coping, influenzano in modo significativo la regolazione del peso, rendendo ancora più evidente l'insufficienza di approcci basati esclusivamente sulla responsabilizzazione individuale.

Superare il paradigma individuale significa dunque riconoscere che il *weight management* è un **obiettivo collettivo**, che richiede interventi coordinati su più livelli e settori. In una prospettiva di sanità pubblica, ciò implica lo sviluppo di politiche **intersettoriali**, capaci di integrare sanità, urbanistica, politiche alimentari, lavoro, istruzione e welfare



sociale. La costruzione di ambienti favorevoli alla salute (*health-enabling environments*) diventa una condizione essenziale per sostenere comportamenti salutari in modo equo e duraturo.

Questo cambio di prospettiva ha implicazioni rilevanti anche per la valutazione dell'efficacia degli interventi. Strategie che intervengono esclusivamente sul comportamento individuale tendono a produrre risultati limitati e difficilmente sostenibili nel lungo periodo, soprattutto nelle popolazioni più vulnerabili. Al contrario, interventi che modificano il contesto – migliorando l'accesso a cibo sano, promuovendo la mobilità attiva, riducendo lo stress lavorativo e rafforzando l'alfabetizzazione sanitaria – mostrano un potenziale maggiore nel produrre cambiamenti strutturali e nel ridurre le disuguaglianze di salute.

Il superamento del paradigma individuale è inoltre essenziale per contrastare lo **stigma associato al peso**, che rappresenta una barriera significativa all'accesso ai servizi sanitari e alla prevenzione. Una narrazione che attribuisce il sovrappeso e l'obesità a fallimenti personali contribuisce a rafforzare discriminazioni e marginalizzazioni, con effetti negativi sugli esiti di salute.

Riconoscere il ruolo dei determinanti strutturali consente invece di spostare l'attenzione dalle colpe individuali alle responsabilità

collettive, promuovendo approcci più inclusivi e rispettosi della dignità delle persone. In conclusione, superare il paradigma individuale nel *weight management* rappresenta un passaggio cruciale per rendere le politiche di prevenzione e promozione di stili salutogenici più efficaci, eque e sostenibili. Riconoscere il *weight management* come obiettivo collettivo significa investire nella trasformazione degli ambienti di vita, delle politiche pubbliche e delle strutture sociali che influenzano la salute delle popolazioni. Solo attraverso questo cambio di paradigma è possibile affrontare in modo strutturale l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili e costruire sistemi sanitari capaci di promuovere benessere lungo tutto il corso della vita.

Epigenetica dell'obesità dismetabolica: esposoma, degrado ambientale e debito sanitario intergenerazionale

Un aspetto ancora insufficientemente integrato nelle politiche di *weight management* riguarda il ruolo dell'**epigenetica ambientale** nella genesi dell'obesità dismetabolica. Le evidenze scientifiche più recenti mostrano con crescente chiarezza che l'esposizione a inquinanti atmosferici, interferenti endo-

crini e condizioni di degrado urbano non agisce esclusivamente come fattore comportamentale indiretto, ma determina modificazioni epigenetiche stabili – alterazioni della metilazione del DNA, modifiche delle code istoniche e variazioni dell'espressione di microRNA – capaci di riprogrammare il metabolismo in senso obesogenico e di influenzare il rischio cardiometabolico lungo tutto l'arco della vita.

Questa prospettiva impone un ampliamento radicale del concetto stesso di prevenzione dell'obesità. Non è più sufficiente intervenire su dieta e attività fisica come determinanti comportamentali: la qualità dell'aria, la gestione dei rifiuti, l'esposizione a contaminanti ambientali e la riduzione dello stress urbano devono essere riconosciuti come **determinanti biologici diretti della salute metabolica**. L'approccio dell'**esposoma** – inteso come l'insieme cumulativo di tutte le esposizioni ambientali dalla fase prenatale fino alla morte – offre una cornice concettuale per comprendere come fattori ambientali multipli interagiscano nel programmare il rischio di obesità e di malattie metaboliche. In tale contesto, il concetto di **obesogeno ambientale** identifica una classe eterogenea di sostanze chimiche capaci di promuovere l'adipogenesi, alterare il metabolismo lipidico e interferire con la regolazione neuroendocrina dell'appetito attraverso mec-



canismi epigenetici. Tra gli obesogeni maggiormente documentati figurano il bisfenolo A (BPA), gli ftalati, i ritardanti di fiamma bromurati, i pesticidi organo-clorurati, i composti organostannici, le diossine e gli idrocarburi policiclici aromatici.

Tali sostanze interferiscono con recettori nucleari chiave – tra cui PPAR γ , recettori estrogenici e recettori tiroidei – coinvolti nella differenziazione adipocitaria, nella sensibilità insulinica e nella regolazione dell'omeostasi energetica. Le modificazioni epigenetiche osservate comprendono alterazioni della metilazione di geni regolatori del metabolismo (come *FTO*, *PPARG*, *LEP* e *ADIPOQ*), modifiche della struttura cromatinica e deregolazione di microRNA implicati nei processi di lipogenesi e insulino-resistenza.

Dal punto di vista della sanità pubblica, la dimensione più radicale di queste evidenze è la trasmissione transgenerazionale del **rischio metabolico**. L'inquinamento odierno non produce soltanto malati oggi, ma programma epigeneticamente il metabolismo delle generazioni future, configurando un vero e proprio debito sanitario intergenerazionale che i sistemi sanitari saranno chiamati a onorare nei prossimi decenni.

L'inquinamento atmosferico rappresenta uno dei determinanti ambientali più solidamente associati allo sviluppo di insulino-resistenza, sindrome metabolica e obesità dismetabolica. L'esposizione cronica al particolato fine (PM_{2,5}) è correlata a infiammazione sistemica mediata dall'attivazione dei recettori Toll-like (TLR2/4), con conseguente alterazione del metabolismo lipidico e aumento ponderale. Evidenze epidemiologiche indicano un incremento significativo del rischio cardiometabolico associato all'esposizione cronica a elevate concentrazioni di particolato atmosferico.

A livello molecolare, è stato documentato che il particolato atmosferico induce alterazioni misurabili della metilazione del DNA in geni coinvolti nella regolazione metabolica. L'esposizione prenatale agli idrocarburi policiclici aromatici, componenti rilevanti dello smog urbano e della combustione dei rifiuti, è stata associata a modificazioni epigenetiche nel sangue cordonale, suggerendo una riprogrammazione metabolica precoce con potenziali effetti lungo tutto il corso della vita.

Particolarmente significativa è la finestra di vulnerabilità epigenetica dell'infanzia. Studi longitudinali hanno evidenziato un'associazione tra esposizione al traffico veicolare e incremento dell'indice di massa corporea nei bambini, confermando che l'ambiente urbano può agire come amplificatore precoce del rischio metabolico. Analisi condotte

anche in contesti italiani hanno documentato correlazioni tra esposizione cronica a PM₁₀, PM_{2,5} e NO₂ e prevalenza di diabete di tipo 2, rafforzando l'ipotesi di un legame strutturale tra qualità ambientale e salute metabolica.

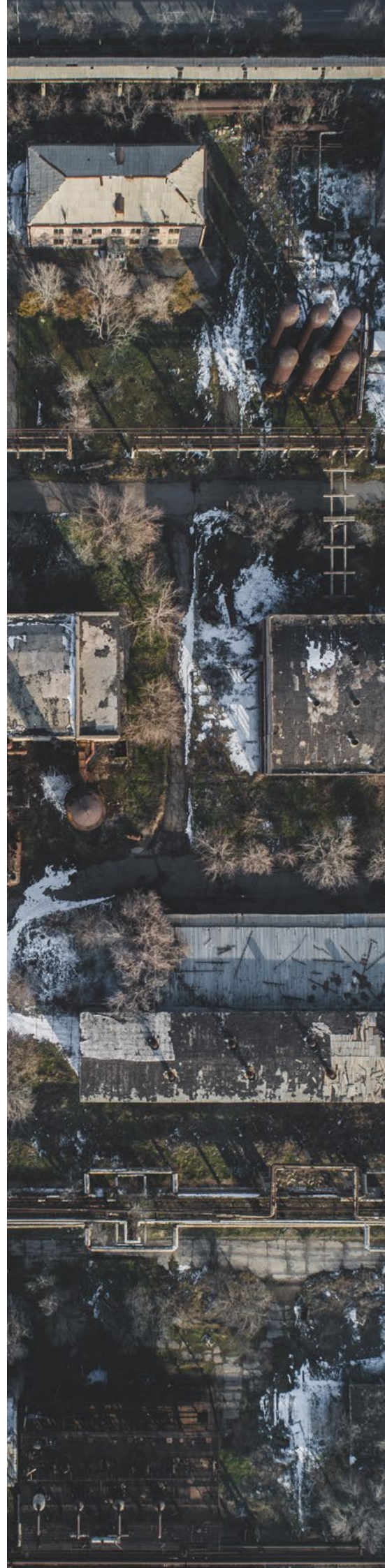
Un ulteriore ambito di criticità riguarda la gestione dei rifiuti urbani e industriali. L'esposizione a diossine, furani, metalli pesanti e composti derivanti da combustione incontrollata è stata associata a un aumento del rischio di sindrome metabolica, diabete e obesità, con effetti osservabili anche a distanza di decenni dall'esposizione iniziale. Contesti caratterizzati da smaltimento illegale o inadeguato dei rifiuti hanno mostrato eccessi di morbilità cardiovascolare e metabolica, evidenziando come il degrado ambientale possa tradursi in carico sanitario evitabile.

Accanto ai contaminanti chimici, lo **stress urbano cronico** – generato da rumore, congestione, insicurezza ambientale, precarietà abitativa e degrado degli spazi pubblici – attiva in modo persistente l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, favorendo accumulo di grasso viscerale, insulino-resistenza e dislipidemia. In ambienti urbani degradati, l'interazione tra esposizione a inquinanti, scarsa qualità dell'offerta alimentare e stress psicosociale configura una vera e propria **sindemia ambientale-metabolica**, che colpisce in modo sproporzionato le popolazioni più vulnerabili.

Anche il cambiamento climatico si inserisce in questa dinamica. L'aumento delle temperature estreme e delle ondate di calore è associato a disfunzioni della termoregolazione, alterazioni del metabolismo glucidico e peggioramento della sensibilità insulinica. Le popolazioni urbane, in particolare nei contesti a basso reddito, risultano maggiormente esposte agli effetti combinati di inquinamento, isole di calore e vulnerabilità socioeconomica, configurando un ulteriore asse di disuguaglianza sanitaria.

Nel loro insieme, queste evidenze suggeriscono che l'obesità dismetabolica non possa essere compresa esclusivamente come esito di scelte individuali o di comportamenti alimentari inadeguati, ma debba essere interpretata come il risultato di una complessa interazione tra biologia, ambiente e organizzazione sociale. Integrare la dimensione epigenetica nelle politiche di *weight management* significa riconoscere che la prevenzione passa anche attraverso il risanamento ambientale, la rigenerazione urbana e la riduzione dell'esposizione a fattori obesogeni.

In questa prospettiva, la tutela dell'ambiente non rappresenta soltanto un obiettivo ecologico, ma una strategia di prevenzione



metabolica e di contenimento della spesa sanitaria evitabile. Per la *wellness economy*, ciò implica una sfida profonda: il suo core business – offrire soluzioni individuali a problemi metabolici – rischia di essere reso strutturalmente inefficace, o comunque costantemente inseguito, da un ambiente che continua a produrre danno epigenetico. Senza una *environmental turnaround*, l'industria del *weight management* opererà a valle di un danno che si riproduce a monte.

Integrazione tra *wellness economy* e sistemi sanitari: opportunità, rischi e sfide di governance

L'ibridazione tra *wellness economy* e sistemi sanitari rappresenta una delle trasformazioni più rilevanti e complesse della sanità contemporanea. Negli ultimi anni, una quota crescente di interventi orientati alla prevenzione, alla promozione della salute e alla gestione delle condizioni croniche si è sviluppata al di fuori del perimetro tradizionale dei servizi sanitari pubblici, assumendo la forma di prodotti e servizi offerti dal mercato del benessere. Questo fenomeno riflette, da un lato, l'evoluzione dei bisogni di salute delle popolazioni e, dall'altro, le difficoltà dei sistemi sanitari a rispondere tempestivamente, personalizzati e in modo continuativo a tali bisogni.

Tecnologie digitali, dispositivi indossabili (*wearable*), applicazioni di monitoraggio, piattaforme di coaching e servizi di telemedicina hanno ampliato in modo significativo le possibilità di **prevenzione precoce**, di auto-monitoraggio e di coinvolgimento attivo delle persone nella gestione della propria salute. In particolare, nell'ambito del *weight management*, questi strumenti consentono di raccogliere dati continui su attività fisica, alimentazione, sonno e parametri fisiologici, offrendo potenzialmente una base informativa utile per interventi preventivi più mirati e tempestivi. Dal punto di vista teorico, tale evoluzione potrebbe contribuire a spostare l'asse della sanità da un modello reattivo a uno proattivo.

Tuttavia, l'espansione della *wellness economy* pone anche **rischi significativi** per i sistemi sanitari e per l'equità di accesso alla prevenzione. In assenza di un'integrazione strutturata, il proliferare di soluzioni offerte dal mercato tende a generare **percorsi paralleli**, spesso scollegati dai servizi sanitari istituzionali. Questi percorsi possono risultare frammentati, privi di continuità assistenziale e non sempre basati su evidenze scientifiche solide. Il rischio è quello di una sanità "a doppio binario", in cui una parte



della popolazione accede a strumenti avanzati di prevenzione e monitoraggio, mentre un'altra rimane confinata ai servizi pubblici tradizionali, spesso sovraccarichi e orientati prevalentemente alla gestione della malattia conclamata.

Dal punto di vista della sanità pubblica, uno degli aspetti più critici riguarda la **validazione clinica** e l'appropriatezza degli interventi provenienti dalla *wellness economy*. Molti strumenti digitali e programmi di benessere vengono sviluppati con logiche di mercato che privilegiano rapidità di diffusione e attrattività commerciale, talvolta a scapito della robustezza delle evidenze scientifiche. L'assenza di standard condivisi per la valutazione dell'efficacia e della sicurezza di tali soluzioni rende difficile il loro inserimento coerente nei percorsi di prevenzione e cura. Un ulteriore elemento di complessità riguarda la gestione dei dati sanitari.

Le piattaforme di *wellness* generano una quantità crescente di informazioni personali, spesso altamente sensibili, che non sempre rientrano nei circuiti regolati della sanità pubblica. La frammentazione dei dati, la mancanza di interoperabilità con i sistemi informativi sanitari e le incertezze sulla tutela della privacy rappresentano sfide rilevanti per una integrazione efficace e sicura. Senza un governo pubblico chiaro, il rischio è quello di una perdita di controllo su informazioni che potrebbero invece essere utilizzate per migliorare la programmazione sanitaria e la prevenzione a livello

di popolazione. Alla luce di queste criticità, la questione centrale non è se integrare la *wellness economy* nei sistemi sanitari, ma **come** farlo. La governance pubblica assume un ruolo cruciale nell'orientare questa integrazione, definendo cornici regolatorie che garantiscano appropriatezza clinica, qualità degli interventi e tutela dei diritti delle persone. Ciò implica, da un lato, il riconoscimento del potenziale innovativo della *wellness economy* e, dall'altro, la necessità di ancorarne lo sviluppo agli obiettivi di salute pubblica.

Un'integrazione efficace richiede innanzitutto la costruzione di **percorsi di continuità assistenziale**, in cui gli strumenti di *wellness* siano utilizzati come complemento, e non come alternativa, ai servizi sanitari pubblici. Nel caso del *weight management*, ciò significa inserire programmi di monitoraggio e supporto digitale all'interno di strategie più ampie di prevenzione delle malattie croniche, coordinate con la medicina territoriale, i servizi di sanità pubblica e le politiche sociali. In questo modo, la *wellness economy* può diventare un alleato dei sistemi sanitari, contribuendo a rafforzarne la capacità preventiva.

Un secondo aspetto fondamentale riguarda l'**equità di accesso**. Senza interventi correttivi, l'integrazione tra *wellness economy* e sanità rischia di accentuare le disuguaglianze, favorendo chi dispone di maggiori risorse economiche, competenze digitali e capitale culturale. Le politiche pubbliche



devono quindi prevedere meccanismi di inclusione, come l'integrazione di strumenti di *wellness* in programmi pubblici di prevenzione, il sostegno alle fasce vulnerabili e la promozione dell'alfabetizzazione digitale e sanitaria.

Infine, l'integrazione tra *wellness economy* e sistemi sanitari solleva interrogativi più ampi sul ruolo dello Stato nella promozione della salute. In un contesto in cui il mercato assume un peso crescente nella definizione delle pratiche di prevenzione e promozione della salute, la governance pubblica è chiamata a riaffermare una visione di salute come bene comune. Ciò richiede capacità di coordinamento intersettoriale, investimenti in valutazione e monitoraggio degli esiti e una chiara definizione delle responsabilità tra attori pubblici e privati.

In conclusione, l'ibridazione tra *wellness economy* e sistemi sanitari rappresenta una sfida cruciale per la sanità pubblica del XXI secolo. Se governata in modo appropriato, essa può offrire opportunità significative per rafforzare la prevenzione, migliorare la continuità assistenziale e sostenere la sostenibilità dei sistemi sanitari. In assenza di una governance pubblica forte, al contrario, rischia di produrre frammentazione, disuguaglianze e perdita di coerenza nelle politiche di salute. L'integrazione tra *wellness economy* e sanità non è quindi un processo spontaneo, ma una scelta politica e strategica che richiede visione di lungo periodo e orientamento all'interesse collettivo.

Farmaci, innovazione terapeutica e sostenibilità dei sistemi sanitari: tra opportunità cliniche e sfide di policy

L'introduzione di nuove terapie farmacologiche per la gestione dell'obesità e del sovrappeso rappresenta una delle innovazioni più significative degli ultimi anni nel campo della prevenzione e del trattamento delle malattie croniche non trasmissibili. In particolare, lo sviluppo di farmaci in grado di incidere sui meccanismi neuroendocrini della regolazione dell'appetito e del metabolismo ha profondamente modificato il panorama terapeutico, aprendo prospettive fino a poco tempo fa impensabili per il trattamento dell'obesità e delle condizioni metaboliche ad essa associate.

Dal punto di vista clinico, le evidenze disponibili indicano che queste terapie possono determinare riduzioni ponderali clinicamente rilevanti, accompagnate da miglioramenti significativi di parametri metabolici quali il controllo glicemico, la pressione arteriosa e il profilo lipidico. In molti casi, tali benefici si traducono in una riduzione del rischio cardiovascolare e in un miglioramento della qualità della vita delle persone affette da obesità e comorbidità. In questa prospettiva, i farmaci per il *weight management* non possono più essere considerati meri strumenti accessori, ma entrano a pieno titolo nel dibattito sulla prevenzione e sulla gestione delle NCDs.

Tuttavia, l'impatto di queste innovazioni non può essere valutato esclusivamente in termini di efficacia clinica individuale. Dal punto di vista della sanità pubblica, l'introduzione su larga scala di terapie farmacologiche per la gestione dell'obesità e del sovrappeso solleva interrogativi complessi in termini di **appropriatezza, equità e sostenibilità economica**. L'obesità è una condizione ad alta prevalenza e, potenzialmente, una platea molto ampia di popolazione potrebbe essere candidata a un trattamento farmacologico continuativo. Questo aspetto pone immediatamente il tema dei costi e della capacità dei sistemi sanitari di assorbire tali innovazioni senza compromettere altri ambiti di assistenza.

Uno dei nodi centrali riguarda la **durata del trattamento**. Le evidenze suggeriscono che i benefici dei farmaci per il trattamento dell'obesità tendono a ridursi alla sospensione della terapia, rendendo necessario un utilizzo prolungato nel tempo. Ciò implica non solo costi diretti elevati, ma anche la necessità di un monitoraggio clinico continuativo, con implicazioni rilevanti per l'organizzazione dei servizi sanitari, in particolare a livello territoriale. In assenza di modelli assistenziali adeguati, il rischio è quello di una medicalizzazione cronica che non affronta le determinanti strutturali dell'aumento di peso.

Dal punto di vista delle politiche sanitarie, emerge quindi con forza la necessità di definire criteri chiari di **appropriatezza prescrittiva**. I farmaci per l'obesità non possono essere concepiti come soluzione universale o scorciatoia terapeutica, ma devono essere inseriti all'interno di percorsi integrati, riservati a specifici profili di rischio e accompagnati da interventi di prevenzione e supporto comportamentale. La loro efficacia, infatti, risulta massimizzata quando il trattamento farmacologico è parte di un programma più ampio che includa nutrizione, attività fisica, empowerment/supporto psicologico e modifiche dell'ambiente di vita.

Un ulteriore elemento di complessità riguarda il rapporto tra innovazione farmacologica e *wellness economy*. La crescente visibilità dei farmaci per l'obesità ha contribuito a ridefinire la percezione sociale dell'obesità, spostandola da questione esclusivamente comportamentale a condizione medica trattabile. Se da un lato questo processo può ridurre lo stigma e favorire l'accesso alle cure, dall'altro rischia di rafforzare una narrazione semplificata, in cui la soluzione farmacologica viene percepita come alternativa alle politiche di prevenzione strutturale. In questo senso, l'innovazione terapeutica può entrare in tensione con gli obiettivi di sanità pubblica, se non adeguatamente governata.

La sostenibilità economica rappresenta una

delle principali sfide. Studi di costo-efficacia suggeriscono che, in specifici gruppi di popolazione ad alto rischio, il trattamento farmacologico dell'obesità può risultare costo-efficace nel medio-lungo periodo, grazie alla riduzione delle complicanze e dei costi associati alle NCDs. Tuttavia, tali risultati dipendono fortemente dai criteri di selezione dei pazienti, dalla durata del trattamento e dal contesto organizzativo in cui le terapie vengono erogate. Generalizzare l'accesso ai farmaci senza una chiara strategia rischia di produrre un impatto finanziario non sostenibile per i sistemi sanitari pubblici.

La questione dell'**equità di accesso** è particolarmente rilevante in questo ambito. In molti contesti, i farmaci per l'obesità sono accessibili principalmente attraverso il mercato privato, creando una situazione in cui le fasce di popolazione più vulnerabili – che presentano spesso una maggiore prevalenza di obesità e comorbidità – risultano paradossalmente escluse dalle terapie più innovative. Senza politiche di rimborso e criteri di accesso equi, l'innovazione farmaceutica rischia di amplificare le disuguaglianze di salute anziché ridurle.

Alla luce di queste considerazioni, l'introduzione dei farmaci per l'obesità richiede una **governance multilivello**, capace di integrare valutazioni cliniche, economiche ed etiche. Le decisioni di policy devono basarsi su solide evidenze di efficacia e costo-efficacia, ma anche su una visione di lungo periodo orientata alla prevenzione e alla sostenibilità. In questo quadro, i farmaci possono rappresentare uno strumento prezioso, ma non autosufficiente, all'interno di strategie più ampie di contrasto alle malattie croniche non trasmissibili.

In conclusione, l'innovazione farmaceutica nell'obesità rappresenta una delle sfide più emblematiche per la sanità pubblica contemporanea. Essa mette in luce la tensione tra progresso terapeutico e sostenibilità dei sistemi sanitari, tra opportunità individuali e responsabilità collettive. Governare questa innovazione significa riconoscerne il valore clinico senza rinunciare a una visione sistemica della salute, in cui i farmaci sono parte di un approccio integrato che include prevenzione/promozione, politiche pubbliche e trasformazione degli ambienti di vita.

Equità e determinanti sociali

Il *weight management* rappresenta uno degli ambiti in cui le disuguaglianze sociali di salute si manifestano in modo più evidente e persistente. Numerose evidenze epidemiolo-

giche dimostrano come sovrappeso e obesità non si distribuiscano in maniera uniforme all'interno delle popolazioni, ma seguano un chiaro **gradiente socioeconomico**, colpendo in misura sproporzionata le fasce di popolazione con minore livello di istruzione, reddito e capitale sociale.

Questa distribuzione diseguale rende il *weight management* non soltanto un tema clinico o preventivo, ma una vera e propria **questione di equità e giustizia sanitaria**.

Dal punto di vista dei determinanti sociali della salute, il peso corporeo riflette l'interazione cumulativa di condizioni materiali, ambientali e culturali.



L'accesso a cibi sani e di qualità, la possibilità di svolgere attività fisica in ambienti sicuri, la disponibilità di tempo libero, la stabilità lavorativa e abitativa, così come il livello di alfabetizzazione sanitaria, sono tutti fattori che incidono profondamente sulla capacità degli individui di mantenere un peso corporeo adeguato. In contesti caratterizzati da deprivazione socioeconomica, tali risorse risultano spesso limitate, rendendo strutturalmente più difficile l'adozione di stili di vita salutari. In questo senso, il sovrappeso e l'obesità non possono essere interpretati come il risultato di scelte individuali isolate, ma come **esiti prevedibili di ambienti diseguali**. Quartieri privi di spazi verdi, sistemi di trasporto orientati all'uso dell'automobile, offerta alimentare dominata da prodotti a basso costo e alta densità calorica, condizioni di lavoro precarie e stressanti costituiscono un insieme di fattori che favoriscono l'aumento di peso nelle popolazioni più vulnerabili.

Il *weight management* diventa così uno specchio delle disuguaglianze strutturali

che attraversano le società contemporanee. Un ulteriore elemento critico riguarda il rapporto tra equità e accesso alle soluzioni offerte dalla *wellness economy*. Sebbene il mercato del benessere proponga un'ampia gamma di strumenti e servizi per il *weight management*, questi risultano spesso accessibili principalmente alle fasce di popolazione con maggiore capacità di spesa e più elevato livello di istruzione. Programmi personalizzati, tecnologie digitali avanzate, coaching nutrizionale e fitness specialistico tendono a concentrarsi nei contesti socioeconomici più favorevoli, rischiando di amplificare le disuguaglianze di salute anziché ridurle.

Dal punto di vista della sanità pubblica, questa dinamica solleva interrogativi cruciali. Se la prevenzione e del *weight management* si spostano progressivamente verso il mercato privato, senza un adeguato governo pubblico, il rischio è quello di una **prevenzione a due velocità**, in cui le popolazioni più avvantaggiate beneficiano di interventi precoci ed efficaci, mentre le fasce più vulnerabili continuano a essere intercettate solo in fase avanzata di malattia. Ciò contraddice i principi di universalità ed equità che costituiscono il fondamento dei sistemi sanitari pubblici.

La dimensione dell'equità riguarda anche lo **stigma associato al peso**, che rappresenta un determinante spesso sottovalutato ma profondamente rilevante. Le persone con sovrappeso o obesità sperimentano frequentemente forme di discriminazione in ambito sanitario, lavorativo e sociale, che possono tradursi in ritardo nell'accesso alle cure, scarsa aderenza ai percorsi terapeutici e peggioramento degli esiti di salute. Lo stigma non solo non favorisce il *weight management*, ma contribuisce a rafforzare meccanismi di esclusione e marginalizzazione, aggravando le disuguaglianze esistenti.

In una prospettiva di equità, il *weight management* deve quindi essere affrontato **come responsabilità collettiva** e non come fallimento individuale. Ciò implica un ripensamento delle politiche di prevenzione, orientato alla creazione di ambienti favorevoli alla salute (*health-enabling environments*), capaci di sostenere scelte salutari indipendentemente dalla condizione socioeconomica. Le politiche alimentari, urbanistiche, scolastiche e del lavoro assumono in questo contesto un ruolo centrale, poiché incidono direttamente sulle opportunità di mantenere un peso corporeo adeguato.

Un approccio equo al *weight management*

richiede inoltre l'integrazione tra sanità pubblica e welfare sociale. Interventi di prevenzione efficaci devono essere accompagnati da misure di contrasto alla povertà, di promozione dell'istruzione e di riduzione delle disuguaglianze territoriali. In assenza di tali misure, anche i programmi di prevenzione meglio progettati rischiano di produrre benefici limitati o di rafforzare il gradiente sociale della salute.

Infine, la questione dell'equità nel *weight management* si estende alle dimensioni globali e ambientali. I modelli alimentari e produttivi che favoriscono l'aumento di peso nelle popolazioni più vulnerabili sono spesso gli stessi che contribuiscono al degrado ambientale e al cambiamento climatico. In questa prospettiva, il *weight management* si colloca all'interno di una visione più ampia della **salute planetaria**, in cui la giustizia sociale, la sostenibilità ambientale e la salute umana risultano profondamente interconnesse.

In conclusione, affrontare il *weight management* in una prospettiva di equità significa riconoscerla tra i principali terreni di confronto per le politiche di sanità pubblica del XXI secolo. Il *weight management* non è solo una questione di prevenzione delle malattie croniche, ma un indicatore della capacità delle società di garantire condizioni di vita eque e salutari per tutti. Integrare l'equità nelle strategie di *weight management* rappresenta quindi una condizione essenziale per costruire sistemi sanitari sostenibili, inclusivi e orientati alla salute delle popolazioni nel lungo periodo.

Wellness e obiettivi di sviluppo sostenibile

In quest'ultima ottica il *wellness* può intercettare (e sostenere in modo molto concreto) diversi obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) proposti dalle Nazioni Unite per il 2030 perché lavora sul benessere delle persone, delle comunità e anche dell'ambiente. Non è solo "star bene", ma un vero motore di sviluppo sostenibile. Le politiche di *wellness* possono contribuire a raggiungere alcuni obiettivi di sviluppo sostenibile:

- **SDG 3** ► Salute e benessere. Il *wellness*, così come descritto nel presente documento, si pone l'obiettivo del contrasto a sovrappeso e obesità (sia nella prevenzione sia nel trattamento) e, di conseguenza, alle malattie croniche non trasmissibili.
- **SDG 4** ► Istruzione di qualità. Il *wellness* passa anche da educazione alla salute, consapevolezza del corpo e delle emozioni e formazione su abitudini sane e sostenibili. Le persone più informate fanno scelte migliori per sé e per la società.

- **SDG 5** ► Uguaglianza di genere. I progetti di *wellness* sono leve di equità sociale favorendo l'empowerment femminile, creando spazi sicuri di cura e lavoro, valorizzando la leadership femminile.
- **SDG 8** ► Lavoro dignitoso e crescita economica. La *wellness economy* genera nuovi lavori (salute, sport, turismo, cura, tech), ambienti di lavoro più sani, maggiore produttività e minore burnout.
- **SDG 9** ► Imprese, innovazione e infrastrutture. I programmi di *wellness* stimolano l'innovazione sociale, riducono la pressione su welfare e sanità, favorendo una maggiore resilienza dei sistemi sanitari.
- **SDG 10** ► Ridurre le disuguaglianze. Il *wellness*, così come descritto nel presente documento, pone l'attenzione alle disuguaglianze culturali, sociali ed economiche che caratterizzano la prevalenza di sovrappeso e obesità.
- **SDG 11** ► Città e comunità sostenibili. Il *wellness* urbano rafforza le comunità locali includendo spazi verdi, mobilità attiva, servizi di prossimità per la salute. In definitiva città pensate per le persone, e, nello specifico, per il contrasto a sovrappeso e obesità.
- **SDG 12** ► Consumo e produzione responsabili. Il *wellness* presuppone prodotti naturali e tracciabili, filiere etiche, meno sprechi.

- **SDG 13** ► Lotta al cambiamento climatico. Un *wellness* evoluto promuove una maggiore connessione con la natura, incoraggia stili di vita a basso impatto ambientale e integra turismo lento e rigenerativo
- **SDG 15** ► Vita sulla terra. Il *wellness* contribuisce ad una maggiore protezione degli ecosistemi terrestri (tutela dell'ambiente e biodiversità) sviluppando il concetto di sostenibilità nelle sue diverse dimensioni: culturale, sociale, economica, ambientale e di salute.

In definitiva il *wellness* può rappresentare uno strumento trasversale per gli SDG, un ponte tra salute, economia e sostenibilità, parlando con un linguaggio universale a istituzioni, imprese e cittadini.

Urban health, wellness e weight management: la città come determinante strutturale di salute

La salute urbana (*urban health*) rappresenta oggi uno dei campi più rilevanti e dinamici della sanità pubblica, in quanto concentra in modo particolarmente evidente le interazioni tra determinanti sociali, ambientali, economici e comportamentali della salute. Oltre il 55% della popolazione mondiale vive attualmente in contesti urbani, con





una quota destinata a crescere nei prossimi decenni. Le città sono quindi il principale spazio in cui si producono, si amplificano o si riducono le disuguaglianze di salute, e costituiscono un laboratorio privilegiato per l'analisi del *weight management* e del benessere collettivo.

In ambito urbano, il *weight management* non può essere interpretata come il semplice esito di scelte individuali, ma come il risultato di **assetti strutturali** che modellano quotidianamente i comportamenti. L'organizzazione degli spazi, la qualità dell'ambiente costruito, l'accessibilità ai servizi, la distribuzione dell'offerta alimentare e le condizioni di lavoro e di mobilità influenzano direttamente la possibilità di adottare stili di vita salutari. In questo senso, la città agisce come un **determinante di salute a pieno titolo**, capace di favorire o ostacolare la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità.

Uno degli elementi più rilevanti dell'urban health è costituito dalla progettazione urbana e dalla mobilità. Città orientate all'automobile, caratterizzate da sprawl urbano, carenza di spazi verdi e scarsa sicurezza pedonale, tendono a favorire comportamenti sedentari e a ridurre le opportunità di attività fisica quotidiana. Al contrario, contesti urbani compatti, dotati di infrastrutture per la mobilità attiva e di spazi pubblici accessibili, facilitano il movimento spontaneo e integrano l'attività fisica nella vita quotidiana, contribuendo in modo

significativo al *weight management* e alla salute metabolica.

Parallelamente, l'ambiente alimentare urbano rappresenta un determinante cruciale del *weight management*. La concentrazione di esercizi di ristorazione veloce, la diffusione di alimenti ultraprocesati e la scarsa accessibilità economica e geografica a cibi freschi e nutrienti configurano veri e propri **ambienti obesogenici**, soprattutto nei quartieri a maggiore deprivazione socioeconomica. In questi contesti, le scelte alimentari risultano fortemente vincolate, rendendo strutturalmente più difficile il mantenimento di un peso corporeo adeguato.

La salute urbana è inoltre profondamente influenzata dalla qualità dell'ambiente fisico. Inquinamento atmosferico, rumore, isole di calore urbane e carenza di spazi verdi non solo incidono direttamente sugli esiti di salute cardiovascolare e respiratoria, ma contribuiscono anche allo stress cronico, alla riduzione dell'attività fisica e al peggioramento dei comportamenti alimentari. Questi fattori ambientali interagiscono con le condizioni socioeconomiche, amplificando le disuguaglianze di salute e rendendo il *weight management* una sfida particolarmente complessa nelle aree urbane più vulnerabili.

In questo quadro, la *wellness economy* assume una configurazione specificamente urbana. Palestre, servizi di fitness, program-

mi di nutrizione, soluzioni digitali e spazi dedicati al benessere si concentrano prevalentemente nelle città, intercettando una domanda crescente di salute preventiva. Tuttavia, tale offerta risulta spesso distribuita in modo diseguale, privilegiando i quartieri più centrali e benestanti. Senza una governance pubblica adeguata, la *wellness economy* in ambito urbano rischia di diventare un fattore di ulteriore polarizzazione, anziché uno strumento di riduzione delle disuguaglianze.

Dal punto di vista della sanità pubblica, l'urban health offre un'opportunità strategica per integrare politiche di *weight management*, di prevenzione delle malattie croniche e di promozione del benessere. Le città dispongono infatti di leve di intervento dirette su molti determinanti di salute: pianificazione urbana, regolazione dell'offerta alimentare, politiche di mobilità, progettazione degli spazi pubblici e servizi di prossimità. In questo senso, le politiche urbane possono diventare politiche sanitarie implicite, con un impatto significativo sugli esiti di salute della popolazione.

Un approccio di urban health orientato alla *weight management* richiede quindi un **integrazione strutturale tra sanità e governo urbano**. Ciò implica il coinvolgimento delle amministrazioni locali, dei servizi sanitari territoriali e degli attori della comunità nella co-progettazione di interventi

che rendano le città ambienti favorevoli alla salute. Programmi di rigenerazione urbana, investimenti in spazi verdi, politiche per la mobilità attiva e iniziative di food policy urbana rappresentano strumenti chiave per incidere in modo sistemico sulla prevenzione del sovrappeso e dell'obesità.

In una prospettiva più ampia, l'urban health si colloca all'intersezione tra *weight management* e **salute planetaria**. Le scelte urbane che favoriscono la mobilità attiva, la riduzione del traffico e l'accesso a diete sostenibili contribuiscono simultaneamente alla salute delle persone e alla riduzione dell'impatto ambientale. In questo senso, la città diventa uno spazio privilegiato per tradurre i principi della planetary health in pratiche concrete, capaci di migliorare il benessere umano nel rispetto dei limiti ecologici.

In conclusione, l'urban health rappresenta una dimensione imprescindibile per comprendere e governare il *weight management* nel contesto contemporaneo. Riconoscere la città come determinante strutturale di salute significa spostare l'attenzione dal singolo individuo agli ambienti di vita, valorizzando il potenziale delle politiche urbane come strumenti di prevenzione e promozione del benessere. Integrare urban health, *wellness economy* e *weight management* costituisce

quindi una delle sfide più promettenti – e necessarie – per la sanità pubblica del XXI secolo.

Wellness, weight management e planetary health: un approccio integrato alla salute dei sistemi umani e ambientali

La crescente centralità del *weight management* all'interno della *wellness economy* non può essere compresa pienamente senza collocarla in una prospettiva più ampia di **planetary health**, che considera la salute umana come inseparabile dallo stato degli ecosistemi naturali e dai modelli di sviluppo economico e sociale. In questa chiave, il *weight management* non rappresenta soltanto una risposta a un problema sanitario individuale o collettivo, ma diventa un indicatore e, al tempo stesso, una leva di trasformazione dei sistemi alimentari, produttivi e ambientali che plasmano la salute delle popolazioni.

I modelli alimentari e di consumo che contribuiscono all'aumento globale di sovrappeso e obesità sono strettamente intrecciati con le stesse dinamiche che alimentano il degrado ambientale, il cambiamento climatico e la perdita di biodiversità. La diffusione di diete a basso costo ad alta densità calorica, ricche di

alimenti ultra-processati e di origine animale, è associata non solo a un peggioramento degli indicatori di salute metabolica, ma anche a un elevato impatto ambientale in termini di emissioni di gas serra, consumo di suolo, energia e risorse idriche. In questo senso, il peso corporeo medio delle popolazioni diventa un **segnale sentinella** di squilibri sistemici che attraversano e contemporaneamente la sfera sanitaria ed ecologica.

La *wellness economy*, nel suo orientamento crescente verso la prevenzione e la salute metabolica, si colloca dunque in un punto di intersezione critico tra benessere individuale e sostenibilità planetaria. Da un lato, essa intercetta una domanda diffusa di stili di vita più sani; dall'altro, rischia di riprodurre modelli di consumo ad alta intensità di risorse, se non guidata da una visione sistemica. La sfida per le politiche di sanità pubblica consiste nel **allineare gli obiettivi di weight management con quelli della planetary health**, evitando soluzioni che migliorano la salute individuale a scapito dell'ambiente.

In questa prospettiva, il *weight management* può essere reinterpretata come un **ponte concettuale** tra prevenzione delle malattie croniche e transizione ecologica. Diete equilibrate, basate su un maggiore consumo di alimenti vegetali, stagionali e poco processati, sono associate a migliori esiti di salute metabolica



e, al contempo, a una riduzione dell'impatto ambientale dei sistemi alimentari e alla valorizzazione socio-culturale dei territori. Analogamente, la promozione della mobilità attiva – camminare, andare in bicicletta, ridurre la dipendenza dall'automobile – contribuisce sia alla prevenzione del sovrappeso sia alla riduzione delle emissioni e dell'inquinamento urbano. In questo senso, molte delle azioni raccomandate per la *weight management* coincidono con interventi chiave per la tutela della salute planetaria.

Tuttavia, l'integrazione tra *weight management* e *planetary health* non può essere affidata esclusivamente alla responsabilità individuale. I comportamenti alimentari e di mobilità sono fortemente condizionati dalle infrastrutture, dalle politiche e dagli incentivi economici. Ambienti urbani progettati per l'uso dell'automobile, sistemi alimentari orientati alla produzione intensiva e politiche agricole che privilegiano quantità e rendimento a scapito della qualità nutrizionale rendono strutturalmente difficile adottare stili di vita salutari e sostenibili. In questo contesto, il *weight management* diventa una **questione di governance dei sistemi**, più che di scelta personale.

Un ulteriore elemento di connessione tra *weight management* e *planetary health* riguarda le disuguaglianze globali. Le popolazioni più vulnerabili sono spesso esposte simultaneamente a diete di bassa qualità nutrizionale, a condizioni ambientali degradate e a un accesso limitato ai servizi di prevenzione e cura. Paradossalmente, le stesse comunità che contribuiscono meno al cambiamento climatico sono spesso quelle che ne subiscono maggiormente le conseguenze in termini di insicurezza alimentare, stress ambientale e peggioramento degli indicatori di salute. In questa prospettiva, il *weight management* assume una dimensione di **giustizia globale**, che richiede politiche capaci di affrontare congiuntamente salute, ambiente ed equità.

La *wellness economy* può svolgere un ruolo ambivalente in questo scenario. Se orientata esclusivamente al consumo individuale, rischia di rafforzare modelli di benessere insostenibili e diseguali. Se invece guidata da politiche pubbliche coerenti, può diventare uno strumento per accelerare la transizione verso stili di vita più sani e sostenibili. Programmi di *wellness* integrati, che promuovono un'alimentazione sana, l'attività fisica e la consapevolezza ambientale, possono contribuire a diffondere una cultura del benessere compatibile con i limiti planetari.

Dal punto di vista della sanità pubblica, integrare la *planetary health* nel *weight management* significa ampliare l'orizzonte della prevenzione, spostandolo da una logica esclusivamente sanitaria a una visione sistemica

del benessere. Ciò implica che le politiche di *weight management* non debbano essere valutate solo in termini di riduzione dell'indice di massa corporea o dell'incidenza delle NCDs, ma anche in base al loro impatto ambientale e sociale. In questa chiave, il *weight management* diventa una leva strategica per promuovere modelli di sviluppo più sostenibili, capaci di migliorare al contempo la salute delle persone e quella del pianeta.

In conclusione, il legame tra *wellness*, *weight management* e *planetary health* evidenzia che la salute non può più essere affrontata in compartimenti stagni. Il *weight management* costituisce uno degli snodi più concreti e operativi per tradurre il concetto di salute planetaria in politiche e pratiche quotidiane. Riconoscerne il valore sistemico significa utilizzare la prevenzione delle malattie croniche come occasione per ripensare i modelli alimentari, urbani e produttivi in una prospettiva di lungo periodo, orientata alla sostenibilità, all'equità e al benessere collettivo.

Raccomandazioni di policy: governare la *wellness economy* per la salute pubblica

La crescente rilevanza della *wellness economy* e il ruolo centrale del *weight management* impongono un ripensamento profondo delle politiche sanitarie, che non può limitarsi a interventi settoriali o sperimentali. Le raccoman-

dazioni di policy che emergono da questa analisi si collocano su più livelli – locale, nazionale e globale – e richiedono un approccio integrato, orientato agli esiti di salute, all'equità e alla sostenibilità di lungo periodo.

1 ► Integrare il *weight management* nei piani strutturali di prevenzione

Il *weight management* dovrebbe essere riconosciuto formalmente come **asse strategico dei piani nazionali e regionali di prevenzione**, al pari di altri determinanti chiave delle malattie croniche non trasmissibili. Ciò implica superare una visione frammentata, in cui il *weight management* è affidato a singoli programmi o campagne temporanee, per inserirla stabilmente nella programmazione sanitaria ordinaria.

Le politiche di prevenzione dovrebbero adottare un approccio *life-course*, intervenendo precocemente nelle fasi della vita più sensibili – infanzia, adolescenza e transizioni critiche – e garantendo la continuità degli interventi lungo tutto l'arco dell'esistenza. In questo quadro, la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità non può essere disgiunta da politiche educative, familiari e sociali.

2 ► Promuovere politiche intersettoriali orientate agli ambienti favorevoli alla salute

Una gestione efficace ed equa del peso richiede la creazione di **ambienti favorevoli alla**



salute, in cui le scelte salutari diventino le più facili, accessibili e sostenibili. Le politiche sanitarie devono quindi dialogare in modo strutturato con altri settori chiave: urbanistica, mobilità, alimentazione, lavoro, istruzione e welfare sociale.

In particolare, risultano centrali:

- politiche alimentari che migliorino l'accessibilità economica e geografica a modelli alimentari sani e sostenibili;
- progettazione urbana orientata alla mobilità attiva e alla sicurezza degli spazi pubblici;
- politiche del lavoro che riducano stress cronico, precarietà e carichi temporali incompatibili con la cura della salute.

Questo approccio intersettoriale rappresenta una delle leve più potenti per ridurre le disuguaglianze di peso e di salute.

3 ► Governare l'integrazione tra *wellness economy* e sistemi sanitari

La *wellness economy* deve essere riconosciuta come un attore rilevante del sistema di salute, ma non lasciata a una crescita spontanea e non regolata. Le istituzioni pubbliche dovrebbero definire **cornici di governance chiare**, capaci di orientare l'innovazione verso obiettivi di salute pubblica.

Ciò include:

- criteri di validazione scientifica e valutazione degli esiti degli strumenti di *wellness*;
- integrazione dei servizi di benessere nei percorsi di prevenzione e cura territoriali;

- interoperabilità dei dati e tutela della privacy;
- meccanismi di inclusione per le fasce di popolazione più vulnerabili.

In questo modo, la *wellness economy* può diventare un alleato dei sistemi sanitari, anziché un fattore di frammentazione.

4 ► Definire criteri chiari per l'uso appropriato delle terapie farmacologiche

Le politiche sanitarie devono stabilire criteri rigorosi di **appropriatezza prescrittiva** per i farmaci destinati alla gestione dell'obesità e del sovrappeso, basati su evidenze cliniche, valutazioni di costo-efficacia e considerazioni di equità. L'accesso alle terapie innovative dovrebbe essere garantito prioritariamente ai gruppi ad alto rischio, all'interno di percorsi integrati che includano prevenzione, supporto comportamentale e follow-up.

L'uso dei farmaci non deve sostituire le politiche di prevenzione strutturale, ma affiancarle, evitando il rischio di una medicalizzazione eccessiva che sposti l'attenzione dalle determinanti psicosociali e ambientali della salute.

5 ► Contrastare lo stigma e rafforzare l'equità

Le strategie di *weight management* devono includere esplicitamente azioni di contrasto allo **stigma associato al peso**, che rappresenta una barriera significativa all'accesso alle cure e alla prevenzione. La comunicazione istituzionale, la formazione degli operatori sanitari e la

progettazione degli interventi devono adottare un linguaggio non colpevolizzante e rispettoso della complessità del fenomeno.

Parallelamente, è necessario investire nell'alfabetizzazione sanitaria e digitale per ridurre il divario di accesso alle informazioni e alle opportunità offerte dalla prevenzione.

Conclusioni

Questo paper ha analizzato il *weight management* come asse strategico della *wellness economy* e come infrastruttura emergente di sanità pubblica, collocandola all'interno delle trasformazioni epidemiologiche, economiche e sociali che caratterizzano le società contemporanee. L'analisi evidenzia come il *weight management* non possa più essere interpretata come una questione marginale o esclusivamente individuale, ma come un fenomeno sistemico che riflette il funzionamento complessivo dei sistemi di welfare, dei mercati e degli ambienti di vita.

Uno dei principali contributi di questa discussione consiste nel superamento del paradigma individuale, che ha a lungo dominato le politiche di *weight management*. Le evidenze presentate mostrano come il peso corporeo sia fortemente influenzato da determinanti strutturali – sociali, ambientali ed economici – che rendono inefficaci e inique le strategie basate esclusivamente sulla responsabilizzazione del singolo. In questa prospettiva, il *weight management* diventa una responsabilità collettiva, che richiede politiche intersettoriali e un ripensamento dei contesti in cui le persone vivono, lavorano e si muovono.

La *wellness economy* emerge come un attore ambivalente in questo processo. Da un lato, essa intercetta una domanda crescente di prevenzione, promozione delle risorse individuali e collettive, personalizzazione e continuità, offrendo strumenti potenzialmente utili per anticipare l'intervento sanitario e rafforzare l'engagement delle persone. Dall'altro, senza una governance pubblica adeguata, rischia di amplificare le disuguaglianze di salute e di produrre percorsi paralleli, frammentati e non sempre basati su evidenze scientifiche. La sfida per la sanità pubblica non è quindi opporsi alla *wellness economy*, ma governarne l'integrazione in modo coerente con i principi di equità, universalità e appropriatezza.

Particolarmente rilevante è il ruolo dell'innovazione farmacologica, che apre nuove possibilità terapeutiche ma solleva interrogativi cruciali in termini di sostenibilità e giustizia sanitaria. I farmaci per l'obesità rappresentano un'opportunità clinica importante per specifici gruppi di popolazione, ma non possono essere considerati una soluzione universale. La loro integrazione nelle politiche sanitarie richiede criteri chiari, valutazioni rigorose di costo-ef-



ficacia e un forte ancoraggio alle strategie di prevenzione strutturale.

Nel complesso, l'analisi suggerisce che il **weight management** costituisce un **punto di osservazione privilegiato** per comprendere le tensioni e le opportunità che attraversano i sistemi sanitari contemporanei: tra pubblico e privato, tra prevenzione e cura, tra responsabilità individuale e collettiva. In una prospettiva di salute planetaria, tali tensioni si amplificano ulteriormente, poiché i modelli alimentari, produttivi e di consumo che influenzano il peso corporeo sono gli stessi che incidono sulla sostenibilità ambientale e sulle disuguaglianze globali.

In conclusione, il **weight management** può e deve essere considerata una leva strategica per ripensare le politiche di sanità pubblica del XXI secolo. Governare la **wellness economy**, integrare l'innovazione in modo equo e investire in ambienti favorevoli alla salute rappresentano scelte politiche fondamentali per affrontare la crisi delle malattie croniche e costruire sistemi sanitari più sostenibili, inclusivi e orientati al benessere delle popolazioni nel lungo periodo.

Nota finale

Il presente policy paper è il risultato di un lavoro multidisciplinare e partecipato, sviluppato attraverso il contributo delle competenze specifiche di **esperti, enti, istituti e fondazioni di ricerca, società scientifiche e università**, che si sono riuniti con l'obiettivo di analizzare in modo integrato le implicazioni sanitarie, economiche e sociali del **weight management** nel contesto della **wellness economy**. Il confronto tra saperi clinici, epidemiologici, economici e di sanità pubblica ha consentito di adottare una prospettiva sistemica, orientata non solo alla descrizione del fenomeno, ma alla definizione di **chiavi di lettura utili per le politiche pubbliche**, in grado di coniugare prevenzione, equità e sostenibilità dei sistemi sanitari.

L'approccio adottato riflette la convinzione che le sfide poste dalla transizione epidemiologica, dall'aumento delle malattie croniche non trasmissibili e dalla crescente rilevanza della **wellness economy** richiedano **risposte condivise, basate sull'evidenza scientifica e su un dialogo strutturato tra mondo accademico, società scientifiche e decisori pubblici**. In questa prospettiva, il documento intende contribuire al dibattito sulle politiche di sanità pubblica, offrendo un quadro di riferimento utile per orientare strategie di intervento multilivello e di lungo periodo.

Bibliografia

1. Abood RA, et al. Epidemiology of different types of cancers reported in Basra, Iraq. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2020;20(3):e295-e300. doi:10.18295/squ-mj.2020.20.03.008
2. Afshin A, et al. Health effects of overweight and obesity in 195 countries. *N Engl J Med*. 2017;377:13-27.
3. Beard J, Freeman D, Velasco K, et al. Racism as a public health issue in environmental health disparities and environmental justice: working toward solutions. *Environ Health*. 2024;23:52. doi:10.1186/s12940-024-01052-8
4. Bommer C, et al. Diabetes and climate change: current evidence and implications. *Diabetologia*. 2023;66(12):2215-2226. doi:10.1007/s00125-023-05901-y
5. Bullard RD, Wright BH. Environmental justice for all: community perspectives on health and research. *Toxicol Ind Health*. 1993;9(5):821-841. doi:10.1177/074823379300900508
6. Byun HM, et al. Effects of air pollution and blood mitochondrial DNA methylation on markers of heart rate variability. *J Am Heart Assoc*. 2016;5(4):e003218. doi:10.1161/JAHA.116.003218
7. Chamorro-García R, et al. Ancestral perinatal obesogen exposure results in a transgenerational thrifty phenotype in mice. *Nat Commun*. 2017;8:2012. doi:10.1038/s41467-017-01944-z
8. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *BMJ*. 2006;332(7540):521-525. doi:10.1136/bmj.38693.435301.80
9. Dermiri S, Berry EM, Serra-Majem L, et al. Med Diet 4.0: the Mediterranean diet with four sustainable benefits. *Public Health Nutr*. 2017;20(7):1322-1330. doi:10.1017/S1368980016003177
10. FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World. FAO; 2023.
11. Fazzo L, et al. The health impact of hazardous waste landfills and illegal dumps contaminated sites: an epidemiological study at ecological level in Italian region. *Front Public Health*. 2023;11:996960. doi:10.3389/fpubh.2023.996960
12. Friel S, et al. Climate change, noncommunicable diseases, and the global food system. *Lancet*. 2015;386(10007):2028-2035.
13. Fuller R, Landrigan PJ, et al. Pollution and health: a progress update. *Lancet Planet Health*. 2022;6(6):e535-e547. doi:10.1016/S2542-5196(22)00090-0
14. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition. Future Food Systems: For people, our planet, and prosperity. 2020.
15. Global Wellness Institute. Global Wellness Economy Monitor. 2024.
16. Global Wellness Institute. Global Wellness Economy Monitor. 2025.
17. Godfrey KM, et al. Programming of weight and obesity across the life course by the maternal metabolic exposome: a systematic review. *Curr Obes Rep*. 2021;10(2):112-123. doi:10.1007/s13679-021-00434-0
18. González CG. The right to a healthy environment and the Global South. *AJIL Unbound*. 2023;117:176-181. doi:10.1017/aju.2023.26
19. Gore AC, et al. EDC-2: The Endocrine Society's second scientific statement on endocrine-disrupting chemicals. *Endocr Rev*. 2015;36(6):E1-E150. doi:10.1210/er.2015-1010
20. Grün F, Blumberg B. Environmental obesogens: organotins and endocrine disruption via nuclear receptor signaling. *Endocrinology*. 2006;147(6 Suppl):S50-S55. doi:10.1210/en.2005-1129
21. Haines A, et al. Health co-benefits of climate change mitigation. *Lancet*. 2009;374(9707):2104-2114.
22. Heindel JJ, Blumberg B. Environmental obesogens: mechanisms and controversies. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2019;59:89-106. doi:10.1146/annurev-pharmtox-010818-021304
23. Herbstman JB, et al. Prenatal exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons, benzo[a]pyrene-DNA adducts, and genomic DNA methylation in cord blood. *Environ Health Perspect*. 2012;120(5):733-738. doi:10.1289/ehp.1104056
24. IPCC. Climate Change 2023: Synthesis Report. Intergovernmental Panel on Climate Change; 2023.
25. Jerrett M, et al. Traffic-related air pollution and obesity formation in children: a longitudinal, multilevel analysis. *Environ Health*. 2014;13:49. doi:10.1186/1476-069X-13-49
26. King SE, Skinner MK. Epigenetic transgenerational inheritance of obesity susceptibility. *Trends Endocrinol Metab*. 2020;31(7):478-494. doi:10.1016/j.tem.2020.02.009
27. Korolenko AA, Noll SE, Skinner MK. Epigenetic inheritance and transgenerational environmental justice. *Yale J Biol Med*. 2023;96(2):241-250. doi:10.59249/FKWS5176
28. Landrigan PJ, Fuller R, et al. The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet*. 2018;391(10119):462-512. doi:10.1016/S0140-6736(17)32345-0
29. Lowe R, et al. The planetary health framework: A scoping review. *Lancet Planet Health*. 2020;4(10):e473-e485.
30. Maître L, et al. Early-life environmental exposures and childhood obesity: an exposome-wide approach. *Environ Health Perspect*. 2020;128(6):067009. doi:10.1289/EHP5975
31. Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. Bloomsbury; 2015.
32. Marmot M, Allen J. Social determinants of health equity. *Am J Public Health*. 2014;104(S4):S517-S519.
33. McKinsey & Company. The future takes shape: Five dimensions of tomorrow's wellness economy. 2024.
34. Mohai P, Pellow DR, Roberts JT. Environmental justice. *Annu Rev Environ Resour*. 2009;34:405-430. doi:10.1146/annurev-environ-082508-094348
35. Mohai P, Saha R. Which came first, people or pollution? Assessing the disparate siting and post-siting demographic change hypotheses of environmental injustice. *Environ Res Lett*. 2015;10(11):115008. doi:10.1088/1748-9326/10/11/115008
36. Morgan EAJ, et al. Scoping existing national policy recognition of future generations: prospects for future global climate justice. *Global Policy*. 2025;16(1):e70007. doi:10.1111/1758-5899.70007
37. Muzzioli L, Poggiogalle E, Donini LM, Pinto A. How to communicate the healthiness and sustainability of foods to consumers? *Proc Natl Acad Sci USA*. 2023;120(17):e2301875120. doi:10.1073/pnas.2301875120
38. OECD. Healthy People, Healthy Planet: The Role of Health Systems in Promoting Sustainable Lifestyles. OECD Publishing; 2022.
39. OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. OECD Publishing; 2019.
40. Pecorelli S, Lucchini R, Lambertini L, Novelli G. Fathers matter too: sperm-borne epigenetic messages link paternal exposures to next-generation health. *Nature Reviews Urology*. 2023;19(1):1-11. doi:10.1038/s41585-023-00422-z
41. Perera F, et al. Relation of DNA methylation of 5' -CpG island of ACSL3 to transplacental exposure to airborne polycyclic aromatic hydrocarbons and childhood asthma. *PLoS ONE*. 2009;4(4):e4488. doi:10.1371/journal.pone.0004488
42. Pesaresi M, et al. Association between air pollution and type II diabetes in Italy. *Sci Rep*. 2025;15:1322. doi:10.1038/s41598-025-85496-3
43. Peterson A, Charles V, Yeung D, Coyle K. The health equity framework: a science- and justice-based model for public health researchers and practitioners. *Health Promot Pract*. 2021;22(6):741-746. doi:10.1177/1524839920950730
44. Popkin BM. Nutrition transition and the global diabetes epidemic. *Curr Diab Rep*. 2015;15:64.
45. Porta D, et al. Systematic review of epidemiological studies on health effects associated with management of solid waste. *Environ Health*. 2009;8:60. doi:10.1186/1476-069X-8-60
46. Pratt GC, et al. An applied environmental justice framework for exposure science. *J Expo Sci Environ Epidemiol*. 2023;33:1-11. doi:10.1038/s41370-022-00422-z
47. Rajagopalan S, Al-Kindi SG, Brook RD. Air pollution and cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(17):2054-2070. doi:10.1016/j.jacc.2018.07.099
48. Rockström J, et al. Planetary boundaries: Exploring the safe operating space for humanity. *Ecol Soc*. 2009;14(2):32.
49. Rutter H, et al. The need for a complex systems model of

evidence for public health. *Lancet*. 2017;390(10112):2602-2604.

50. Serra F. *Salute Planetaria. Riflessioni per un futuro sostenibile*. Planetary Health Inner Circle; 2025.

51. Serra-Majem L, Tomaino L, Dernini S, et al. Updating the Mediterranean Diet Pyramid towards Sustainability: Focus on Environmental Concerns. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):8758. doi:10.3390/ijerph17238758

52. Skinner MK, et al. Dioxin (TCDD) induces epigenetic transgenerational inheritance of adult onset disease and sperm epimutations. *PLoS ONE*. 2012;7(9):e46249. doi:10.1371/journal.pone.0046249

53. Skinner MK, et al. Epigenetic transgenerational actions of environmental factors in disease etiology. *Trends Endocrinol Metab*. 2013;24(12):627-633. doi:10.1016/j.tem.2013.07.009

54. Springmann M, et al. Estimating the health and environmental impact of the food system within environmental limits. *Nature*. 2018;562:519-525. doi:10.1038/s41586-018-0594-0

55. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med*. 1999;29(6):563-570. doi:10.1006/pmed.1999.0585

56. Swinburn BA, et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019;393(10173):791-846. doi:10.1016/S0140-6736(18)32822-8

57. Tilman D, Clark M. Global diets link environmental sustainability and human health. *Nature*. 2014;515:518-522. doi:10.1038/nature13959

58. Trasande L, et al. Estimating burden and disease costs of exposure to endocrine-disrupting chemicals in the European Union. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(4):1245-1255. doi:10.1210/jc.2014-4324

59. Ukhurebor KE, et al. Environmental influence of gas flaring: perspective from the Niger Delta Region of Nigeria. *Geofluids*. 2024;2024:1321022. doi:10.1155/2024/1321022

60. United Nations Environment Programme. *Food Waste Index Report*. UNEP; 2021.

61. Warner M, et al. Diabetes, metabolic syndrome, and obesity in relation to serum dioxin concentrations: the Seveso Women's Health Study. *Environ Health Perspect*. 2013;121(8):906-911. doi:10.1289/ehp.1206113

62. Wei Y, et al. Chronic exposure to air pollution particles increases the risk of obesity and metabolic syndrome. *FASEB J*. 2016;30(6):2115-2122. doi:10.1096/fj.201500142

63. Weiss EB. In *Fairness to Future Generations: International Law, Common Patrimony, and Intergenerational Equity*. Transnational Publishers; 1989.

64. Whitmee S, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of the Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet*. 2015;386(10007):1973-2028. doi:10.1016/S0140-6736(15)60901-1

65. Wilding JPH, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med*. 2021;384(11):989-1002. doi:10.1056/NEJMoa2032183

66. Winter CJ. Subjects of intergenerational justice: indigenous philosophy, the environment and relationships. *Environ Politics*. 2025;34(2):209-228. doi:10.1080/09644016.2024.2376941

67. Willett W, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*. 2019;393(10170):447-492. doi:10.1016/S0140-6736(18)31788-4

68. World Bank. *Global Gas Flaring Tracker Report 2024*. World Bank Group; 2024.

69. World Health Organization. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. WHO Technical Report Series 916; 2003.

70. World Health Organization. *WHO Manifesto for a Healthy Recovery from COVID-19*. WHO; 2020.

71. World Health Organization. *Noncommunicable diseases*. WHO; 2022.

72. World Health Organization. *Obesity and overweight*. WHO; 2023.

73. World Health Organization. *Urban green spaces and health*. WHO Regional Office for Europe; 2016.

74. World Health Organization. *Sustainable Development Goals (SDGs)*. WHO; 2025.



Appendice 1

Weight Management & Wellness Economy

Analisi Strategica Integrata in Quattro Focus On

Introduzione

Il *weight management* e la *wellness economy* rappresentano oggi uno dei nodi più complessi e strategici per la sanità pubblica contemporanea. Non si tratta esclusivamente di uno stile di vita o di una questione individuale, ma di un fenomeno sistemico che coinvolge sostenibilità economica, governance sanitaria, scienza clinica, equità sociale e comunicazione pubblica. Questo documento integra quattro prospettive complementari – quattro **Focus On** – per offrire una lettura multidimensionale del problema:

1 ► Politico-economica e di governance sanitaria

2 ► Clinico-scientifica

3 ► Socio-sanitaria

4 ► Comunicativa e culturale

Solo attraverso l'integrazione di queste dimensioni è possibile comprendere il *weight management* come leva strutturale di salute pubblica e sviluppo sostenibile.

FOCUS ON 1

Visione Politico-Economica e di Governance Sanitaria

Sostenibilità del welfare e responsabilità pubblica

Federico Serra, Lamberto Bertolè, Annalisa Calabrò, Giovanni Capelli, Stefano Capolongo, Francesco Caroli, Annamaria Colao, Roberta Cialesi, Fabrizio d'Alba, Stefano da Empoli, Antonio Gaudioso, Luciano Grasso, Ranieri Guerra, Guido Liris, Simona Loizzo, Mario Occhiuto, Fausto Orsomaso, Thomas Osborn, Fabio Pagliara, Roberto Pella, Giuseppe Quintavalle, Roberta Siliquini, Carlo Signorelli, Daniela Sbrillini, Chiara Spinato, Walter Ricciardi, Ketty Vaccaro, Leonardo Villani, Deborah Visconti, Andrea Lenzi

Il *weight management* è oggi un determinante chiave della sostenibilità dei sistemi sanitari. Sovrappeso e obesità rappresentano uno dei principali driver delle malattie croniche non trasmissibili (NCDs), tra cui diabete tipo 2, patologie cardiovascolari, sindrome metabolica e alcune neoplasie. Queste condizioni assorbono una quota crescente della spesa sanitaria pubblica e generano costi indiretti rilevanti in termini di perdita di produttività, invalidità e riduzione degli anni di vita in buona salute. In questa prospettiva, la prevenzione metabolica non è soltanto una strategia sanitaria, ma una **politica economica strutturale**.

Impatto economico

Il peso economico si articola su tre livelli:

- **Costi diretti sanitari:** ricoveri, farmaci, gestione delle complicanze.
- **Costi indiretti:** assenteismo, ridotta produttività, pensionamenti anticipati.

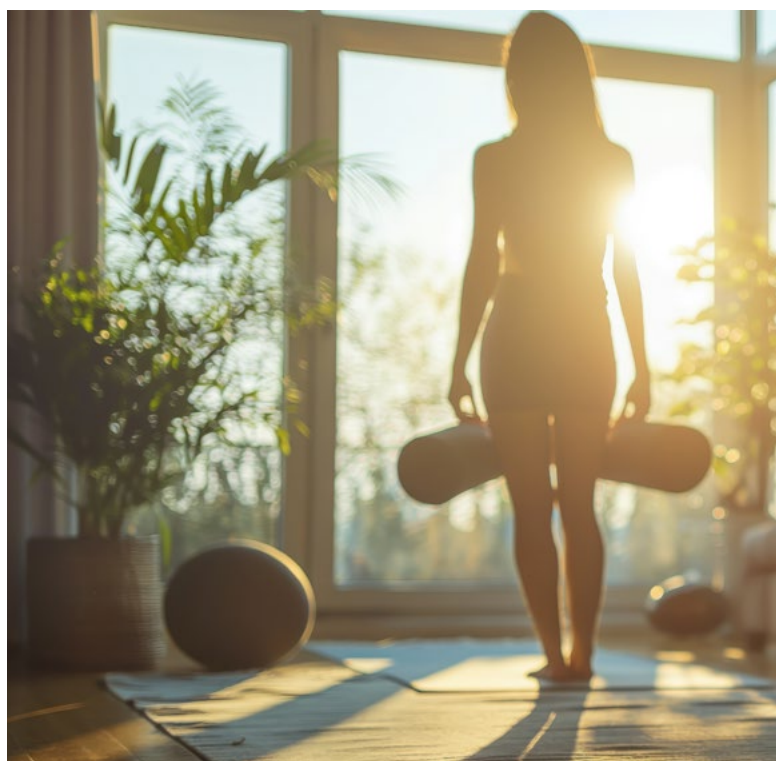
- **Costi sociali:** disabilità, assistenza a lungo termine, impatto sul capitale umano.

Investire nel *weight management* significa intervenire a monte della spesa futura.

La wellness economy come settore strategico

La *wellness economy*, con un valore globale superiore ai 6,8 trilioni di dollari, rappresenta uno dei settori economici a più rapida crescita. Comprende:

- Nutrizione e alimentazione funzionale
- Fitness e attività fisica
- Salute mentale
- Tecnologie digitali per il monitoraggio
- Longevità e invecchiamento attivo



Dal punto di vista politico-economico, questo settore è al tempo stesso:

- Un'opportunità di innovazione e crescita.
- Un potenziale fattore di privatizzazione della prevenzione.

Senza una governance pubblica adeguata, il rischio è che la prevenzione diventi selettiva e accessibile solo a determinate fasce socioeconomiche. La sfida è integrare mercato e sanità pubblica, orientando la wellness economy verso obiettivi collettivi di salute.

FOCUS ON 2

Visione Clinico-Scientifica

Federico Serra, Gianluca Aimaretti, Enrica Ammaturo, Angelo Avogaro, Stefania Basili, Alfonso Bellia, Carmen Bizzarri, Adriana Bonifacino, Ovidio Brignoli, Silvio Buscemi, Luca Busetto, Raffaella Buzzetti, Riccardo Candido, Antonio Caretto, Michele Carruba, Annamaria Colao, Georgia Colleluori, Alessandro Cosimi, Claudio Cricelli, Salvatore De Cosmo, Maurizio De Luca, Stefano Del Prato, Paolo Di Bartolo, Mario Di Gioacchino, Lorenzo Maria Donini, Francesco Dotta, Cosimo Durante, Katherine Esposito, Marco Falcone, Giuseppe Fatati, Massimo Federici, Diego Ferone, Sebastiano Filetti, Andrea Frasoldati, Lucio Gnessi, Daniele Gianfrilli, Francesco Giorgino, Ignazio Grattagliano, Valeria Guglielmi, Davide Lauro, David Lazzari, Frida Leonetti, Emanuele Lettieri, Livio Luzzi, Melania Manco, Edoardo Mannucci, Luigi Mazzone, Paola Minghetti, Lelio Morviducci, Antonio Nicolucci, Enzo Nisoli, Giuseppe Novelli, Uberto Pagotto, Barbara Paolini, Giuseppe Paolisso, Attilio Parisi, Giuseppe Pozzi, Paola Rogliani, Eugenia Romano, Alessandro Rossi, Pietro Rossi, Giuseppina Russo, Massimo Sacchetti, Giorgio Sesti, Paolo Sbraccia, Roberto Vettor, Leonardo Villani, Malgorzata Wasniewska, Andrea Lenzi

Obesità come patologia cronica multifattoriale

Dal punto di vista clinico, l'obesità è una condizione cronica e recidivante, caratterizzata da:

- Infiammazione cronica di basso grado
- Insulino-resistenza
- Disfunzione adipocitaria
- Alterazioni neuroendocrine

La regolazione del bilancio energetico coinvolge sistemi complessi: asse ipotalamico, segnali incretinici (GLP-1, GIP), metabolismo periferico e predisposizione genetica.

Il *weight management* deve essere inteso come intervento di riequilibrio metabolico, non come semplice restrizione calorica.

Benefici clinici

Riduzioni ponderali anche moderate (5–10%) determinano:

- Miglioramento del controllo glicemico
- Riduzione della pressione arteriosa
- Miglioramento del profilo lipidico
- Riduzione del rischio cardiovascolare

La prevenzione metabolica è prevenzione cardiovascolare e sistemica.

Ambiente ed epigenetica

Fattori ambientali quali:

- Inquinamento atmosferico
- Interferenti endocrini
- Stress cronico

possono influenzare l'espressione genica e la programmazione metabolica lungo il corso della vita.

Questo richiede un'integrazione tra clinica, epidemiologia ambientale e medicina preventiva.

Innovazione farmacologica

Le nuove terapie basate sui meccanismi incretinici hanno ampliato le possibilità terapeutiche. Tuttavia:

- L'obesità rimane una condizione cronica.
- È necessario un approccio multidisciplinare.
- I costi richiedono valutazioni di costo-efficacia rigorose.

Il trattamento farmacologico deve essere integrato in percorsi strutturati e personalizzati.

FOCUS ON 3

Visione Socio-Sanitaria

Federico Serra, Riccardo Baicchi, Lucio Corsaro, Roberta Cialesi, Enrica Frutti, Livio Gigliuto, Alessandro Indovina, Francesca Romana Lenzi, Anna Lisa Mandorino, Paola Pisanti, Ketty Vaccaro, Andrea Lenzi^{1, 2, 6, 16, 38}

Il peso come indicatore di disuguaglianza

La prevalenza di sovrappeso e obesità segue un chiaro gradiente socioeconomico. Le popolazioni più vulnerabili sono maggiormente esposte a:

- Offerta alimentare non salutare
- Minore accesso a spazi verdi
- Stress socioeconomico
- Minore health literacy

Il *weight management* è quindi una questione di equità.

Ambienti obesogenici

Contesti urbani con scarsa mobilità attiva, alta densità di alimenti ultraprocesati e carenza di infrastrutture salutari favoriscono comportamenti sedentari. La prevenzione richiede interventi strutturali su urbanistica, scuola, lavoro e comunità.



Rischio di polarizzazione

La wellness economy può amplificare le disuguaglianze se:

- I servizi avanzati sono accessibili solo ai ceti medio-alti.
- Le tecnologie digitali non sono equamente distribuite.
- La prevenzione resta centrata sul consumo privato.

Una strategia socio-sanitaria efficace deve rafforzare i servizi territoriali e la prossimità.

Stigma e barriere

La stigmatizzazione del peso può ridurre l'accesso ai servizi e peggiorare la salute mentale. È necessario promuovere un approccio inclusivo e non giudicante.

FOCUS ON 4

Visione Comunicativa e Culturale

*Federico Serra, Luca d'Alessandro, Barbara Galavotti,
Annalisa Manduca, Fabio Mazzeo, Andrea Lenzi*

La costruzione narrativa del peso

Il peso corporeo è anche una costruzione culturale. La comunicazione pubblica influenza:

- Percezioni individuali
- Scelte comportamentali
- Accettazione delle politiche sanitarie
- Accesso ai servizi

Per anni, la narrativa dominante ha enfatizzato la responsabilità individuale, spesso alimentando stigma.

Wellness economy come attore comunicativo

La wellness economy non produce solo servizi, ma anche immagini culturali, promuovendo:

- Ottimizzazione della performance
- Auto-miglioramento continuo
- Longevità attiva

Questa narrazione può stimolare prevenzione, ma anche generare pressioni irrealistiche e medicalizzazione eccessiva.

Ecosistema digitale

Social media e piattaforme digitali amplificano messaggi e modelli. Questo comporta:

- Maggiore diffusione di informazioni.
- Rischio di disinformazione.
- Impatto sulla percezione corporea.

La comunicazione istituzionale deve essere chiara, inclusiva e basata su evidenze scientifiche.

• Conclusione Integrata •

Il weight management e la wellness economy si collocano all'intersezione di quattro dimensioni sistemiche:

- **Politico-economica:** sostenibilità e governance.
- **Clinico-scientifica:** regolazione metabolica e gestione delle cronicità.
- **Socio-sanitaria:** equità e determinanti strutturali.
- **Comunicativa:** narrazione pubblica e cultura della salute.

La frammentazione di queste dimensioni rischia di generare inefficienze, disuguaglianze e tensioni finanziarie.

Solo un approccio integrato, fondato su coerenza strategica, rigore scientifico, giustizia sociale e responsabilità comunicativa, può trasformare il weight management in un pilastro strutturale della salute pubblica sostenibile.



Appendice 2

Tassonomia del Weight Management e della Wellness Economy

1 ► Definizioni operative

1.1 Definizione di *Weight Management*

Il *weight management* (gestione del peso) è un approccio integrato e multidimensionale volto al raggiungimento e al mantenimento di un peso corporeo sano nel lungo periodo, considerato all'interno di una cornice di salute globale. Si fonda sull'interazione tra determinanti sociali, ambientali, economici, clinici e politici, riconoscendo che il peso corporeo non è esclusivamente il risultato di scelte individuali, ma è influenzato da contesti urbani, accesso al cibo sano, condizioni socio-economiche, sistemi sanitari e politiche pubbliche.

Include la promozione di corretti stili di vita, un'alimentazione equilibrata, l'attività fisica regolare, il supporto psicologico e, quando indicato, interventi clinici, farmacologici o chirurgici. Centrale è la tutela del benessere psico-fisico della persona e il contrasto agli stereotipi e allo stigma legati al peso, promuovendo un approccio rispettoso, inclusivo e basato sull'evidenza scientifica nella gestione del sovrappeso e dell'obesità come condizioni croniche complesse.

1.2 Definizione di *Wellness Economy*

La *wellness economy* (economia del benessere) è l'insieme dei settori economici, delle politiche e degli investimenti orientati alla promozione della salute e del benessere fisico, mentale e sociale lungo tutto l'arco della vita. Si fonda sul riconoscimento del ruolo dei determinanti sociali, ambientali, economici e politici della salute, integrando prevenzione, promozione di stili di vita sani e sviluppo sostenibile.

Comprende ambiti quali nutrizione, attività fisica e fitness, prevenzione sanitaria, salute mentale, tecnologie digitali per la salute, turismo del benessere, progettazione urbana salutare, filiere agroalimentari di qualità e innovazione biomedicale.

La *wellness economy* supera una visione esclusivamente consumistica del benessere e lo interpreta come infrastruttura strategica di sviluppo, capace di generare valore economico, coesione sociale e riduzione delle disuguaglianze. In questa prospettiva, il benessere diventa non solo obiettivo individuale, ma leva strutturale di politica pubblica, competitività territoriale e sostenibilità dei sistemi sanitari.

2 ► Tassonomia del *Weight Management*

La tassonomia del *weight management* si articola in sei domini strutturali interconnessi.

Dominio 1 ► Clinico-assistenziale

Ambito: prevenzione, diagnosi e trattamento.

Componenti:

- 1 • Inquadramento diagnostico e stratificazione del rischio.
- 2 • Interventi nutrizionali personalizzati.

3 • Terapie farmacologiche evidence-based.

4 • Chirurgia metabolico-bariatrica.

5 • Monitoraggio a lungo termine e continuità assistenziale.

6 • Modelli multidisciplinari integrati.

Output atteso: miglioramento degli outcome metabolici e riduzione delle complicanze.

Dominio 2 ► Determinanti sociali

Ambito: Condizioni socio-strutturali.

Componenti:

1 • Status socio-economico.

2 • Istruzione e health literacy.

3 • Accesso al cibo sano.

4 • Disuguaglianze territoriali.

5 • Contesto familiare e culturale.

Output atteso: riduzione delle disuguaglianze in salute metabolica.



Dominio 3 ► Determinanti ambientali e urbani

Ambito: ambiente costruito e contesto fisico.

Componenti:

1 • Accesso a spazi verdi e infrastrutture sportive.

2 • Mobilità attiva.

3 • Offerta alimentare urbana.

4 • Urban design orientato alla salute.

Output atteso: ambiente favorevole a stili di vita attivi.

Dominio 4 ► Determinanti economici

Ambito: Incentivi e barriere economiche.

Componenti:

- 1 • Prezzo relativo degli alimenti.
- 2 • Copertura delle terapie.
- 3 • Accesso ai servizi specialistici.
- 4 • Impatto macroeconomico dell'obesità.

Output atteso: Sostenibilità economica e accessibilità equa.

Dominio 5 ► Governance e politiche pubbliche

Ambito: Regolazione e pianificazione.

Componenti:

- 1 • Strategie nazionali di prevenzione.
- 5 • Politiche fiscali su alimenti e bevande.
- 3 • Regolazione del marketing.
- 4 • Inserimento nei LEA e nei piani della cronicità.
- 5 • Programmi intersettoriali.

Output atteso: Allineamento tra salute pubblica e decisioni regolatorie.

Dominio 6 ► Dimensione psico-sociale e culturale

Ambito: Benessere individuale e cultura sociale.

Componenti:

- 1 • Supporto psicologico.
- 5 • Promozione del benessere psico-fisico.
- 3 • Contrasto allo stigma.
- 4 • Approccio person-centered.
- 5 • Empowerment del paziente.

Output atteso: Miglioramento della qualità della vita e dell'aderenza terapeutica.

3 ► Tassonomia della Wellness Economy

La *wellness economy* è articolata in tre macro-livelli sistemici.

Livello 1 • Settori core del benessere

- 1 • Nutrizione e filiere alimentari salutari.
- 2 • Attività fisica e fitness.
- 3 • Salute mentale.
- 4 • Prevenzione sanitaria.
- 5 • Tecnologie digitali per la salute.
- 6 • Turismo del benessere.

Funzione: Produzione diretta di beni e servizi orientati al benessere.



Livello 2 • Settori abilitanti

- 1 • Pianificazione urbana salutare.
 - 5 • Innovazione biomedicale.
 - 3 • Infrastrutture digitali.
 - 4 • Educazione e formazione.
 - 5 • Economia circolare e sostenibilità ambientale.
- Funzione: Creazione di ecosistemi favorevoli alla salute.

Livello 3 • Dimensione macroeconomica e sistemica

- 1 • Riduzione dei costi sanitari evitabili.
 - 2 • Aumento della produttività.
 - 3 • Crescita occupazionale.
 - 4 • Attrattività territoriale.
 - 5 • Resilienza dei sistemi sanitari.
- Funzione: Generazione di valore economico e sociale strutturale.

4 ► Matrice di intersezione sistemica

Il *weight management* rappresenta un **sotto-sistema clinico-sociale ad alta priorità sanitaria** all'interno della *wellness economy*. L'intersezione avviene lungo quattro assi principali:

- 1 • Prevenzione primaria e secondaria.

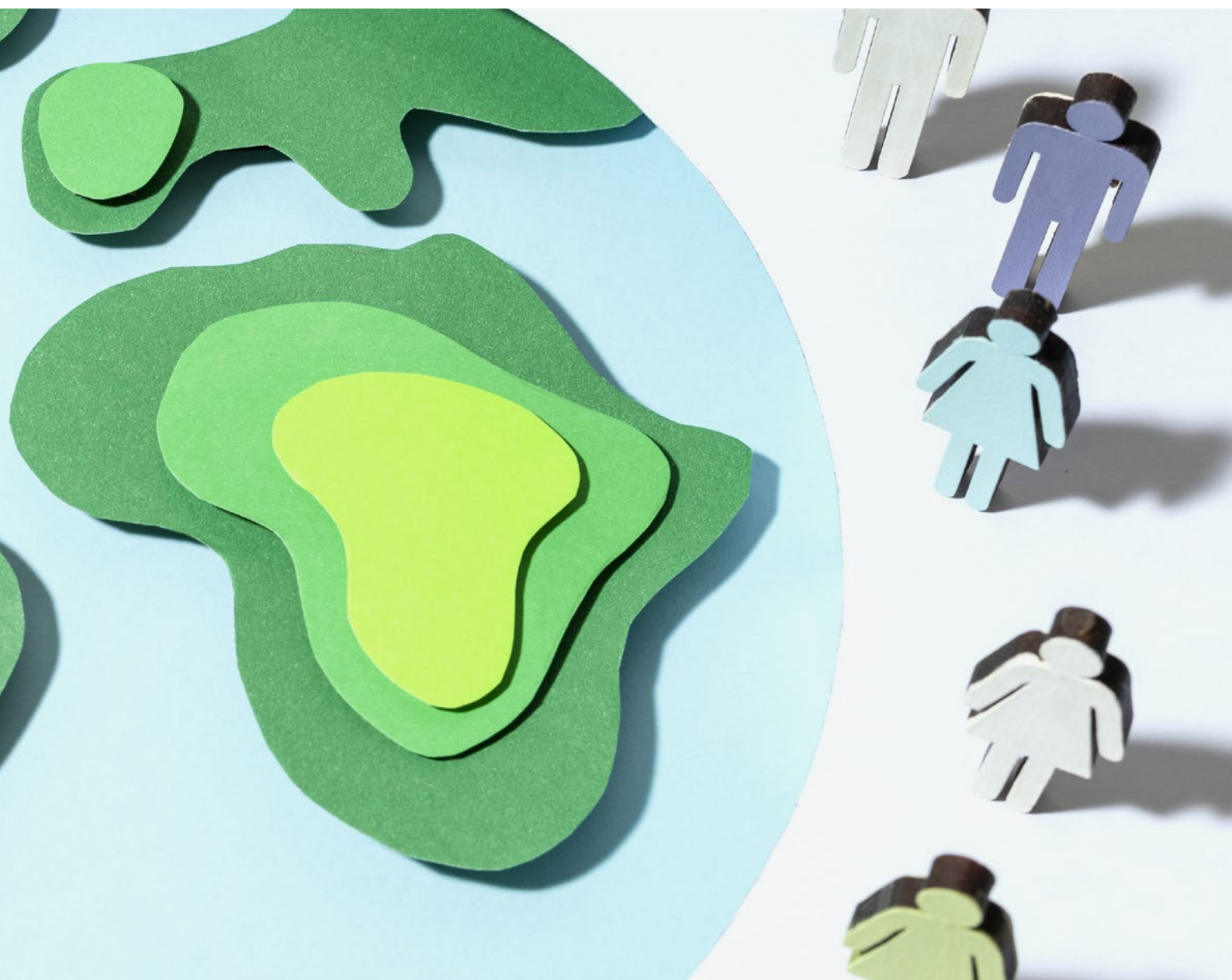
- 2 • Investimenti in infrastrutture salutari.
- 3 • Innovazione farmacologica e digitale.
- 4 • Politiche di equità e riduzione delle disuguaglianze.

5 ► Implicazioni strategiche

La tassonomia integrata consente di:

- Superare una visione esclusivamente clinica del peso.
- Integrare salute pubblica e sviluppo economico.
- Orientare politiche basate su determinanti strutturali.
- Considerare la salute metabolica come indicatore di qualità sistemica.

In questa prospettiva, il *weight management* diventa indicatore di equità e governance, mentre la *wellness economy* rappresenta l'infrastruttura strategica attraverso cui la salute si traduce in valore sociale ed economico.





LASTMILE SOLUTIONS

PUBLIC AFFAIRS & INSTITUTIONAL
COMMUNICATION

Colmare la distanza
tra le decisioni e le persone.

Strategie, relazioni, comunicazione istituzionale

HEALTHCARE ECOSYSTEMS



HEALTHCARE ECOSYSTEMS

Weight management e wellness economy:

una analisi sulle implicazioni
strutturali per la sanità
pubblica e le politiche
di prevenzione

1

2026



LASTMILE
SOLUTIONS