

Obesity Monitor

by HEALTHCARE
ECOSYSTEMS

**Dati, politiche,
interventi e azioni
per combattere
l'obesità**

**A CURA: IBDO FOUNDATION;
ISTAT; CORESEARCH; BHAVE**

**EDITORS: PAOLO SBRACCIA,
ROBERTA CRIALESI, LUCIO CORSARO,
ANTONIO NICOLUCCI, FEDERICO SERRA**

OPEN
Obesity Policy Engagement Network
ITALY

IBDO FOUNDATION



NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY

OBSITY MONITOR è una rivista sull'obesità, edita da **Healthcare Ecosystem** in collaborazione con **IBDO Foundation**. La rivista ospita periodicamente, in numeri monotematici, analisi, indagini, approfondimenti e documenti redatti da esperti che operano in diversi campi, con l'obiettivo di animare il confronto e la ricerca di soluzioni sull'obesità quale malattia di grande rilevanza clinico, sociale, epidemiologica, economica e politico-sanitaria

INTRODUZIONE ALLA COLLANA HEALTHCARE ECOSYSTEM MONITOR

Comprendere la salute oggi significa comprendere gli ecosistemi che la generano. Le condizioni di salute delle persone non dipendono infatti esclusivamente dalla qualità delle cure ricevute o dall'efficienza delle strutture sanitarie, ma sono il risultato di una complessa rete di relazioni che coinvolge istituzioni, professionisti, ricerca scientifica, innovazione tecnologica, organizzazioni civiche, imprese, comunità locali e cittadini. In un contesto caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche, dalle transizioni ambientali e digitali e dalla crescente domanda di sostenibilità dei sistemi di welfare, diventa sempre più importante studiare non solo i singoli attori, ma soprattutto le connessioni che li legano e le dinamiche che ne determinano il funzionamento.

Nasce da questa consapevolezza la collana **Healthcare Ecosystem Monitor**, un progetto editoriale dedicato all'analisi e al monitoraggio degli ecosistemi della salute. L'obiettivo non è soltanto descrivere fenomeni sanitari o misurare il peso delle malattie, ma comprendere come i diversi soggetti che operano nel settore della salute interagiscono tra loro, producono valore, generano innovazione e contribuiscono agli esiti di salute delle persone e delle comunità.

Lo studio degli ecosistemi rappresenta oggi una delle chiavi interpretative più importanti per affrontare la complessità della sanità contemporanea. Le sfide sanitarie non possono più essere risolte attraverso interventi isolati o politiche settoriali. La prevenzione delle malattie croniche, la gestione della non autosufficienza, l'accesso all'innovazione terapeutica, la digitalizzazione dei servizi, la riduzione delle disuguaglianze territoriali e sociali richiedono infatti il coordinamento di molteplici attori che operano a diversi livelli del sistema.

Analizzare un ecosistema significa comprendere chi ne fa parte, quali relazioni lo caratterizzano, quali risorse vengono mobilitate, quali processi favoriscono o ostacolano la collaborazione e quali risultati vengono generati in termini di salute, equità, innovazione e sostenibilità. Significa osservare non soltanto le singole componenti, ma il modo in cui queste interagiscono tra loro. Come accade negli ecosistemi naturali, anche negli ecosistemi della salute il valore non nasce dai singoli elementi considerati separatamente, ma dalla qualità delle connessioni che li uniscono.

Per questa ragione **Healthcare Ecosystem Monitor** pone al centro della propria attività il concetto di ecosistema come unità di analisi. Ogni volume della collana intende offrire una rappresentazione approfondita delle reti di attori che operano attorno a una specifica area terapeutica, a una patologia, a una tecnologia o a una priorità di salute pubblica, evidenziando i punti di forza, le criticità, le opportunità di collaborazione e i possibili percorsi di evoluzione. Studiare gli ecosistemi della salute significa anche individuare i fattori che favoriscono la creazione di valore condiviso. Significa comprendere come la ricerca scientifica si traduca in innovazione, come le politiche pubbliche influenzino l'accesso alle cure, come le associazioni dei pazienti contribuiscano alla definizione delle priorità, come le tecnologie digitali trasformino l'assistenza e come le comunità locali possano diventare protagoniste della promozione della salute. In altre parole, significa analizzare la salute come il prodotto di una responsabilità collettiva e di una governance distribuita.

La collana **Healthcare Ecosystem Monitor** si propone pertanto di sviluppare una vera e propria cultura dell'ecosistema, fornendo strumenti interpretativi utili a decisori pubblici, professionisti sanitari, ricercatori, imprese, associazioni e cittadini. Attraverso dati, evidenze, casi studio e analisi multidisciplinari, ogni monografia contribuirà a rendere più visibili le relazioni che sostengono la salute e a identificare le leve attraverso cui rafforzarle.

In un'epoca nella quale la complessità rappresenta la principale caratteristica dei sistemi sanitari, la capacità di leggere e comprendere gli ecosistemi diventa una competenza strategica. **Healthcare Ecosystem Monitor** nasce con l'ambizione di offrire questa prospettiva, contribuendo a costruire una conoscenza più integrata, una governance più consapevole e politiche più efficaci. Perché migliorare la salute delle persone significa, prima di tutto, comprendere e rafforzare gli ecosistemi che la rendono possibile.

PROGETTO GRAFICO E STAMPA: SP SERVIZI PUBBLICITARI SRL

Gruppo Creativa
Via Alberese, 9
00149 Roma
Cent. +39 3277808873
Fax +39 06233216117

SEGRETERIA LOGISTICA:

FASI S.r.l.
Via O. Tommasini 7
00162 Roma
Cent. +39 0697605610
info@fasieventi.com
www.fasieventi.com

EXECUTIVE EDITOR

Federico Serra

EDITOR IN CHIEF

Claudio Cricelli
Giuseppe Novelli

CO-EDITOR

Gianluca Aimaretti
Marco Ardigò
Vincenzo Atella
Terensio Avitabile
Angelo Avogaro
Stefania Basili
Roberto Bernabei
Riccardo Bonadonna
Claudio Borghi
Silvio Brusafferro
Silvio Buscemi
Luca Busetto
Raffaella Buzzetti
Riccardo Candido
Michele Carruba
Roberta Crialessi
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
Giovanni Capelli
Stefano Capolongo
Americo Cicchetti
Annamaria Colao
Andrea Lenzi
Giovanni Leonardi
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 Brusafferro
Silvio Buscemi

Luca Busetto
Raffaella Buzzetti
Riccardo Candido
Michele Carruba
Roberta Crialessi
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 Gaudioso
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
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 ECOSYSTEM

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
Giovanni Leonardi
Attilio Parisi
Walter Ricciardi
Roberta Siliquini
Carlo Signorelli

SEGRETERIA EDITORIALE

Lastmile Solutions Srl • Firenze

GRAFICA ED IMPAGINAZIONE

Virtual Training Support srl • Firenze
S.P. Servizio Pubblicitari srl • Roma

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

Autori:

O. Schillaci
R. Pella
D. Sbroliini
N. Levialdi Ghiron
M. Federici
G. Novelli
C. Cricelli
L. Busetto
A. Lenzi
W. Ricciardi
P. Sbraccia
F. Serra
A. Avogaro
R. Baicchi
E. Bologna
A. Bonifacino
S. Buscemi
A. Burgio
R. Buzzetti
G. Capelli
M. Carruba
D. Castillo Serrano
F.M. Chelli
M. Chianelli
L. Corsaro
E. Corsaro
R. Crialessi
S. De Cosmo
M. De Luca
A. D'Errico

G. Fatati
D. Ferone
A. Frasoldati
L. Gargiulo
V. Guglielmi
L. Iannucci
F. Leonetti
E. Linoci
AL. Mandorino
G. Medea
P. Nardone
G. Navarra
A. Nicolucci
B. Paolini
P. Perrone Filardi
P. Rogliani
A. Rossi
M.C. Rossi
P. Sciattella
GF. Sinagra
A. Siracusano
G. Vaccaro
M. Wasniewska
I. Zani



Indice

EDITORIALE

DATI, POLITICHE, INTERVENTI E AZIONI PER COMBATTERE L'OBESITÀ

Giuseppe Novelli, Luca Busetto, Andrea Lenzi, Massimo Federici
Walter Ricciardi, Paolo Sbraccia

CONTRIBUTI ISTITUZIONALI

PREFAZIONI

Orazio Schillaci

Daniela Sbröllini e Roberto Pella

Francesco Maria Chelli

Andrea Lenzi

Alberto Siracusano

Massimo Federici

Nathan Levialdi Ghiron

IL PUNTO DI VISTA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E DEI NETWORK

Barbara Paolini - ADI

Salvatore De Cosmo - AMD e FeSDI

Andrea Frasoldati - AME

Angelo Avogaro - EUDF Italia

Giuseppe Fatati - IO-NET

Claudio Cricelli - HEI

Adriana Bonifacino e Frida Leonett -IWA

Federico Serra e Michele Carruba - OPEN Italy

Gianfranco Sinagra -SIC

Pasquale Perrone Filardi - SIC

Raffaella Buzzetti - SID - FeSDI

Silvio Buscemi - SIO

Maurizio De Luca - SICOB

Diego Ferone - SIE

Malgorzata Wasniewska - SIEDP

Alessandro Rossi e Gerardo Medea - SIMG

Paola Rogliani - SIP/IRS

CALL TO ACTION

DATI, PREVENZIONE, DIRITTI E GOVERNANCE
PER CONTRASTARE L'OBESITÀ

Paolo Sbraccia

LE SFIDE DI POLICY E LE INIZIATIVE LEGISLATIVE

INVITO ALL'AZIONE POLITICA

OBESITÀ UN PROBLEMA GLOBALE CHE RICHIEDE SOLUZIONI URGENTI
UNA POLICY PER L'OBESITÀ
UN PATTO DI LEGISLATURA PER L'OBESITÀ
LEGGE 149 "DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELL'OBESITÀ
"PDL 2663 CAMERA DEI DEPUTATI "ISTITUZIONE DEL PROGRAMMA NAZIONALE DIAGNOSTICO
PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELL'OBESITÀ NELL'ADOLESCENZA "
DDL 287 SENATO "DISPOSIZIONI RECANTI INTERVENTI
FINALIZZATI ALL'INTRODUZIONE
DELL'ESERCIZIO FISICO COME STRUMENTO DI PREVENZIONE
E TERAPIA ALL'INTERNO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
L'OBESITA' NEL PIANO NAZIONALE CRONICITÀ L'OBESITA' NEL SNLG DELL'ISS
INIZIATIVE A LIVELLO REGIONALE – REGIONE LOMBARDIA
Federico Serra

PERCHE' L'OBESITA' E'UNA MALATTIA CRONICA

PREMESSA
Valeria Gugliemi

I DATI

PREMESSA
Paolo Sbraccia
L'OBESITA' IN ITALIA
Roberta Crialesi, Lidia Gargiulo, Laura Iannucci e Emanuela Bologna - Istat
DATI REGIONALI SULL'OBESITA'
Alessia D'Errico e Laura Iannucci -Istat
Antonio Nicolucci - CORESEARCH e Federico Serra - IBDO Foundation
I DATI DI OKkio ALLA SALUTE E DI EPICENTRO
Giovanni Capelli e Paola Nardone - ISS
I DATI DELLO STUDIO ITROS
Silvio Buscemi - SIO
IL REGISTRO ITALIANO SULLA CHIRURGIA BARIATRICA
Maurizio De Luca e Giuseppe Navarra - SICOB
IL COSTO ECONOMICO DELL'OBESITÀ
Paolo Sciattella e Paolo Sbraccia - CEIS Università di Roma Tor Vergata

WEIGHT MANAGEMENT & WELNESS ECONOMY

FORMAZIONE E CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE
Riccardo Baicchi e Federico Serra

LE PERSONE

OBESITY MONITOR 2026: LE ASPETTATIVE DELLA PERSONA CON OBESITA'
Lucio Corsaro, Emanuele Corsaro e Gianluca Vaccaro - BHAVE

COMMENTO DELLE ASSOCIAZIONI PAZIENTI

Iris Zani

Anna Lisa Mandorino

Diana Castillo Serrano

Eligio Linoci

MANIFESTO DI ERICE SULL'OBESITÀ

WEIGHT STIGMA WORLD OBESITY FEDERATION

WHO ISSUES GLOBAL GUIDELINE ON THE USE OF GLP-1 MEDICINES IN TREATING OBESITY

EASO TASSOMONIA

EFPIA BLUEPRINT FOR ACTION TO ADDRESS OBESITY IN THE EUROPEAN UNION

LINEE GUIDA SIO SULL'OBESITÀ

APPENDIX

SCHEDE ITALIANE DEL GLOBAL OBESITY OBSERVATORY

DELLA WORLD OBESITY FEDERATIONWHO ACCELERATION PLAN TO STOP OBESITY

Campagna I WISH

EDITORS E PRINCIPAL AUTHORS

PROMOTORI E PARTNERS



Editoriale

Dati, Politiche, Interventi e azioni per combattere l'Obesità Italian Barometer Obesity Report 2026 – VIII Edizione



Giuseppe Novelli

Editor in Chief di Obesity Monitor,
Presidente del comitato editoriale
di IBDO Foundation



Luca Busetto

Obesity Section Editor di
Obesity Monitor e Vice
President Southern Region
EASO



Massimo Federici

Prorettore alla Ricerca dell'Università
Tor Vergata di Roma e Presidente
dello Steering committee
di IBDO Foundation



Andrea Lenzi

Co-Editor di Obesity Monitor
e Presidente del CNR e del CNBBSV
della Presidenza del Consiglio
dei Ministri, Presidente di OPEN ITALY
e Presidente dello Steering committee
di IBDO Foundation



Walter Ricciardi

Co-Editor di Obesity Monitor
e Direttore dell'Osservatorio
sulla salute bene comune
dell'Università Cattolica
Sacro Cuore



Paolo Sbraccia

Co-Editor di Obesity Monitor e
Presidente di IBDO Foundation

L'ottava edizione dell'Italian Barometer Obesity Report rappresenta un ulteriore passo avanti nel percorso di costruzione di una cultura della prevenzione, della cura e della governance dell'obesità fondata su evidenze scientifiche, dati epidemiologici, approcci interdisciplinari e visione sistemica. Realizzato da IBDO Foundation, spin off dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, in collaborazione con ISTAT, Coresearch, CREA Sanità e Bhave, il Report si conferma come uno strumento di riferimento

nazionale e internazionale per comprendere l'evoluzione dell'obesità, le sue implicazioni cliniche, sociali ed economiche, e le azioni necessarie per affrontare una delle più grandi sfide di salute pubblica del nostro tempo.

Negli ultimi anni l'obesità ha assunto dimensioni sempre più rilevanti, coinvolgendo trasversalmente tutte le fasce di età e incidendo profondamente sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, sulle dinamiche economiche, sulle disu-

guaglianze sociali e sulla qualità della vita delle persone. Non siamo più di fronte esclusivamente a un problema individuale legato agli stili di vita, ma a una malattia cronica, recidivante, multifattoriale e progressiva, influenzata da determinanti biologici, genetici, ambientali, urbani, culturali, sociali ed economici.

L'obesità costituisce oggi uno dei principali driver delle malattie croniche non trasmissibili, tra cui diabete mellito di tipo 2, malattie cardiovascolari, insufficienza renale cronica, tumori, patologie osteoarticolari, disturbi respiratori e fragilità psicologica. Essa contribuisce inoltre a generare un impatto significativo sui costi diretti e indiretti della sanità pubblica, sulla produttività lavorativa e sulla partecipazione sociale. I dati internazionali ed europei mostrano un trend in costante crescita, e l'Italia, pur mantenendo indicatori migliori rispetto ad altri Paesi occidentali, evidenzia segnali estremamente preoccupanti soprattutto nelle fasce pediatriche e adolescenziali.

L'Italian Barometer Obesity Report 2026 nasce proprio dalla necessità di trasformare i dati in strumenti di azione. La disponibilità di dati clinici, epidemiologici, demografici e socioeconomici rappresenta infatti la base indispensabile per costruire politiche efficaci, programmare interventi mirati e misurare l'impatto delle strategie implementate. In un contesto caratterizzato da profonde trasformazioni demografiche, urbanizzazione crescente, invecchiamento della popolazione e aumento delle fragilità sociali, la raccolta e l'analisi dei dati diventano un elemento centrale della governance sanitaria.

Questa edizione del Report pone al centro il rapporto tra obesità, ambiente, comunità e politiche pubbliche. La salute non può più essere considerata esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie, ma deve essere affrontata attraverso un approccio integrato che coinvolga città, scuole, luoghi di lavoro, sistemi di mobilità, politiche alimentari, pianificazione urbana e comunità locali. Le evidenze scientifiche dimostrano infatti che gli ambienti obesogenici influenzano profondamente i comportamenti individuali e collettivi, condizionando l'accesso a cibo sano, attività fisica, spazi verdi, servizi di prevenzione e opportunità di benessere.

In questo scenario, il concetto di "Health in All Policies" assume una rilevanza strategica. Ogni politica pubblica – urbanistica, ambientale, scolastica, sociale, economica o dei trasporti – produce inevitabilmente effetti sulla salute. Contrastare l'obesità significa quindi promuovere un modello di sviluppo che metta il benessere delle persone al centro delle decisioni politiche e amministrative.

Le città rappresentano oggi uno dei principali luoghi nei quali si gioca la sfida della prevenzione. Oltre il 75% della popolazione europea vive in aree urbane, e proprio gli ambienti urbani possono diventare fattori di rischio oppure potenti strumenti di promozione della salute. Una città che favorisce la mobilità attiva, la presenza di aree verdi, la sicurezza degli spazi pubblici, l'accesso a cibo salutare e la prossimità dei servizi sanitari e sociali contribuisce concretamente alla riduzione dell'obesità e delle malattie croniche correlate.

L'esperienza delle Healthy Cities promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e le numerose iniziative internazionali dedicate alla salute urbana dimostrano come sia possibile costruire ecosistemi favorevoli alla salute attraverso approcci intersettoriali e partecipativi. Allo stesso modo, la promozione di comunità "child friendly" e di ambienti scolastici salutaris rappresenta un investimento strategico per contrastare l'obesità infantile, che costituisce una delle emergenze più rilevanti per il futuro delle nuove generazioni.

I bambini e gli adolescenti sono infatti particolarmente esposti agli effetti degli ambienti obesogenici e hanno limitata capacità di controllare autonomamente i fattori che influenzano alimentazione, sedentarietà e attività fisica. Per questo motivo, le politiche di prevenzione devono iniziare precocemente e coinvolgere famiglie, scuole, istituzioni, associazioni, operatori sanitari e comunità locali.

La scuola, in particolare, rappresenta uno dei contesti privilegiati nei quali sviluppare programmi educativi permanenti sulla nutrizione, sull'attività fisica, sulla salute mentale e sul benessere complessivo della persona. Accanto all'educazione sanitaria, è necessario promuovere una vera alfabetizzazione alla salute ("health literacy"), capace di rafforzare la consapevolezza individuale e collettiva rispetto ai determinanti della salute.

L'obesità richiede inoltre un approccio clinico strutturato e multidisciplinare. In questo quadro, assume particolare rilevanza anche il percorso legislativo avviato negli ultimi anni dal Parlamento italiano, culminato con l'approvazione della legge dedicata al riconoscimento dell'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante. Si tratta di un passaggio storico che rappresenta non solo un avanzamento culturale e scientifico, ma anche un importante segnale istituzionale verso milioni di cittadini che convivono con questa condizione.

La legge approvata dal Parlamento costituisce infatti un punto di svolta nelle politiche sanitarie nazionali, poiché

riconosce la necessità di sviluppare strategie strutturate di prevenzione, diagnosi, cura e presa in carico dell'obesità all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Tale risultato è stato possibile anche grazie al contributo scientifico, istituzionale e culturale sviluppato negli anni da IBDO Foundation, che ha promosso attività di advocacy, produzione scientifica, sensibilizzazione parlamentare e costruzione di reti multidisciplinari tra istituzioni, società scientifiche, associazioni dei pazienti, università e stakeholder.

IBDO Foundation ha svolto un ruolo fondamentale nel favorire una nuova consapevolezza sull'obesità quale emergenza sanitaria, sociale ed economica, contribuendo a portare il tema al centro dell'agenda politica nazionale. Attraverso report, analisi epidemiologiche, tavoli istituzionali, campagne di sensibilizzazione e momenti di confronto con il Parlamento e le Regioni, la Fondazione ha sostenuto la necessità di superare una visione riduttiva dell'obesità, promuovendo invece un approccio integrato fondato sul diritto alla salute, sull'equità di accesso alle cure e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

In questo percorso, la collaborazione tra IBDO Foundation e ISTAT ha rappresentato un elemento strategico di grande valore scientifico e istituzionale. La disponibilità di dati affidabili, aggiornati e comparabili costituisce infatti uno strumento indispensabile per comprendere l'evoluzione epidemiologica dell'obesità e per orientare efficacemente le politiche pubbliche. Grazie alla sinergia tra IBDO Foundation e ISTAT è stato possibile consolidare negli anni una piattaforma di monitoraggio e analisi capace di integrare dati clinici, demografici, sociali ed economici, offrendo una lettura più completa e multidimensionale del fenomeno.

La collaborazione con ISTAT consente inoltre di valorizzare il ruolo dei dati come infrastruttura strategica per la programmazione sanitaria, il monitoraggio delle disuguaglianze territoriali, la valutazione dell'impatto delle politiche e l'identificazione precoce dei bisogni di salute delle popolazioni. In un contesto caratterizzato da rapide trasformazioni sociali, economiche e demografiche, la capacità di leggere e interpretare i dati rappresenta oggi uno degli strumenti più importanti per costruire interventi efficaci e sostenibili.

A questo si aggiunge il contributo delle collaborazioni sviluppate con Crea Sanità, Coresearch e Bhave, che permettono di integrare analisi epidemiologiche, studi comportamentali, valutazioni socioeconomiche e strumenti

innovativi di ricerca applicata, rafforzando ulteriormente la capacità dell'Italian Barometer Obesity Report di rappresentare una piattaforma multidisciplinare di riferimento nazionale e internazionale. Negli ultimi anni la ricerca scientifica ha prodotto importanti innovazioni terapeutiche, farmacologiche e assistenziali che stanno modificando radicalmente il paradigma della gestione dell'obesità. Tuttavia, l'accesso alle cure continua a essere fortemente disomogeneo sul territorio nazionale, con differenze regionali significative nella disponibilità di percorsi assistenziali, centri specialistici e modelli organizzativi.

È quindi necessario rafforzare la governance dell'obesità all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, riconoscendo pienamente questa condizione come malattia cronica e definendo modelli di presa in carico integrata che coinvolgano medicina territoriale, specialistica, ospedale, prevenzione e servizi socioassistenziali. In questa prospettiva, diventa fondamentale promuovere percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali omogenei, sviluppare reti cliniche multidisciplinari e favorire l'integrazione tra competenze mediche, nutrizionali, psicologiche, riabilitative e sociali.

Parallelamente, occorre rafforzare la dimensione della ricerca e dell'innovazione. La disponibilità di big data, sistemi di monitoraggio epidemiologico, strumenti di digital health e intelligenza artificiale apre nuove opportunità per comprendere meglio i determinanti dell'obesità, identificare precocemente le popolazioni a rischio e valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione e cura.

La collaborazione tra istituzioni, università, enti di ricerca, società scientifiche, associazioni dei pazienti, stakeholder industriali e organizzazioni della società civile rappresenta un elemento decisivo per costruire strategie efficaci e sostenibili. In questo senso, il lavoro sviluppato da IBDO Foundation nel corso degli anni ha contribuito alla creazione di una piattaforma permanente di confronto multidisciplinare, orientata alla produzione di evidenze, alla promozione di politiche pubbliche e alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

L'Italian Barometer Obesity Report 2026 intende inoltre rafforzare il collegamento tra obesità, sostenibilità e Planetary Health. Alimentazione, ambiente, cambiamenti climatici, modelli di produzione e salute umana sono oggi dimensioni profondamente interconnesse. Promuovere stili di vita sani significa anche costruire modelli di sviluppo più sostenibili, resilienti ed equi.

La mobilità attiva, la valorizzazione degli spazi urbani, la riduzione dell'inquinamento, la promozione di filiere alimentari sostenibili e il contrasto alle disuguaglianze territoriali possono generare contemporaneamente benefici sanitari, sociali, ambientali ed economici. In questa prospettiva, l'obesità diventa un indicatore della qualità complessiva degli ecosistemi sociali e urbani.

Le evidenze raccolte in questo Report confermano la necessità di superare approcci frammentati e settoriali, promuovendo invece strategie integrate, multi-setting e multi-stakeholder. Nessun attore può affrontare da solo una sfida così complessa. Servono alleanze istituzionali, responsabilità condivise, investimenti strutturali e una visione di lungo periodo.

È necessario promuovere politiche fiscali, regolatorie e ambientali che favoriscano scelte salutari; sostenere programmi di prevenzione nelle scuole e nei luoghi di lavoro; incentivare l'attività fisica e la mobilità sostenibile; garantire equità di accesso ai percorsi di cura; contrastare stigma e discriminazioni; rafforzare la ricerca scientifica e la raccolta sistematica dei dati.

In questo contesto, assume particolare rilevanza anche il ruolo delle istituzioni internazionali e dei grandi tavoli multilaterali come G7 e G20, sempre più orientati a riconoscere la salute come elemento strategico per la stabilità economica, sociale e geopolitica globale. L'obesità rappresenta infatti una delle principali sfide trasversali del XXI secolo, strettamente connessa alle transizioni demografiche, ambientali e sociali in atto.

L'obiettivo di questa ottava edizione dell'Italian Barometer Obesity Report è quindi quello di offrire ai decisori politici, ai professionisti sanitari, alle istituzioni, al mondo accademico e alla società civile uno strumento di conoscenza, confronto e azione. Un Report che non si limiti a descrivere i fenomeni, ma che contribuisca concretamente a orientare le politiche pubbliche e a costruire una nuova cultura della salute.

I dati, da soli, non bastano. Occorre trasformarli in decisioni, interventi, programmi e investimenti. Occorre costruire reti collaborative, favorire il dialogo interdisciplinare e promuovere una governance capace di integrare prevenzione, cura, sostenibilità ed equità.

L'obesità non può più essere affrontata come una questione marginale o esclusivamente clinica. Essa rappresenta una priorità sanitaria, sociale ed economica che richiede una risposta sistemica, fondata sulla responsabilità condivisa e sulla capacità di mettere al centro la persona, le comunità e il futuro delle nuove generazioni.

L'Italian Barometer Obesity Report 2026 vuole essere un contributo concreto in questa direzione: un ponte tra dati e politiche, tra evidenze scientifiche e azione istituzionale, tra ricerca e responsabilità pubblica. Perché contrastare l'obesità significa oggi investire nella salute, nella sostenibilità e nella qualità della vita delle società di domani.



Contributi Istituzionali

Prefazioni





Orazio Schillaci
Ministro della Salute

È per me un piacere contribuire, con questa prefazione, all'8ª edizione dell'Italian Barometer Obesity Report che, anno dopo anno, continua a rappresentare, grazie anche all'altissimo livello dei contributi che raccoglie, un importante strumento di riflessione, analisi, orientamento. Gli ultimi dati disponibili ci dicono che oltre il 30% degli italiani over 18 è in sovrappeso e che oltre il 10% è obeso. Quasi una persona adulta su due, nella nostra Nazione, è in eccesso di peso. Questi non sono solo numeri. È una fotografia precisa a cui dobbiamo prestare molta attenzione. Parliamo di persone che hanno alte probabilità di sviluppare patologie croniche, come diabete e ipertensione, o alcune forme di tumore, di essere soggette a infarto.

È partendo anche da dati come quelli appena citati che, negli ultimi anni, come governo, insieme al Parlamento, abbiamo perseguito l'obiettivo di rimettere al centro delle politiche sanitarie la prevenzione, i corretti stili di vita. Al Ministero della Salute abbiamo istituito una Direzione Generale dedicata a questi temi. Struttura che considero strategica per promuovere su tutto il territorio nazionale iniziative e programmi per garantire longevità e una migliore qualità di vita ai nostri cittadini. Stiamo lavorando per costruire una sanità sempre più capace di garantire una presa in carico multidisciplinare. Con questa visione e consapevolezza, l'Italia è stata la prima Nazione, durante questa legislatura, ad approvare una legge sull'obesità, riconoscendola come malattia cronica e recidivante. È un risultato importantissimo. Punto di forza della legge è la creazione di un Osservatorio con

compiti di monitoraggio, studio dei dati e supporto alla diffusione di stili di vita corretti.

Anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031, varato dal Ministero che mi onoro di dirigere, prevede attività mirate a contrastare sovrappeso e obesità, promuovendo l'integrazione tra sanità, scuola, sport, ambiente e comunicazione per favorire, in condizione di equità, contesti favorevoli alla promozione di stili di vita attivi.

Tutte le azioni finora intraprese mostrano che la strada per contrastare l'obesità è tracciata. Dobbiamo continuare a percorrerla insieme. Con determinazione, lungimiranza e consapevolezza.

Il Ministero continuerà a fare la propria parte. E lo farà sapendo di poter contare sul contributo prezioso di tanti attori che con impegno, rigore e dedizione sono in prima linea nella lotta contro l'obesità





Sen. Daniela Sbröllini
Presidente Intergruppo
parlamentare
"Obesità, diabete e malattie
croniche non trasmissibili"



On. Roberto Pella
Presidente Intergruppo
parlamentare
"Obesità, diabete e malattie
croniche non trasmissibili"

L'Italia ha scritto una pagina storica nelle politiche sanitarie internazionali diventando il primo Paese al mondo a riconoscere formalmente l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante attraverso l'approvazione della cosiddetta "Legge Pella", approvata dal Parlamento nel 2025.

Si tratta di un passaggio politico, istituzionale e culturale destinato a segnare profondamente il futuro della salute pubblica non solo nel nostro Paese, ma anche a livello europeo e globale. Con questa legge, l'Italia afferma con chiarezza un principio fondamentale: l'obesità non è una colpa individuale, non è una semplice condizione estetica, non è soltanto un fattore di rischio. L'obesità è una malattia complessa che richiede prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico multidisciplinare, continuità assistenziale, accesso alle cure e tutela dei diritti delle persone.

L'approvazione all'unanimità della legge da parte del Senato della Repubblica il 1° ottobre 2025 rappresenta il risultato di un lungo percorso costruito grazie al dialogo tra Parlamento, comunità scientifica, associazioni dei pazienti, istituzioni sanitarie, università e società civile. Un percorso che ha consentito di trasformare le evidenze scientifiche in una visione politica condivisa e in una concreta assunzione di responsabilità istituzionale.

Come Intergruppo parlamentare "Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili", abbiamo lavorato sin dall'inizio della Legislatura con l'obiettivo di portare il tema dell'obesità al centro dell'agenda politica nazionale, superando stigma, semplificazioni e sottovalutazioni che per troppo tempo hanno condizionato l'approccio culturale e sanitario verso questa patologia.

La Legge Pella nasce dalla consapevolezza che l'obesità

rappresenti oggi una delle principali emergenze sanitarie, sociali ed economiche del nostro tempo. Una malattia che coinvolge milioni di cittadini italiani, che incide profondamente sulla qualità della vita delle persone e che costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per diabete, malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie, fragilità psicologica e numerose altre condizioni croniche.

I numeri parlano con chiarezza. In Italia, così come nel resto del mondo occidentale, il sovrappeso e l'obesità stanno crescendo in tutte le fasce di età, con un impatto particolarmente preoccupante tra bambini e adolescenti. Questo fenomeno non riguarda soltanto la salute individuale, ma coinvolge la sostenibilità economica dei sistemi sanitari, le disuguaglianze sociali, il mondo del lavoro, i percorsi educativi e il futuro delle nuove generazioni.

Per questa ragione, la legge approvata dal Parlamento introduce un nuovo paradigma: affrontare l'obesità come una priorità nazionale di salute pubblica, attraverso una strategia integrata fondata sulla prevenzione, sulla cura, sulla raccolta dei dati, sulla ricerca scientifica e sulla governance istituzionale.

L'obesità è infatti una malattia multifattoriale nella quale interagiscono determinanti biologici, genetici, ambientali, sociali, economici e culturali. Pensare di affrontarla esclusivamente attraverso richiami alla responsabilità individuale significa ignorare la complessità scientifica del fenomeno e rischiare di alimentare stigma e discriminazioni.

Uno degli aspetti più innovativi della Legge Pella è proprio il riconoscimento della necessità di sviluppare modelli di presa in carico multidisciplinare e percorsi

assistenziali strutturati all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. La legge promuove infatti interventi finalizzati alla prevenzione e alla cura dell'obesità, al rafforzamento delle reti cliniche dedicate, all'accesso appropriato ai trattamenti e alla costruzione di percorsi omogenei sul territorio nazionale.

Questa impostazione rappresenta un passaggio fondamentale anche per contrastare le profonde disuguaglianze territoriali che ancora oggi caratterizzano l'accesso ai servizi e alle cure. Garantire equità significa assicurare a ogni cittadino, indipendentemente dalla regione di residenza o dalla condizione socioeconomica, la possibilità di accedere a programmi di prevenzione, diagnosi e trattamento basati sulle evidenze scientifiche.

Parallelamente, la legge valorizza il ruolo della prevenzione e della promozione della salute lungo tutto l'arco della vita, con particolare attenzione all'età evolutiva. La crescita dell'obesità infantile rappresenta infatti una delle principali minacce per la salute pubblica dei prossimi decenni. Intervenire precocemente significa investire sul futuro del Paese.

In questa prospettiva, diventano strategici gli interventi nelle scuole, nelle comunità locali, nei luoghi di lavoro e nelle città. La salute deve essere considerata un elemento trasversale delle politiche pubbliche: urbanistica, mobilità, ambiente, alimentazione, attività fisica, welfare e istruzione sono dimensioni strettamente interconnesse.

L'esperienza maturata negli anni attraverso il lavoro dell'Intergruppo parlamentare ha evidenziato con forza la necessità di costruire una governance integrata dell'obesità e delle malattie croniche non trasmissibili. Per affrontare sfide così complesse servono alleanze istituzionali solide, collaborazione multidisciplinare e una visione di lungo periodo.

In questo percorso, il contributo della comunità scientifica è stato determinante. Il lavoro svolto da IBDO Foundation, insieme alle università, alle società scientifiche, alle associazioni dei pazienti e agli organismi di ricerca, ha consentito di consolidare una nuova consapevolezza pubblica e istituzionale sull'obesità come malattia cronica.

Particolarmente importante è stata anche la collaborazione tra IBDO Foundation e ISTAT, che ha permesso di rafforzare la raccolta, l'analisi e l'interpretazione dei dati epidemiologici, sociali ed economici legati all'obesità. I dati rappresentano oggi uno strumento indispensabile

per costruire politiche pubbliche efficaci, programmare interventi mirati, monitorare le disuguaglianze territoriali e valutare l'impatto delle strategie adottate.

L'Italian Barometer Obesity Report 2026 rappresenta, in questo senso, uno strumento di straordinario valore scientifico e istituzionale. Non soltanto perché offre una fotografia aggiornata del fenomeno obesità nel nostro Paese, ma perché contribuisce a trasformare le evidenze scientifiche in indirizzi operativi per le istituzioni, i decisori politici e il Servizio Sanitario Nazionale.

Oggi più che mai abbiamo bisogno di politiche basate sui dati, sulle evidenze e sulla capacità di integrare salute, sostenibilità ed equità sociale. L'obesità è infatti strettamente connessa anche ai grandi cambiamenti demografici, ambientali e sociali del nostro tempo.

I concetti di Planetary Health e di One Health ci ricordano che la salute umana è profondamente legata agli ecosistemi, agli stili di vita, all'ambiente urbano, alla qualità dell'alimentazione e ai modelli di sviluppo economico e sociale. Le città, gli ambienti scolastici, i luoghi di lavoro e le comunità devono diventare contesti promotori di salute.

La lotta all'obesità richiede quindi una strategia multisettoriale e multilivello, capace di coinvolgere istituzioni nazionali, Regioni, enti locali, professionisti sanitari, scuola, università, associazioni, imprese e cittadini.

La Legge Pella rappresenta un primo, fondamentale tassello di questo percorso. Ma sappiamo bene che il riconoscimento normativo, pur essenziale, non basta da solo. Occorre ora tradurre i principi della legge in azioni concrete, risorse adeguate, reti assistenziali efficienti, programmi di prevenzione strutturati e strumenti operativi in grado di migliorare realmente la vita delle persone.

Occorre investire nella prevenzione endocrino-metabolica, nella medicina territoriale, nella promozione dell'attività fisica, nell'educazione alimentare, nella ricerca e nell'innovazione terapeutica.

In questo stesso solco si inserisce anche il Disegno di Legge sulla prescrizione dell'attività fisica approvato in X Commissione del Senato come legge delega, un provvedimento che riconosce il valore dell'esercizio fisico non soltanto come strumento di benessere, ma come vero e proprio intervento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. La promozione dell'attività fisica rappresenta infatti una delle leve più efficaci per contrastare obesità, sedentarietà e malattie croniche non

trasmissibili, contribuendo contemporaneamente al miglioramento della qualità della vita, alla riduzione delle fragilità e alla sostenibilità del sistema sanitario.

Accanto a questo percorso legislativo, assumono particolare rilevanza anche gli interventi introdotti nelle recenti manovre finanziarie destinati a rafforzare le politiche di prevenzione dell'obesità, della diabetologia e delle patologie croniche correlate. Si tratta di strumenti concreti che testimoniano una crescente attenzione istituzionale verso la necessità di investire nella prevenzione come elemento strategico di salute pubblica e di sostenibilità economica.

Molte di queste iniziative sono state stimulate e sostenute dal lavoro dell'Intergruppo parlamentare "Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili", nato con l'obiettivo di costruire una piattaforma stabile di dialogo tra Parlamento, Governo, comunità scientifica, professionisti sanitari, associazioni dei pazienti e stakeholder istituzionali.

L'esperienza maturata in questi anni ha dimostrato che affrontare la complessità dell'obesità richiede strumenti normativi, finanziari, organizzativi e culturali integrati. Nessuna misura isolata può essere sufficiente. Occorre invece costruire un ecosistema di politiche pubbliche capace di agire contemporaneamente sulla prevenzione primaria, sulla diagnosi precoce, sull'accesso alle cure, sulla promozione dell'attività fisica, sulla salute urbana, sull'educazione alimentare, sulla lotta allo stigma e sulla presa in carico multidisciplinare delle persone con obesità. Occorre contrastare lo stigma sociale e culturale che ancora colpisce milioni di persone con obesità. Occorre promuovere una nuova alfabetizzazione sanitaria capace di riconoscere la complessità della malattia e il diritto alla cura.

Come Intergruppo parlamentare continueremo a lavorare affinché l'obesità sia considerata una priorità permanente nelle politiche sanitarie nazionali ed europee. Continueremo a sostenere il rafforzamento delle reti cliniche, l'inserimento strutturale dell'obesità nelle strategie sulle cronicità, il miglioramento dell'accesso alle cure e lo sviluppo di politiche integrate fondate sulla prevenzione e sulla salute pubblica.

L'Italia ha oggi l'opportunità di diventare un modello internazionale nella lotta all'obesità. La scelta compiuta dal Parlamento nel 2025 dimostra che le istituzioni possono assumersi la responsabilità di affrontare con coraggio e visione le grandi sfide sanitarie contemporanee.

La salute delle persone non può essere rimandata. Servono più prevenzione, più equità, più ricerca, più dati, più integrazione istituzionale. Servono politiche coraggiose e lungimiranti.

L'Italian Barometer Obesity Report 2026 rappresenta un contributo prezioso in questa direzione. Un ponte tra scienza e politica, tra ricerca e governance, tra evidenze e azione pubblica.

Perché affrontare l'obesità significa oggi investire nella salute, nella dignità e nel futuro delle nostre comunità.



Francesco Maria Chelli
Presidente Istat

L'Istituto nazionale di statistica contribuisce all'Italian Obesity Barometer Report sin dalla prima edizione, offrendo una fotografia approfondita e aggiornata di quella che è oggi una delle sfide più rilevanti per la salute pubblica del nostro Paese: l'obesità. Attraverso l'analisi dei dati più recenti, il Rapporto restituisce una rappresentazione articolata di un fenomeno che, negli ultimi anni, ha assunto dimensioni sempre più significative a livello globale non solo sul piano sanitario, ma anche sociale, economico e culturale.

L'obesità è oggi riconosciuta a livello internazionale come una patologia cronica multifattoriale, strettamente connessa agli stili di vita, alle condizioni socio-economiche, ai contesti ambientali e alle opportunità di accesso alla prevenzione e alle cure. In Italia, il recente riconoscimento normativo dell'obesità come malattia cronica rappresenta un passaggio di grande rilievo, perché sancisce la necessità di affrontare il fenomeno con strumenti strutturati, continui e integrati all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

I dati parlano chiaro: come si legge nel Rapporto, quasi un adulto su due è in eccesso di peso e la quota di persone con obesità continua a crescere, in particolare tra le generazioni più giovani. Si tratta di una dinamica che richiede attenzione e responsabilità collettiva: l'obesità non costituisce soltanto un fattore di rischio per numerose patologie — cardiovascolari, metaboliche e oncologiche — ma incide profondamente sulla qualità della vita delle persone, sulla partecipazione sociale e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari e di welfare.

Il contributo dell'Istat assume quest'anno un significato particolarmente simbolico: nel 2026 l'Istituto celebra cento anni di attività al servizio del Paese. Cento anni che rappresentano non soltanto un importante traguardo istituzionale, ma anche l'occasione per riflettere sul valore della conoscenza statistica quale bene pubblico essenziale per la democrazia, la trasparenza ed il governo dei fenomeni sociali. Un secolo di storia durante il quale la statistica ufficiale ha accompagnato le trasformazioni economiche, sociali e demografiche dell'Italia, contribuendo a leggere i cambiamenti della società e a fornire strumenti conoscitivi indispensabili per le decisioni pubbliche.

In questo lungo percorso, il tema della salute ha assunto un ruolo sempre più centrale. Nell'attuale contesto, segnato dall'invecchiamento della popolazione, garantire una vita lunga ma anche in buona salute, attiva e partecipata, mettendo al centro il benessere delle persone, è componente essenziale dello sviluppo sostenibile e della coesione sociale.

La salute è infatti una delle dimensioni fondamentali del Benessere equo e sostenibile (BES), da oltre 10 anni il quadro di riferimento attraverso il quale l'Istat misura il progresso non soltanto in termini economici, ma guardando anche alla qualità della vita delle persone, all'equità sociale, alla sostenibilità ambientale e alla coesione territoriale. Un approccio che richiama l'attenzione sulla necessità di garantire a tutti i cittadini pari opportunità di accesso alla salute, alla prevenzione, all'attività fisica, a un'alimentazione equilibrata e a contesti di vita favorevoli al benessere, quali am-

bienti sicuri, reti sociali solide, condizioni di lavoro dignitose e servizi di qualità.

Il contrasto all'obesità, inoltre, si collega direttamente ai Sustainable Development Goals (SDGs) e in particolare al raggiungimento del Goal 3 "Salute e benessere", intrecciandosi peraltro con obiettivi quali la riduzione delle disuguaglianze, la qualità dell'istruzione, la promozione di città e comunità inclusive e resilienti.

Accanto alla diffusione dell'obesità, il Rapporto analizza i comportamenti e gli stili di vita della popolazione, mettendo in luce il ruolo della sedentarietà e delle abitudini alimentari. Nonostante i miglioramenti registrati negli ultimi 10 anni, soprattutto nelle fasce di età anziane, il livello di inattività fisica nel nostro Paese rimane elevato e continua a rappresentare uno dei principali fattori di rischio per la salute. Particolarmente significativa appare la relazione tra obesità e sedentarietà, che emerge in tutte le classi di età pur con intensità differenti tra uomini e donne.

La sedentarietà che contraddistingue le società digitalizzate espone soprattutto i minori e le fasce socialmente più vulnerabili a maggiori rischi per la salute. In Italia un minore su quattro tra 3 e 17 anni è in eccesso di peso, ossia livelli di eccesso ponderale in età evolutiva più elevati rispetto alla maggior parte dei paesi europei. La famiglia svolge un ruolo determinante: i comportamenti e gli stili di vita dei genitori influenzano profondamente quelli dei figli e sappiamo – lo dimostrano le più recenti evidenze scientifiche – che il sovrappeso e l'obesità in età infantile e adolescenziale aumentano significativamente il rischio di obesità in età adulta e l'esposizione precoce a patologie croniche.

In questo scenario, la promozione di una cultura della prevenzione diventa decisiva. Scuola, famiglie, servizi sanitari, associazionismo e istituzioni territoriali sono chiamati a concorrere, ciascuno per la propria parte, alla costruzione di strategie condivise e di lungo periodo.

In una società attraversata da cambiamenti rapidi e complessi, il ruolo dell'informazione statistica appare ancora più centrale. L'auspicio è che i dati e le evidenze qui presentati possano sostenere decisioni informate e politiche efficaci per migliorare la salute e la qualità della vita delle persone.



Nathan Levialdi Ghiron

Rettore dell'Università di Roma Tor Vergata

È con grande senso di responsabilità e con rinnovato impegno istituzionale che presentiamo l'Italian Barometer Obesity Report, un'opera che raccoglie e restituisce, con rigore scientifico, i dati regionali sulla prevalenza dell'obesità nel nostro Paese. Questo volume rappresenta non solo uno strumento di conoscenza indispensabile per chi opera nei settori della sanità pubblica, della ricerca e delle politiche sociali, ma anche il frutto tangibile di un percorso di collaborazione che vede la nostra Università profondamente impegnata.

L'Università di Roma Tor Vergata ha infatti creduto, sin dalla sua genesi, nella nascita della Fondazione IBDO – Italian Barometer Diabetes Observatory, riconoscendo in essa un modello virtuoso di integrazione tra ricerca accademica, analisi epidemiologica e impatto sulla comunità. Sostenere la Fondazione ha significato per il nostro Ateneo abbracciare pienamente la propria terza missione: quella vocazione a trasferire conoscenza, competenze e innovazione al servizio del territorio e della società. In un'epoca in cui la frontiera tra sapere scientifico e necessità sociali si fa sempre più permeabile, il nostro Ateneo ha scelto di essere protagonista, mettendo a disposizione competenze multidisciplinari per affrontare una delle sfide sanitarie più complesse del nostro tempo.

I dati contenuti in questo Report ci restituiscono, purtroppo, un quadro inequivocabile: l'obesità non è più soltanto una condizione individuale, ma una vera e propria pandemia dalle conseguenze devastanti. Essa incide in modo profondo sulla qualità della vita, riduce l'aspettativa di vita in buona salute e, soprattutto, grava in maniera ormai insostenibile sul Servizio Sanitario Nazionale. Gli effetti deleteri si manifestano sotto forma di cronicità

correlate – dal diabete di tipo 2 alle patologie cardiovascolari, dall'ipertensione ad alcune forme neoplastiche – determinando un aumento esponenziale dei costi diretti per ricoveri, trattamenti farmacologici e specialistica ambulatoriale, senza dimenticare i costi indiretti legati alla perdita di produttività e al carico assistenziale familiare. In un contesto di risorse sempre più limitate, l'obesità rischia di compromettere la sostenibilità stessa del nostro sistema sanitario universale, rendendo urgenti scelte strutturali.

In questo scenario, la data del 1° ottobre 2025 segna una svolta storica con l'approvazione della legge Pella sull'obesità. Per la prima volta nel nostro ordinamento, l'obesità viene riconosciuta come una malattia cronica a tutti gli effetti, con un impatto sociale e sanitario equiparabile ad altre grandi patologie non trasmissibili. La legge promuove la prevenzione primaria già in età pediatrica e istituisce un fondo specifico per la ricerca e per l'accesso alle cure innovative. Si tratta di un provvedimento che accoglie finalmente le sollecitazioni provenienti da anni dalla comunità scientifica, dalle società scientifiche e dalle associazioni dei pazienti, e che restituisce dignità a milioni di cittadini italiani che convivono con questa patologia.

È proprio in questa cornice di rinnovata attenzione istituzionale che si colloca il valore aggiunto di un'opera come l'Italian Barometer Obesity Report. Conoscere la distribuzione regionale dell'obesità, le differenze tra Nord, Centro e Sud, le criticità nei contesti urbani e in quelli rurali, significa dotare decisori politici, clinici e amministratori sanitari di una bussola per orientare le risorse laddove il bisogno è più acuto. I dati regionali restituiscono infatti le disparità territoriali che caratterizzano il

nostro Paese, evidenziando come le disuguaglianze socioeconomiche si traducano spesso in disuguaglianze di salute.

Da Rettore di un'Università che ha fatto della ricerca traslazionale e dell'impegno civico una propria cifra identitaria, sono orgoglioso che il nostro Ateneo continui a essere parte attiva di questo progetto. La Fondazione IBDO rappresenta oggi un osservatorio privilegiato, capace di dialogare con le istituzioni, con il mondo clinico e con la società civile. In un momento in cui la politica ha finalmente compiuto un passo decisivo con la legge Pella, il compito del mondo accademico è quello di fornire le evidenze scientifiche, i dati e le competenze necessarie per tradurre una legge in azioni concrete, efficaci e durature.



Andrea Lenzi

Presidente Consiglio Nazionale delle Ricerche
Presidente OPEN ITALY

In questi ultimi anni l'Italia ha conseguito importanti risultati nella comprensione, prevenzione e trattamento dell'obesità, grazie al contributo della ricerca scientifica, delle strutture sanitarie e delle politiche pubbliche di promozione della salute a livello interistituzionale, culminate con il risultato del riconoscimento da parte del parlamento italiano dell'obesità come malattia. Inoltre, i progressi nelle conoscenze sui meccanismi biologici e metabolici della malattia, lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici e una maggiore attenzione alla diagnosi precoce hanno ampliato le possibilità di cura e migliorato la qualità dell'assistenza.

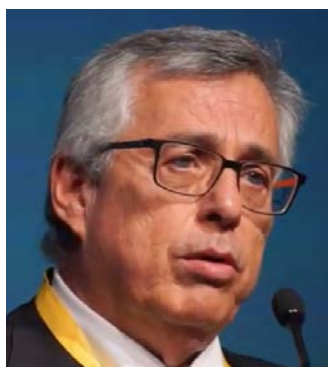
I risultati dello studio «Obesity rise plateaus in developed nations and accelerates in developing nations» condotto da NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), che sono stati esaminati al 33esimo European Congress on Obesity dell'European Association for the Study of Obesity (EASO) conclusosi a Istanbul il 15 maggio scorso, forniscono un quadro secondo cui nella maggior parte dei Paesi ad alto reddito l'aumento dei tassi di obesità sia rallentato o stabilizzato, ma non nei Paesi in via di sviluppo. Osservando i più recenti dati globali sull'alimentazione, infatti, a fronte di 887 milioni di persone denutrite, ci sono oltre un miliardo e 700 milioni di persone in sovrappeso e di queste 886 milioni convivono con l'obesità. La lettura di questi dati deve tenere conto anche di fattori che sono veri e propri determinanti di salute, sia a livello individuale che collettivo, come quelli legati alla migrazione economica causata da guerre e carestie e all'emergenza climatica, perché il caldo intenso, le alluvioni, la siccità sono una minaccia costante per le forniture alimentari e il mantenimento di stili di vita corretti e regimi alimentari salutari. Per questo i progetti di ricerca per il miglioramento delle tecniche di coltivazione delle pratiche delle industrie alimentari sono fondamentali per offrire soluzioni accessibili e sostenibili.

Tuttavia, gli importanti esiti che tali progetti - molti dei quali condotti dal Consiglio Nazionale delle Ricerche - stanno garantendo non devono ancora vederci soddisfatti pienamente e l'impegno delle istituzioni e della comunità scientifica non dovrà ridursi. L'obesità continua infatti a rappresentare una delle principali sfide per i sistemi sanitari, per l'elevata diffusione e per il forte impatto sulle patologie croniche associate, come diabete, malattie cardiovascolari e alcune forme di tumore. Per questa ragione, continuare a investire nella ricerca significa rafforzare la prevenzione, sviluppare trattamenti sempre più efficaci e sostenere la sostenibilità economico-finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale.

L'Italian Obesity Barometer Report si caratterizza anche per un aspetto di particolare rilevanza e attualità poiché, da sempre, rappresenta uno strumento completamente accessibile e aperto, che contribuisce a sviluppare un ecosistema della ricerca più efficiente e integrato, capace di valorizzare gli investimenti pubblici e di favorire la collaborazione tra ricercatori, istituzioni, imprese e cittadini. La strategia europea per la scienza aperta, infatti, promuove un modello di ricerca sempre più trasparente, collaborativo e accessibile, che ha l'obiettivo di favorire la circolazione delle informazioni scientifiche, migliorare la qualità e la riproducibilità della ricerca, accelerare l'innovazione. In questo contesto, la piattaforma europea della scienza aperta incoraggia l'adozione dei principi cosiddetti FAIR, secondo cui i dati della ricerca devono essere reperibili (Findable), accessibili (Accessible), interoperabili (Interoperable) e riutilizzabili (Reusable). Attraverso questi principi, l'Europa e l'Italia si qualificano per adottare standard condivisi, conservati in infrastrutture affidabili e resi disponibili nel rispetto della normativa vigente e della sicurezza, da un lato, e per abilitare una ricerca sempre più in grado di affrontare in maniera sistemica e

strutturale, multidisciplinare, le sfide che abbiamo di fronte.

Voglio infine esprimere il mio plauso e ringraziamento al Professor Paolo Sbraccia e al Professor Giuseppe Novelli, i quali, con la collaborazione dell'Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete e Malattie croniche non trasmissibili, Istat, Coresearch, Crea Sanità, Bhave, con il contributo attivo delle Società Scientifiche e dell'editore LastMile, hanno prodotto otto edizioni dell'Italian Obesity Barometer Report contribuendo a costruire e condividere conoscenze, risorse e dati volti ad attivare riflessioni e azioni profondamente concrete sul tema dell'obesità nel nostro Paese.



Alberto Siracusano

Presidente del Consiglio Superiore
di Sanità

L'obesità è una patologia complessa, multifattoriale, di alto impatto sociale, ad andamento cronico-recidivante, responsabile di grande sofferenza individuale e rappresenta una delle cause principali di ridotta aspettativa di vita. Il concetto di "psicobesità" o "obesità nel cervello" si riferisce alle alterazioni strutturali e funzionali cerebrali che possono precedere lo sviluppo dell'obesità e si basa sull'evidenza che il comportamento alimentare è regolato sia a livello cerebrale che dall'interazione bidirezionale tra cervello e intestino.

L'approccio One Health, integrato con la prospettiva della One Mental Health, mette insieme le molteplici determinanti della salute mentale, dell'obesità, psichiche e relazionali, ambientali, sociali, culturali ed economiche, riconoscendo la profonda interconnessione tra salute fisica e benessere psichico. In questa cornice, l'obesità emerge come esito complesso di sistemi interdipendenti, in cui stili di vita, vulnerabilità individuali, condizioni ambientali si influenzano reciprocamente. L'immagine corporea, l'autostima, sono elementi centrali del subject wellbeing. Inoltre, non bisogna mai dimenticare la capacità dei social media e in generale di tutti i sistemi di comunicazione di incidere sia positivamente che negativamente su questi aspetti e di conseguenza la loro grande responsabilità informativa e formativa.

A livello politico e sociale, ciò implica non soltanto trasformare gli ambienti obesogeni, ma anche contrastare lo stigma, sostenere il benessere psichico, integrare le azioni preventive sin dall'infanzia – di primaria importanza è l'urgenza di intervenire e ridurre il grave fenomeno della obesità infantile di cui l'Italia mantiene il triste primato europeo – adottando interventi che tengano conto delle dimensioni emotive, comportamentali, sociali e ambientali dei processi di salute, come è stato evidenziato nel Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030. Bisogna creare, fin dalle prime fasi di vita, una educazione culturale sociale per promuovere

stili di vita e comportamenti alimentari sani; è questo un obiettivo primario di sanità pubblica

In questa prospettiva, diventa essenziale non limitarsi a intervenire sui disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, ma prestare attenzione ai comportamenti alimentari disfunzionali, più diffusi e spesso di difficile riconoscimento e trattamento, promuovendo al contempo stili di vita salutari come fattori di protezione. Per contrastare l'obesità è necessario un equilibrio tra interventi clinici e di sanità pubblica, valorizzando la Salutogenesi: un approccio olistico che integra la cura individuale con azioni su ambiente e società, rafforzando la resilienza collettiva e i fattori che mantengono le persone in salute.

La lotta all'obesità richiede un impegno trasversale, politico e sanitario, con un coordinamento tra discipline e settori e investimenti strutturali a lungo termine, a sostegno di ambienti più salutari e favorevoli allo sviluppo della persona.

Bibliografia

1. Siracusano, A., & Niolu, C. (a cura di). (2023). Manuale di psichiatria (3ª ed.). Il Pensiero Scientifico Editore. Opel, N., Redlich, R., Grotegerd, D., Dohm, K., Heindel,
2. W., Kugel, H., ... Dannlowski, U. (2020). Brain structural abnormalities in obesity: Relation to age, genetic risk, and common psychiatric disorders. *Molecular Psychiatry*, 25(7), 1737–1746.
3. Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., ... Dixon, J. B. (2025). Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(3), 221–262.
4. Ministero della Salute, Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025–2030, 2025.
5. Patel, V. (2023). Population salutogenesis—The future of psychiatry? *JAMA Psychiatry*, 80(5), 421–422.



Massimo Federici

Prorettore alla Ricerca dell'Università
Tor Vergata di Roma e Presidente
dello Steering committee di IBDO
Foundation

L'obesità rappresenta una delle principali sfide sanitarie del nostro tempo e interessa milioni di persone in tutto il mondo. In Italia il fenomeno è particolarmente rilevante: secondo i dati ISTAT, circa il 46% degli adulti è in eccesso ponderale e quasi il 12% è affetto da obesità, pari a circa 6 milioni di persone. Questa condizione è oggi riconosciuta come una malattia cronica, multifattoriale e recidivante, determinata dall'interazione di fattori genetici, biologici, psicologici, ambientali e socioeconomici.

Uno degli aspetti più preoccupanti riguarda le numerose comorbidità associate all'obesità. Tra queste, le più frequenti sono l'ipertensione arteriosa, presente in oltre il 50% dei pazienti obesi, le malattie cardiovascolari (circa il 27,5%) e il diabete mellito di tipo 2 (25,1%). Inoltre, si stima che circa il 44% dei casi di diabete di tipo 2 e il 23% delle cardiopatie ischemiche siano attribuibili al sovrappeso e all'obesità. Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale complicanza e contribuiscono in modo significativo alla mortalità e alle ospedalizzazioni correlate all'obesità.

La gestione dell'obesità richiede un approccio multidisciplinare e personalizzato. Il trattamento di base si fonda sulla modifica dello stile di vita attraverso una corretta alimentazione, l'incremento dell'attività fisica e il supporto psicologico-comportamentale. Tuttavia, nei casi in cui tali interventi non siano sufficienti, possono essere utilizzate terapie farmacologiche specifiche. Negli ultimi anni sono stati introdotti farmaci innovativi, come gli agonisti del recettore del GLP-1 e i farmaci ad azione incretinica, che hanno dimostrato una significativa efficacia nella riduzione del peso corporeo e nel miglioramento delle comorbidità metaboliche.

Per i pazienti con obesità grave o complicata, la chirurgia bariatrica e metabolica rappresenta attualmente il trattamento più efficace e duraturo. Procedure come la sleeve gastrectomy e il bypass gastrico consentono una marcata perdita di peso e una riduzione del rischio cardiovascolare, con possibili benefici anche sulla remissione del diabete di tipo 2.

Alla luce dell'elevata prevalenza e delle sue conseguenze cliniche, l'obesità deve essere affrontata come una priorità di salute pubblica. Investire nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nell'accesso a percorsi terapeutici integrati è fondamentale per ridurre il peso della malattia sulla popolazione e sul sistema sanitario.

Il punto
di vista delle
Società Scientifiche
e dei Network





Barbara Paolini

Presidente ADI - Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica

Una legge che fa storia. Ora serve dare gambe alla riforma!

Oltre un miliardo di persone nel mondo convive oggi con l'obesità, una malattia cronica con conseguenze gravi su uomini, donne e bambini: circa 159 milioni sono bambini e adolescenti, con una prevalenza quadruplicata dal 1990 a oggi. Di fronte a questi numeri, il 2025 segna per il nostro Paese un passaggio storico. Con la Legge 3 ottobre 2025, n. 149, l'Italia è diventata il primo Paese al mondo a riconoscere per legge l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante. È il traguardo che, come ADI, insieme a tutta la comunità scientifica e alle associazioni dei pazienti, attendevamo da anni: il superamento dell'idea, ancora troppo diffusa, che l'obesità sia una colpa individuale e non una patologia da prevenire, diagnosticare e curare.

La legge non si limita all'affermazione di principio. Riconosce l'obesità nel quadro delle patologie di interesse sociale (art. 1), apre la strada all'inserimento delle prestazioni di diagnosi, cura e prevenzione nei Livelli Essenziali di Assistenza (art. 2), finanzia un Programma nazionale per la prevenzione e la cura, con particolare attenzione all'età infantile, all'allattamento al seno, alla scuola e ai corretti stili di vita (art. 3) e istituisce presso il Ministero della Salute l'Osservatorio per lo studio dell'obesità (art. 4). Sono i pilastri di quella rete pubblica integrata tra ospedale e territorio che ADI indica da tempo come l'unica via realmente efficace.

Non è un caso che questo risultato sia maturato in un anno particolarmente significativo per la nostra Associazione. Nel 2025 ADI ha celebrato i suoi 75 anni di storia (1950-2025), la più longeva società scientifica italiana nel campo della nutrizione, riunita per il suo XXVI Congresso Nazionale a Firenze, dal 9 all'11 ottobre. Proprio in quella sede il Dott. Federico Serra, Direttore Generale della IBDO Foundation e capo della segreteria tecnica dell'Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete e Malattie Croniche Non Trasmissibili, ha illustrato ai nostri soci il significato e la portata della nuova legge: un momento di forte emozione, a pochi giorni dalla promulgazione, che ha unito il valore simbolico dell'anniversario alla concretezza di una conquista istituzionale.

E tuttavia il lavoro è solo all'inizio. Come tutte le società scientifiche e, soprattutto, come tutti i pazienti, attendiamo ora il decreto attuativo. Senza i provvedimenti applicativi, a partire dall'aggiornamento dei LEA e dal riparto delle risorse tra le Regioni, la legge rischia di restare un'affermazione di principio. È il decreto a poter trasformare il riconoscimento in prestazioni reali: presa in carico multidisciplinare, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) omogenei su tutto il territorio, personale specialistico dedicato in nutrizione clinica e dietologia, accesso appropriato alla terapia, anche farmacologica, intesa come strumento di prevenzione delle complicanze.

È anche una questione di efficienza. Indirizzare le cure verso chi ne ha davvero bisogno, secondo criteri di ap-

proprietà e sulla base delle più recenti linee guida, significa migliorare insieme la spesa e l'efficacia: prevenire le comorbidità dell'obesità costa molto meno che curarle, e libera risorse preziose per il Servizio Sanitario Nazionale. ADI continuerà a mettere le proprie competenze al servizio delle Istituzioni affinché alla legge seguano scelte organizzative coerenti, perché un diritto riconosciuto sulla carta diventi finalmente un diritto esigibile per i milioni di persone che convivono con questa malattia.



Salvatore A. De Cosmo

Presidente FeSDI e IBDO Foundation Steering committee
Presidente Nazionale Associazione Medici Diabetologi-AMD

La “visione” di AMD

L'obesità, riconosciuta anche dalle Istituzioni, come patologia cronica, complessa e recidivante, si conferma oggi una delle principali sfide per la sanità pubblica globale e nazionale, considerando le evidenze epidemiologiche che mostrano come la sua prevalenza sia in costante crescita. Sappiamo che l'obesità è uno dei fattori di rischio del diabete di tipo 2, probabilmente il più potente, come emerge da evidenze fisiopatologiche oltre che da quelle epidemiologiche. E proprio per questo non possiamo più parlare di diabete di tipo 2 senza parlare di obesità. Queste due condizioni non sono solo comorbidità, ma sfide intrecciate che minano la salute dei cittadini e la tenuta economica del nostro sistema sanitario.

Pertanto il problema obesità sta emergendo come patologia associata anche al diabete di tipo 1.

La coesistenza di queste due condizioni accelera il danno d'organo e riduce drasticamente l'aspettativa di vita sana. Nelle persone con diabete ed obesità si assiste infatti non solo ad un aumento dell'incidenza degli eventi cardiovascolari, renali ed epatici ma questi sono condizionati da una prognosi peggiore rispetto ai pazienti con diabete senza obesità.

Alla luce di quanto detto ed in considerazione dei grandi numeri è necessario riconsiderare l'organizzazione dell'assistenza alle persone con diabete. La loro presa in cura non può fermarsi all'aspetto metabolico ma deve valutare il paziente in tutta la sua complessità. Quindi è da considerarsi ormai superato l'approccio puramente glucocentrico a fronte della necessità di abbracciare una gestione olistica della cronicità complessa. La presa in cura deve strutturarsi su percorsi diagnostico-terapeutici as-

sistenziali (PDTA) integrati, dove le strutture diabetologiche operino come hub interdisciplinari anche nelle nuove case di comunità. Tale rete deve connettere efficacemente medicina territoriale, specialistica e figure socio sanitarie (infermieri, dietisti, psicologi).

Oggi stiamo vivendo una rivoluzione nell'approccio terapeutico alla “diabesità” rappresentata da classi di farmaci che agiscono simultaneamente su metabolismo glucidico, peso e rischio cardiovascolare, accanto a strategie di chirurgia bariatrica, laddove indicata, ed al supporto psicologico e nutrizionale personalizzato

Affrontare la sfida dell'obesità e del diabete significa oggi unire l'innovazione farmacologica a un sistema di cure proattivo. La terapia non è più solo un farmaco, ma un percorso integrato che combina modifiche dello stile di vita, molecole intelligenti e, dove necessario, chirurgia, all'interno di una rete assistenziale che non lasci solo il paziente. Parallelamente alla clinica, la prevenzione primaria deve diventare asse portante delle politiche sanitarie pubbliche, attraverso interventi mirati agli ambienti di vita e di lavoro. Quello che possiamo definire un “ecosistema” che abbracci la “diabesità”. Non si tratta più di curare due malattie distinte, ma di gestire un'unica condizione complessa all'interno di una rete interconnessa.

Definire la gestione di diabete e obesità come un «ecosistema» significa riconoscere che la salute del paziente dipende dall'equilibrio di molteplici fattori: clinici, assistenziali, ambientali e digitali. In Italia, dove oltre il 40% degli adulti è in eccesso di peso e circa il 6% della popolazione convive con il diabete, questo approccio non è più opzionale, ma vitale.

Strumenti come l'Italian Barometer Obesity Report sono

essenziali per trasformare i dati in decisioni politiche. Affrontare l'intersezione tra obesità e diabete come priorità di salute pubblica richiede un impegno coordinato: solo attraverso percorsi strutturati e basati sull'evidenza potremo garantire la sostenibilità del sistema e la qualità della vita dei pazienti.

In sintesi, il ruolo di IBDO è quello di «misurare per migliorare»: fornire le evidenze necessarie affinché l'ecosistema della salute possa passare da un approccio reattivo ad uno preventivo e integrato.



Andrea Frasoldati
Presidente AME

Considerazioni generali, il nucleo del problema

L'organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha rilasciato quest'anno la nuova linea guida sull'uso dei GLP-1 e GLP-1/GIP RA, di fatto consolidando il ruolo di questi farmaci nella terapia dei pazienti con obesità ed inserendoli nella lista dei farmaci essenziali. Il documento della WHO sottolinea tuttavia che ad oggi, anche massimizzando la produzione e la distribuzione di questi farmaci, e consentendone una erogazione gratuita alla popolazione, sarebbe possibile soddisfare solo il 10% dell'attuale fabbisogno. Emerge con forza, quindi, che il problema obesità, condizione che affligge un numero elevatissimo ed in costante aumento di persone, non può essere risolto dalla sola terapia farmacologica. Occorre pensare ad una strategia di intervento più ampia.

Cosa possono fare le istituzioni

Sono necessarie politiche di sanità pubblica mirate alla prevenzione dell'obesità. La legge Pella sull'obesità fornisce per la prima volta un programma strutturato per la messa in atto di azioni sistematiche dedicate alla prevenzione ed al contrasto dell'obesità. Questa è la direzione verso la quale le Istituzioni dovranno indirizzare il massimo impegno. E' indispensabile indirizzare all'opinione pubblica un'informazione capillare sull'obesità, a partire dal mondo della scuola; i programmi scolastici, insieme con l'insegnamento delle materie scientifiche, dovranno prevedere nozioni dedicate ai principi base di una sana alimentazione. L'educazione all'attività fisica, lungi dall'essere la Cenerentola delle materie scolastiche, dovrebbe prevedere un maggior numero di ore e spazi adeguati. Sono concetti probabilmente scontati verso i

quali si è mantenuto per troppo tempo un atteggiamento di tipo inerziale.

Cosa può fare AME

In attesa che queste politiche possano conseguire i risultati auspicati, restano ancora molte battaglie da combattere sul versante medico-specialistico. Probabilmente il problema maggiore resta di carattere culturale: nonostante esista ora una legge sull'obesità, ancora tra molti, troppi medici stenta a farsi strada la nozione che si tratta a tutti gli effetti di una malattia cronica con riconosciuti meccanismi patogenetici. E sono in molti, troppi, a ritenere che, una volta ottenuto il dimagrimento desiderato, sia possibile allentare o addirittura sospendere ogni forma di trattamento. Nessuno penserebbe questo nel caso di altre patologie, come ad esempio il diabete, ma è quanto avviene nel caso dell'obesità. Infine, i centri dedicati alla cura dell'obesità, in grado di offrire percorsi multidisciplinari sufficientemente articolati e completi sono ancora in numero con limitato e questo determina un ostacolo concreto all'accessibilità delle cure.

AME ha come mission quella di divulgare tra i propri associati, attualmente oltre 2900, una "cultura dell'obesità" incentrata sulla medicina basata sull'evidenza e finalizzata alla promozione nella pratica clinica di una assistenza di qualità. Senza dimenticare che occuparsi di obesità significa occuparsi di rischio cardio-nefrovascolare, di assetto lipidico, di funzionalità epatica, di diabete. Per questo, AME ha voluto organizzare nel 2026 la prima edizione di un congresso dedicato all'area metabolica nel suo insieme, centrato su obesità, diabete e dislipidemie, con ampie sessioni dedicate a nutrizione e attività fisica,

con l'obiettivo di una formazione a tutto tondo dell'endocrinologo su queste tematiche.

La finalità è quella di accrescere la competenza di un numero sempre maggiore di medici nella gestione del paziente con obesità, introducendo un approccio non soltanto mirato alla riduzione del peso quanto al trattamento e la prevenzione delle complicanze: in altri termini, dal "treat to target" al "treat to benefit".

In quest'ottica AME ha recentemente condotto a termine la revisione della "Linea guida sulla terapia dell'obesità nella popolazione adulta affetta da complicanze e patologie correlate all'obesità resistenti allo stile di vita". Si tratta di un documento che auspichiamo possa delineare con efficacia le varie opzioni terapeutiche sulla base dei diversi quadri clinici, promuovendo una filosofia di trattamento sartoriale, condivisa con il paziente. Inoltre, proprio in questi giorni sta per essere completata la prima linea guida dedicata al trattamento dell'obesità adolescenziale, tematica che AME, insieme con le altre numerose società medico-scientifiche partecipanti, ha identificato come assolutamente prioritaria.

L'AME conferma pertanto il proprio impegno, insieme con le altre principali società scientifiche dell'area endocrino-metabolica per realizzare un cambio di paradigma sui tanti aspetti dell'obesità: dalla patogenesi della malattia, alla messa a punto delle strategie di intervento più appropriate, in un contesto di gestione multidisciplinare integrata del paziente.



Angelo Avogaro
Coordinatore EUDF Italia

Obesità, prevenzione cardiometabolica e ruolo strategico di EUDF Italia

L'obesità rappresenta oggi una delle principali sfide sanitarie, sociali ed economiche per l'Europa e per l'Italia. Non si tratta più esclusivamente di un problema nutrizionale o comportamentale, ma di una malattia cronica, recidivante e multifattoriale, strettamente interconnessa con il diabete mellito tipo 2, le malattie cardiovascolari, la malattia renale cronica, la steatosi epatica metabolica e numerose condizioni oncologiche e neurodegenerative. L'obesità oggi deve essere considerata come una malattia a se stante.

Il recente orientamento della Commissione Europea, espresso attraverso il "EU Cardiovascular Health Plan – The Safe Hearts Plan", riconosce chiaramente il ruolo centrale dell'obesità nel burden cardiovascolare europeo e identifica la prevenzione cardiometabolica come priorità strategica dei prossimi anni.

In questo contesto, EUDF Italia assume un ruolo particolarmente rilevante nel promuovere una nuova visione integrata delle patologie cardiometaboliche. EUDF evidenzia infatti come diabete, obesità, ipertensione, insufficienza renale cronica e malattie cardiovascolari debbano essere considerate elementi di uno stesso continuum fisiopatologico e assistenziale. Questo approccio supera la tradizionale frammentazione per specialità e propone invece un modello centrato sulle traiettorie di rischio e sulla prevenzione precoce lungo tutto il corso della vita.

L'obesità è oggi uno dei principali driver dell'aumento delle malattie cardiovascolari in Europa. Secondo la documentazione della Commissione Europea e di EFPIA, oltre il 75% delle morti cardiovascolari è associato a fattori di rischio modificabili, tra cui ipertensione arteriosa, diabete e obesità. Inoltre, il burden dell'obesità non è di-

istribuito uniformemente: esso colpisce in misura maggiore le popolazioni vulnerabili, le aree socioeconomicamente fragili e i contesti urbani più svantaggiati, contribuendo all'ampliamento delle disuguaglianze di salute.

A tal fine EUDF ha istituito un Tavolo Tematico "Obesity & Lifestyle Strategies" che testimonia come l'obesità debba essere affrontata attraverso un approccio sistemico, scientificamente fondato e non stigmatizzante. Un elemento centrale di questa strategia è rappresentato dalla Tassonomia dell'Obesità proposta da EASO (European Association for the Study of Obesity), che introduce un linguaggio condiviso e una classificazione più moderna della malattia. La Tassonomia EASO non si limita infatti alla semplice valutazione del BMI, ma considera la complessità biologica, clinica, psicologica e sociale dell'obesità.

L'adozione nazionale della Tassonomia EASO rappresenta un passaggio strategico fondamentale. L'Italia è stata il primo Paese EASO a sviluppare un adattamento ufficiale della Tassonomia in lingua italiana, con l'obiettivo di favorire l'utilizzo di una terminologia scientificamente corretta nei contesti clinici, istituzionali, educativi e mediatici. Questo approccio è cruciale non solo per migliorare la qualità della presa in carico clinica, ma anche per ridurre lo stigma associato all'obesità, che rappresenta ancora oggi una barriera significativa all'accesso alle cure e all'aderenza terapeutica.

EUDF Italia propone inoltre un modello innovativo di applicazione della Tassonomia EASO alle strategie lifestyle e ai programmi di prevenzione cardiometabolica. Il documento individua alcune linee operative prioritarie: riformulazione dei programmi educativi nelle scuole e nelle comunità, integrazione della stadiazione clinico-funzionale dell'obesità nei PDTA e nelle cartelle cliniche

elettroniche, implementazione di interventi di promozione della salute non stigmatizzanti e sviluppo di percorsi di decisione condivisa tra pazienti e professionisti sanitari.

Particolarmente rilevante è il collegamento tra obesità e programmi di cardiovascular health checks previsti dal Safe Hearts Plan. La Commissione Europea e EFPIA sottolineano infatti la necessità di introdurre protocolli europei standardizzati di screening cardiovascolare e cardiometabolico. In tale contesto, l'obesità viene riconosciuta come parametro fondamentale da includere nella valutazione precoce del rischio, insieme a pressione arteriosa, profilo lipidico, glicemia e familiarità cardiovascolare. EFPIA propone esplicitamente che ogni cittadino europeo effettui entro i 35 anni una valutazione cardiometabolica completa ("Know Your Numbers by 35"), comprendente BMI, circonferenza vita e valutazione dell'adiposità centrale.

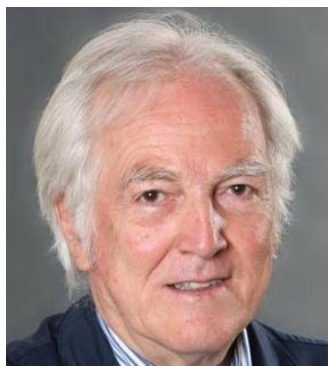
EUDF Italia può svolgere un ruolo strategico nell'implementazione italiana di questi programmi di screening e prevenzione. Il Policy Paper propone infatti la creazione di un "National Cardiometabolic Framework" integrato, capace di connettere diabetologia, cardiologia, nefrologia, nutrizione clinica, medicina generale, salute digitale e farmacie territoriali. L'obiettivo è trasformare il Safe Hearts Plan in una piattaforma nazionale di innovazione sanitaria e prevenzione cardiometabolica.

Un altro elemento di grande rilevanza è rappresentato dalla digitalizzazione e dall'utilizzo dei dati sanitari. EUDF Italia propone la creazione di un "National Cardiometabolic Data Hub", interoperabile con il Fascicolo Sanitario Elettronico e con l'European Health Data Space, per monitorare i fattori di rischio, supportare la prevenzione personalizzata e sviluppare modelli predittivi basati su intelligenza artificiale. Questo approccio appare particolarmente promettente nell'ambito dell'obesità, dove strumenti digitali, telemedicina e monitoraggio remoto possono migliorare l'aderenza ai programmi lifestyle, favorire il coinvolgimento dei cittadini e ridurre le disuguaglianze territoriali.

EUDF Italia attribuisce inoltre grande importanza alle strategie di prevenzione primaria e agli interventi sugli stili di vita. Il Safe Hearts Plan richiama esplicitamente il ruolo di alimentazione, attività fisica, urban health, qualità dell'aria, stress e determinanti sociali nella salute cardiovascolare. EUDF Italia propone quindi una strategia intersettoriale che coinvolga scuole, comunità locali, amministrazioni comunali e politiche urbane, promuovendo città "cardioprotette", mobilità attiva, ambienti salutarie e programmi di health literacy.

Infine, il ruolo di EUDF Italia appare cruciale anche sul piano della governance. Viene proposta la creazione di una Cabina di Regia Nazionale per il Safe Hearts Plan, con il coinvolgimento di Ministero della Salute, Regioni, ISS, AGENAS, AIFA, ANCI, FOI e società scientifiche. In questo modello, EUDF Italia può agire come piattaforma di coordinamento tra istituzioni, professionisti sanitari, mondo scientifico e cittadini, favorendo l'integrazione tra prevenzione cardiovascolare, diabete, obesità e innovazione digitale.

In conclusione, l'obesità rappresenta oggi uno dei principali determinanti del burden cardiovascolare europeo e richiede una risposta integrata, multidisciplinare e non stigmatizzante. Il Safe Hearts Plan e le iniziative europee sui cardiovascular health checks offrono una opportunità storica per ridefinire le politiche di prevenzione cardiometabolica. In questo contesto, EUDF Italia può svolgere un ruolo di leadership scientifica, culturale e organizzativa, promuovendo l'adozione della Tassonomia EASO, favorendo l'integrazione delle strategie lifestyle con la prevenzione cardiovascolare e contribuendo alla costruzione di una nuova architettura della salute cardiometabolica in Italia ed Europa.



Giuseppe Fatati
Presidente Italian Obesity
Network

Le azioni per combattere l'obesità

E' evidenza comune che fino ad oggi i sistemi sanitari, governativi, alimentari, i media e gli ambienti in cui lavoriamo e viviamo non sono stati in grado di contrastare in modo significativo l'aumento dei tassi di obesità. L'Italian Obesity Network nel 2018 ha pubblicato il Manifesto per un futuro sostenibile e dopo cinque anni ha prodotto una nuova edizione che ha identificato un percorso virtuoso finalizzato al raggiungimento di quattro obiettivi: dare priorità all'obesità come MCNT (malattie croniche non trasmissibili), costruire l'alfabetizzazione sanitaria, ottimizzare le strategie di prevenzione e migliorare i servizi. In questo periodo si sono fatti strada tre concetti base: sindemia, esposoma e planetary health. Il termine sindemia deriva dalla crasi delle parole sinergia, epidemia, pandemia ed endemia. L'interazione di obesità, malnutrizione e cambiamenti climatici è compresa nel termine Global Syndemic per la copresenza nello stesso periodo storico, le comuni determinanti sociali e la reciproca influenza. Nel 2005 Christopher Wild ha introdotto l'esposoma, concetto innovativo che include l'esposizione ambientale e le relative risposte biologiche. L'esposoma è l'insieme di fattori esterni in grado di incidere sul nostro organismo tra cui ciò che mangiamo, respiriamo, facciamo, le nostre esperienze e dove viviamo abitualmente. Campo di ricerca innovativo è l'epigenetica dell'obesità dismetabolica. La definizione salute del pianeta (Planetary Health) si riferisce alla salute interdipendente tra gli esseri umani e l'ambiente; la salute dell'uno è strettamente legata a quella dell'altro. L'Urban Health Rome Declaration del 2017 ha definito gli aspetti strategici di azione per migliorare la salute nelle città che devono essere considerati un investimento e non solo un costo.

Con il termine Urban Health si fa riferimento a una visione integrata, che inserisce azioni di promozione della salute nella pianificazione territoriale e urbana e che consente di definire prestazioni che abbiano impatto positivo sulla popolazione. L'Urban Health riconduce a ciò che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito "salute in tutte le politiche" (Health in All Policies) ovvero un approccio alle politiche pubbliche che, tenga sistematicamente conto delle implicazioni di salute, cercando sinergie virtuose tra i diversi settori al fine di migliorare il benessere e l'equità sanitaria. In relazione all'obesità e non solo stiamo assistendo ad un superamento del paradigma individuale basato sulla responsabilità personale e al tentativo di costruzione di ambienti favorevoli alla salute. Siamo convinti che sia essenziale progettare città e periferie che tengano conto del benessere dei residenti, in termini di legami sociali, accessibilità e infrastrutture se vogliamo veramente contrastare il fenomeno obesità. In ambito urbano, il weight management non deve essere unicamente il risultato di scelte individuali, ma consequenziale a assetti strutturali in grado di influenzare quotidianamente e positivamente i comportamenti. Alcune regioni iniziano a seguire questa linea; un esempio su tutti: l'Emilia Romagna ha approvato con delibera di Giunta regionale n. 1869 del 17/11/2025 il documento «Urban Health - Promuovere indirizzi intersettoriali per la vivibilità, la salute e il benessere urbano». Riprogettare le nostre città vuol dire anche ridurre le disuguaglianze e le barriere sociali che consentono l'accesso alla "wellness economy" solo a chi ha adeguate possibilità economiche. Per questi motivi l'Italian Obesity Network sta patrocinando un intervento complesso di urban e rural health (Vivi Bene Valnerina, i per-

corsi del benessere) che ha come obiettivo principale la riscoperta dei percorsi in natura lungo le sponde del fiume Nera. I fiumi urbani sono fondamentali per l'urban health in quanto infrastrutture verdi e blu che, se riqualificate, favoriscono non solo la promozione dell'attività fisica e la mitigazione del clima urbano (isola di calore) ma consentono il miglioramento della qualità dell'aria e la riscoperta della dieta mediterranea regionale attraverso il foraging attivo. Un ultimo punto va poi tenuto in grande considerazione: le persone con obesità si sentono spesso emarginate e più del resto della popolazione presentano un rapporto bidirezionale con la depressione. Le sponde fluviali sicure sono fondamentali per l'urban health in quanto infrastrutture verdi e blu che, se riqualificate, fungono da piattaforme di interazione che favoriscono la connessione sociale. Condividere l'ambiente riduce il senso di isolamento e aumenta la fiducia verso l'altro, anche senza un dialogo diretto, stimola il senso di appartenenza e identità collettiva e migliora il benessere psicologico (green exercise). I paesaggi fluviali plasmano positivamente le nostre emozioni. In Gran Bretagna e Canada i medici prescrivono da tempo percorsi in natura come terapia. Un team di ricercatori del King's College di Londra ha stabilito che il massimo del beneficio si ottiene in presenza di acqua, piante e animali selvatici. La paura atavica delle esondazioni ha spinto le amministrazioni a cementificare le sponde dei fiumi e dei torrenti, escludendoli dalla vita cittadina. Al contrario l'acqua può e deve divenire un cardine della moderna salute urbana e un alleato prezioso per contrastare l'obesità. Dobbiamo avere il coraggio di non pensare più a città contro l'acqua, ma a città con l'acqua e a progettare una equità sociale del benessere.



Claudio Cricelli
Presidente HEI

Obesità come ecosistema

Una visione politica per la medicina del nostro tempo

C'è un modo di guardare all'obesità che ha smesso di funzionare. È il modo che la riduce a problema individuale — di volontà, di disciplina, di stile di vita — e che, di conseguenza, ne fa una questione clinica delimitata: il medico la cura, l'accademica, l'amministrativa — tiene rigorosamente separate: la trasformazione industriale del cibo, la trasformazione dell'ambiente costruito in cui viviamo, la trasformazione chimica degli ambienti naturali, e — non meno determinanti — la trasformazione sociale, culturale e antropologica del modo in cui mangiamo. Ognuno di questi fenomeni è stato studiato da discipline diverse, governato da ministeri diversi, regolato da norme diverse. Nessuno di essi, da solo, spiega l'obesità. Tutti insieme, la producono.

La Lancet Commission del 2019 ha coniato per questa convergenza la parola **sindemia**: l'idea che obesità, malnutrizione e crisi climatica non siano epidemie parallele ma manifestazioni diverse di uno stesso disordine sistemico. È una parola che la medicina italiana ha citato molto e applicato poco. Continuiamo a comportarci come se l'obesità fosse il risultato di scelte individuali sbagliate dentro un ambiente neutro — quando l'ambiente è il vero motore, e le scelte individuali sono in larga parte la sua conseguenza.

La cornice One Health, che riconosce l'indivisibilità della salute umana, animale e degli ecosistemi, restituisce all'obesità la sua natura reale. Quando la stessa anomalia metabolica attraversa specie, dieta e stile di vita radicalmente diversi — uomini, animali domestici, persino animali da reddito — non è più credibile parlare di responsabilità individuale. C'è un ambiente comune che produce un esito comune. La medicina, se vuole essere

efficace, deve imparare a leggere quell'ambiente e ad agire su di esso.

La trama dei determinanti

Per capire la sindemia occorre tenere insieme determinanti che la cultura clinica è abituata a guardare uno alla volta, ma che agiscono come una trama unica. È questa simultaneità — non l'intensità di un singolo fattore — il vero motore epidemiologico.*La trasformazione sociale.* La struttura della famiglia, del lavoro e del tempo è cambiata più in due generazioni che nei due secoli precedenti. Il pasto condiviso, scandito e riconoscibile come momento sociale, si è dissolto nella frammentazione del tempo individuale; mangiare è diventato un atto solitario, mobile, sovrapposto ad altre attività. La perdita del rito del pasto non è folklore: è la rimozione di un dispositivo di regolazione collettiva del comportamento alimentare che ogni cultura, fino a poco fa, aveva elaborato.

La trasformazione dell'alimentazione. Ciò che oggi chiamiamo «cibo» in larga parte non lo è nel senso in cui lo era per le generazioni precedenti. La sostituzione progressiva degli alimenti veri con prodotti ultraprocesati — densi di energia, poveri di nutrienti, ingegnerizzati per superare i meccanismi naturali di sazietà — ha modificato il rapporto biologico fra essere umano e cibo. Non si tratta di moralizzare: si tratta di riconoscere che la matrice alimentare con cui il nostro metabolismo si è co-evoluto è stata sostituita in pochi decenni da una matrice industriale che il corpo umano non è attrezzato a regolare.

La trasformazione della presentazione del cibo. Il cibo non arriva più al consumatore: lo **raggiunge**, lo **insegue**, lo **seduce**. Pubblicità, packaging, design dei punti vendita, geografia degli scaffali, architettura dei

menu digitali, raccomandazioni algoritmiche delle piattaforme di delivery: tutto un dispositivo persuasivo orienta scelte che il consumatore percepisce come libere. La presentazione del cibo è diventata un'industria autonoma, con metriche di efficacia comportamentale paragonabili a quelle di altri settori dell'attenzione. Su scala collettiva, modifica la curva del consumo più di qualunque raccomandazione nutrizionale.

I movimenti migratori e l'incontro delle culture alimentari. Le migrazioni — interne, internazionali, intergenerazionali — sono uno dei grandi laboratori della transizione nutrizionale contemporanea. Chi si sposta porta con sé una cultura del cibo, ne incontra altre, ne perde alcune, ne assume altre ancora. Il risultato non è una somma armoniosa ma una stratificazione complessa, in cui spesso il primo elemento a cedere è la dieta d'origine, sostituita dalle opzioni più accessibili — quasi sempre le più processate e le meno nutrienti — del Paese di arrivo. La sindemia incrocia qui la sindrome della doppia esposizione: malnutrizione e obesità nella stessa famiglia, talvolta nella stessa persona.

La trasformazione della distribuzione. La filiera del cibo si è radicalmente concentrata e disintermediata. Pochi grandi attori dominano la grande distribuzione organizzata; le piattaforme di delivery hanno aggiunto un livello ulteriore di concentrazione e di asimmetria informativa fra produttore e consumatore; i mercati di prossimità, i piccoli produttori, le filiere corte si sono diradati nelle periferie e nei territori marginali, lasciando ***food desert*** in cui l'unica offerta praticabile è quella industriale. La geografia stessa del cibo è oggi un determinante di salute, e disegna disuguaglianze sanitarie territoriali prima ancora che individuali.

La trasformazione dei costi. Negli stessi territori in cui la distribuzione si è impoverita, il prezzo relativo degli alimenti freschi, non processati e nutrizionalmente densi è cresciuto rispetto a quello dei prodotti ultraprocessati, energeticamente densi e poveri. Mangiare bene è diventato, per quote crescenti di popolazione, una scelta economicamente onerosa; mangiare male, una scelta razionale dentro un vincolo di bilancio. Le politiche di sanità pubblica che ignorano questa asimmetria di prezzo — pretendendo dai più vulnerabili comportamenti che il mercato rende loro proibitivi — sono destinate a fallire, e a fallire selettivamente sui gruppi sociali che dovrebbero proteggere.

Nessuno di questi determinanti, preso isolatamente, spiega l'obesità contemporanea. Tutti insieme, intrecciati con la trasformazione dell'ambiente costruito e con l'esposizione cumulativa agli interferenti endocrini, for-

mano l'ecosistema dentro il quale la malattia diventa probabile — per molti, quasi inevitabile. È questa trama, non il singolo filo, l'oggetto reale di una politica della salute degna di questo nome.

La medicina generale come osservatorio ecosistemico

In Italia abbiamo una risorsa che pochi altri Paesi possiedono nella stessa misura: una medicina generale capillare, di prossimità, che conosce il paziente nel suo contesto familiare e territoriale. Il medico di famiglia non è semplicemente il primo livello del sistema sanitario: è l'unico professionista che osserva contemporaneamente la persona, la sua biografia, il quartiere in cui vive, il cibo che ha a disposizione, le esposizioni del suo lavoro, le pressioni economiche che ne condizionano le scelte.

Questa posizione di osservatorio ha un valore epistemico, oltre che clinico. Solo dalla medicina generale si vede la sindemia per quello che è: non una curva statistica nazionale ma un mosaico di gradienti locali — il gradient periferia-centro nelle grandi città, il gradient nord-sud nelle regioni, il gradient generazionale fra i giovani adulti, il gradient socio-economico che ricompare ovunque si guardi. Sono gradienti che nessuna sorveglianza centralizzata coglie con la stessa nitidezza, perché si manifestano nella relazione clinica continuativa.

L'errore politico, in questi anni, è stato di non trattare la medicina generale come un'infrastruttura strategica del sistema-salute. La si è considerata talvolta un costo da contenere, talvolta un anello da riformare, raramente come ciò che è realmente: il principale dispositivo di sorveglianza ecosistemica dello Stato. Una sanità che voglia governare la sindemia dell'obesità — e con essa quella delle malattie croniche complesse — deve partire da qui: riconoscere la medicina generale come architettura portante della salute pubblica, e non come terminale di prestazioni.

Tre rovesciamenti necessari

La visione di ecosistema implica tre rovesciamenti di prospettiva che la politica sanitaria italiana ha finora evitato.

****Dal sintomo al sistema.**** Trattare l'obesità «una persona alla volta» è doveroso, ma è curare l'esito mentre si lascia intatta la trama. La trama — sociale, alimentare, comunicativa, migratoria, distributiva, economica, urbana, chimica — è quella che abbiamo appena descritto, e non può essere affrontata dall'ambulatorio. Una politica sanitaria seria deve poter dire — e finanziare — interventi sui determinanti, non solo sui loro effetti: leve fiscali che riequilibrino il prezzo relativo del cibo sano, re-

golazione del marketing alimentare e del design persuasivo (a partire dai minori), etichettatura comprensibile, mense scolastiche e ospedaliere come laboratori di educazione nutrizionale, politiche di riequilibrio della distribuzione contro i food desert urbani e rurali, pianificazione urbanistica che restituisca camminabilità e prossimità, programmi mirati all'accompagnamento nutrizionale delle popolazioni in transizione migratoria. Nessuna di queste azioni può essere svolta dall'ambulatorio, e nessuna può essere rimandata.

****Dal silos al patto.**** Sanità, agricoltura, ambiente, urbanistica e istruzione non possono continuare a essere ministeri separati che si parlano per cortesia. L'ecosistema dell'obesità si forma all'intersezione delle loro competenze, e finché ciascuno ottimizza il proprio mandato l'esito complessivo continuerà a peggiorare. Serve un patto di governance — nazionale e regionale — che metta queste politiche su un unico tavolo, con obiettivi quantificati e responsabilità condivise. La sindemia non si governa con i bilanci di un solo dicastero.

****Dal farmaco alla prevenzione strutturale.**** L'innovazione farmacologica ha portato e porterà strumenti utili, e la medicina deve saperli usare nelle indicazioni appropriate. Ma una società che affida principalmente al farmaco la gestione di un fenomeno ecosistemico commette tre errori insieme: scarica sul singolo paziente una causalità che è collettiva; trasferisce alla farmaceutica una quota crescente della spesa che andrebbe investita a monte; rinuncia a interrogare i sistemi che producono la malattia. La prevenzione strutturale è meno spettacolare di una terapia, ma è la sola che cambia la traiettoria di una popolazione. È anche, sul lungo periodo, la sola economicamente sostenibile.

La salute come bene comune ecosistemico

Sotto questi rovesciamenti c'è un cambio di paradigma più profondo, che riguarda l'idea stessa di salute. Per un secolo abbiamo pensato la salute come un attributo individuale prodotto da un sistema di cure. La sindemia ci sta dicendo che questa definizione non basta più: la salute è un bene comune ecosistemico, prodotto dall'intero ambiente — alimentare, urbano, chimico, sociale, economico — in cui le persone vivono. Le cure intervengono quando questo bene comune si è già degradato; la politica deve agire perché non si degradi.

Per la medicina italiana questo cambio di paradigma è insieme una sfida e un'opportunità. La sfida è uscire dall'ambulatorio come unico orizzonte d'azione, e riconoscere che la nostra responsabilità professionale si estende ai determinanti che producono la malattia che curiamo. L'opportunità è enorme: un Paese con una medicina generale come la nostra, con una tradizione di sanità pubblica come la nostra, con un patrimonio agricolo e urbanistico come il nostro, ha tutti gli elementi per disegnare un modello europeo di gestione ecosistemica della cronicità. Non lo stiamo facendo. Potremmo farlo.

Una scelta politica

La sindemia dell'obesità non è un tema tecnico. È una scelta politica su che tipo di sistema sanitario vogliamo essere nei prossimi vent'anni: un sistema che cura sempre più persone con sempre più strumenti e sempre più costi, inseguendo una traiettoria che continua a peggiorare; oppure un sistema che riconosce l'obesità come esito di un ecosistema malato e che agisce, contemporaneamente, sulla persona e sull'ecosistema.

La prima strada è la prosecuzione dell'esistente. È pacifistica, perché non chiede a nessuno di cambiare davvero — né al medico, né al decisore, né alla filiera produttiva, né alla comunità. Ma è la strada del fallimento progressivo: ogni anno trattiamo di più e otteniamo di meno, ogni anno spendiamo di più e curiamo peggio le complicanze.

La seconda strada è più difficile, perché chiede a tutti — clinici, amministratori, politici, cittadini — di accettare una corresponsabilità che il modello individualista aveva fatto comoda dimenticare. Ma è la sola coerente con quello che sappiamo ormai dell'obesità: che è il volto umano di un ecosistema disfunzionale, e che si cura — davvero, durevolmente — solo curando quell'ecosistema.

La domanda che dovremmo porci, come comunità medica e come decisori, non è «quanto possiamo migliorare le nostre cure», ma «quanto siamo disposti a cambiare l'ambiente che produce la malattia». È una domanda politica nel senso più alto del termine. La risposta che daremo definirà non solo la salute degli italiani dei prossimi decenni, ma la natura stessa del nostro sistema sanitario — e il significato che vogliamo attribuire alla parola medicina.



Adriana Bonifacino
Italian Wellness Alliance
IWA



Frida Leonetti
Italian Wellness Alliance
IWA

L'Italian Wellness Alliance IWA durante la Presidenza della Senatrice Daniela Sbröllini si è impegnata nel promuovere il benessere complessivo delle persone divulgando l'importanza di implementare la consapevolezza delle varie dimensioni del benessere inteso come armonia fra le varie componenti che lo delineano.

Il benessere individuale infatti non può essere inteso solo come stato di salute fisica, ma necessita di includere anche altre componenti, considerando la sfera intellett-

tuale, psicologica, emotiva, sociale, spirituale, professionale, finanziaria e ambientale. L'equilibrio fra queste diverse dimensioni caratterizza il benessere di una persona in toto e, pertanto, anche la possibilità di migliorare il proprio stile di vita apportando gli eventuali correttivi necessari.

Nelle persone affette da obesità quanto descritto è di cruciale importanza.

Sintesi del Manifesto dell'Italian Wellness Alliance (IWA 2025)

Il benessere non si limita a mantenersi in buona salute fisica attraverso una sana alimentazione, esercizio e gestione del peso corporeo, ma è un'integrazione olistica con altre dimensioni necessarie ad abbracciare uno stile di vita consapevole non solo per se stessi ma anche per la comunità.

1. Benessere fisico

Dieta equilibrata e nutriente
Attività fisica personalizzata e regolare
Adeguate riposo e recupero
Prevenzione delle malattie

2. Benessere intellettuale

Coltivare curiosità ed interessi
Impegnarsi nell'apprendimento continuo
Sviluppare il pensiero critico e creativo
Condividere il sapere

3. Benessere emotivo

Riconoscere e gestire emozioni
Avere una visione positiva
Coltivare la resilienza
Avere un sano equilibrio emotivo

4. Benessere sociale

Creare e mantenere relazioni positive
Partecipare attivamente alla comunità
Sviluppare l'empatia e supporto reciproco
Bilanciare tempo per sé e per gli altri

5. Benessere spirituale

Definire i propri valori e principi per la propria vita
Coltivare momenti di riflessione e crescita interiore
Partecipare ad attività che diano senso e scopo
Rispettare e accettare le diversità spirituali altrui

6. Benessere professionale

Scegliere il proprio lavoro
Coltivare proprie competenze
Equilibrare vita personale e carriera
Contribuire ad un ambiente positivo

7. Benessere finanziario

Saper gestire le proprie risorse
Evitare il sovraindebitamento
Stabilire obiettivi finanziari realistici
Strategie di risparmio per imprevisti

8. Benessere ambientale

Consapevolezza delle proprie azioni
Rispetto della natura
Cura degli spazi pubblici e privati
Azioni per la salvaguardia del pianeta

Il valore del benessere per la compliance alle cure, nelle persone che devono perdere peso, non può limitarsi a valutare l'alimentazione, il comportamento alimentare e l'attività fisica, bensì necessita di includere anche altre sfere, altrettanto importanti, quali la situazione psicologica e sociale, culturale, lavorativa, economica e, soprattutto, il vissuto e le capacità di interpretarlo e le possibilità reali di modificarlo.

L'obesità spesso viene vissuta non come uno stato patologico, ma come condizione dipendente dai propri comportamenti, ed è per questo che alla luce della definizione mondiale di "malattia cronica recidivante", ora accettata anche in Italia (legge Pella 2025), l'impegno di IWA è determinante accendere la consapevolezza nell'intera società, a tutti i livelli, affinché si possa sconfiggere lo stigma e promuovere una salute collettiva attraverso scelte individuali e azioni comunitarie.

La gravità delle possibili complicanze dell'obesità, sia per le singole persone che per la salute sociale per le importanti ricadute sul Sistema Sanitario Nazionale, ci impongono moralmente ed economicamente un cambio di passo urgente su tutti i fronti citati, sia per esercitare una prevenzione mirata laddove vi siano segnali personali e familiari di disfunzioni metaboliche, sia per la presa in carico interdisciplinare di chi già presenta la patologia in modo manifesto.

Il Manifesto IWA, firmato dalle più importanti e autorevoli istituzioni e società scientifiche del nostro paese, vuole sottolineare l'alleanza all'azione, sia per il benessere individuale che per la responsabilità collettiva, al fine favorire la crescita di una comunità sempre più sana e sostenibile. La salute intesa come fondamento del benessere, deve essere tutelata attraverso l'impegno delle singole persone, delle istituzioni e dell'intera società, nessuno escluso.



Michele Carruba
Vice Presidente
OPEN Italy



Federico Serra
Direttore Generale
OPEN Italy

Il punto di vista di OPEN Italy sulle sfide dell'obesità in Italia

Dalla nuova stagione legislativa alla responsabilità scientifica, sociale e internazionale

L'obesità rappresenta oggi una delle più grandi sfide di salute pubblica per l'Italia, non solo per la sua crescente diffusione, ma per la complessità clinica, sociale, economica e culturale che la caratterizza. Non siamo più di fronte a un semplice fattore di rischio, né a una condizione riconducibile esclusivamente agli stili di vita individuali. L'obesità è una malattia cronica, progressiva e recidivante, fortemente condizionata da determinanti biologici, genetici, ambientali, sociali, psicologici ed economici.

Per OPEN Italy, il 2026 deve rappresentare l'anno del passaggio definitivo dalla consapevolezza all'attuazione. L'approvazione della **Legge 3 ottobre 2025, n. 149**, recante disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità, costituisce una svolta storica: l'Italia si è dotata di una cornice normativa specifica, riconoscendo l'obesità come malattia cronica e ponendo le basi per politiche nazionali di prevenzione, presa in carico e contrasto allo stigma.

Questa legge, tuttavia, non deve essere considerata un punto di arrivo. È piuttosto l'inizio di una nuova fase, nella quale sarà decisivo tradurre i principi in percorsi assistenziali concreti, omogenei e accessibili in tutto il Paese. La comunità scientifica nazionale si attende ora l'inserimento pienamente operativo dell'obesità nel **Piano Nazionale della Cronicità**, il rafforzamento dei centri specialistici, la definizione di PDTA regionali,

l'accesso equo alle terapie validate e una presa in carico multidisciplinare che coinvolga medici di medicina generale, pediatri, specialisti, dietisti, psicologi, farmacisti, infermieri, scuole, comuni e comunità locali.

I dati confermano l'urgenza. In Italia, circa quattro adulti su dieci presentano eccesso ponderale; le stime PASSI indicano che il fenomeno riguarda una quota significativa della popolazione adulta, con forti disuguaglianze territoriali, sociali e culturali. Nei bambini, secondo OKkio alla Salute 2023, il 19% risulta in sovrappeso e il 9,8% presenta obesità, con un ulteriore 2,6% in condizione di obesità grave.

Per OPEN Italy, questi numeri impongono una riflessione profonda: l'obesità non può essere affrontata solo negli ambulatori, ma deve diventare una priorità trasversale delle politiche pubbliche. Servono città che favoriscano il movimento, scuole capaci di educare alla salute, mense e ambienti alimentari più sani, campagne contro lo stigma, politiche fiscali e regolatorie coerenti, un'informazione corretta e una sanità di prossimità in grado di intercettare precocemente il rischio.

La nuova legge italiana introduce un principio fondamentale: la persona con obesità ha diritto a essere riconosciuta, curata e accompagnata, non giudicata. Questo passaggio culturale è decisivo. Lo stigma legato al peso produce ritardo diagnostico, isolamento, riduzione dell'accesso alle cure e peggioramento degli esiti clinici. Combatterlo significa difendere dignità, equità e appropriatezza terapeutica.

Il tema italiano si collega direttamente ai grandi scenari internazionali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera sovrappeso e obesità tra le principali sfide pre-

venibili e gestibili legate alle malattie croniche non trasmissibili. Il **World Obesity Atlas 2025** richiama l'attenzione sul legame tra obesità, diabete, malattie cardiovascolari, tumori e mortalità prematura, sottolineando la necessità di sistemi sanitari preparati e politiche pubbliche più incisive.

A livello globale si sta inoltre affermando una nuova visione scientifica dell'obesità, meno centrata sul solo indice di massa corporea e più orientata alla valutazione del rischio clinico, delle complicanze, della distribuzione del grasso corporeo, della salute metabolica e della qualità di vita. Questo approccio, discusso anche in ambito internazionale, rafforza l'esigenza di una medicina personalizzata, multidisciplinare e fondata sull'evidenza.

OPEN Italy ritiene che l'Italia possa assumere una leadership europea e internazionale su questo tema. Dopo il riconoscimento legislativo, il nostro Paese può diventare un laboratorio avanzato di politiche integrate contro l'obesità, capace di coniugare prevenzione, cura, innovazione terapeutica, equità di accesso, ricerca scientifica e contrasto alle disuguaglianze.

Le priorità per il 2026 sono chiare: rendere operativa la legge, inserire stabilmente l'obesità nei percorsi della cronicità, garantire risorse adeguate, rafforzare la rete dei centri, promuovere diagnosi precoce, assicurare accesso alle terapie efficaci, proteggere bambini e adolescenti dagli ambienti obesogeni, sviluppare politiche urbane favorevoli alla salute e costruire una grande alleanza tra istituzioni, società scientifiche, professionisti, associazioni dei pazienti e cittadini.

L'obesità è una malattia della persona, ma anche uno specchio della società. Per questo la risposta non può essere frammentata. Deve essere clinica, sociale, educativa, urbana, economica e culturale. OPEN Italy intende contribuire a questa nuova stagione con un ruolo di advocacy scientifica e istituzionale, promuovendo un modello italiano fondato su conoscenza, responsabilità e inclusione.

La sfida dell'obesità non riguarda solo il peso dei corpi, ma il peso delle disuguaglianze, degli ambienti, delle scelte politiche e della capacità del sistema sanitario di innovare. Il 2026 deve essere l'anno in cui l'Italia dimostra che riconoscere l'obesità come malattia significa anche riconoscere pienamente il diritto alla salute, alla cura e alla dignità delle persone.



Gianfranco Sinagra
Presidente SIC



Pasquale Perrone Filardi
Past President SIC

Linee operative di gestione dell'OBESITA'. Il ruolo e punto di vista della Società Italiana di Cardiologia

Gianfranco Sinagra, Presidente Società Italiana di Cardiologia (2026-2028); Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi Trieste

Pasquale Perrone Filardi, Past President Società Italiana di Cardiologia, Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli Federico II

Stefania Paolillo, Segretaria Società Italiana di Cardiologia, Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli Federico II

Federica Marzano, Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli Federico II

L'obesità rappresenta oggi una delle principali sfide di sanità pubblica a livello globale, configurandosi come uno dei principali determinanti del rischio cardiovascolare. In Italia, l'eccesso ponderale coinvolge oltre il 46% della popolazione adulta, di cui circa il 12% risulta affetto da obesità; tuttavia, anche in età pediatrica il fenomeno assume dimensioni preoccupanti: secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, circa il 27% dei bambini italiani è in sovrappeso e quasi il 10% obeso. Tale scenario contribuisce al progressivo incremento dell'incidenza di ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo 2, dislipidemia, sindrome metabolica, sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS), malattia renale cronica, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica e rischio embolico, con importanti ripercussioni cliniche, sociali ed

economiche per il Servizio Sanitario Nazionale.

Il riconoscimento dell'obesità come una malattia cronica, multifattoriale, recidivante e progressiva implica la necessità di superare approcci frammentati e occasionali, orientando le politiche sanitarie verso modelli strutturati di prevenzione, diagnosi precoce, trattamento multidisciplinare e follow-up.

In questo contesto, la Società Italiana di Cardiologia sente il compito di promuovere un cambiamento culturale e organizzativo che integri stabilmente l'obesità nei percorsi di prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria e di cura. La cardiologia moderna non può infatti limitarsi alla gestione dell'evento acuto o delle sue complicanze, ma deve assumere un ruolo centrale nella governance del rischio cardiometabolico lungo tutto il continuum della malattia.

Obesità e rischio cardiovascolare: una priorità strategica

L'associazione tra obesità e malattie cardiovascolari è oggi supportata da solide evidenze epidemiologiche e cliniche. L'eccesso di tessuto adiposo determina alterazioni emodinamiche, infiammatorie, neuro-ormonali e metaboliche che favoriscono lo sviluppo di aterosclerosi, rimodellamento cardiaco, disfunzione endoteliale e danno d'organo.

Il rischio cardiovascolare aumenta progressivamente già nelle condizioni di sovrappeso e cresce ulteriormente nei pazienti con obesità moderata e severa. L'obesità viscerale, in particolare, rappresenta uno dei più importanti

predittori indipendenti di eventi cardiovascolari avversi maggiori.

Tutte le principali società scientifiche internazionali sottolineano la necessità di considerare l'obesità una componente centrale della prevenzione cardiovascolare. Nonostante ciò, nella pratica clinica persistono significative criticità: l'obesità continua a essere sottodiagnosticata, raramente codificata come diagnosi principale e frequentemente affrontata in modo episodico e frammentario. Tale approccio riduce l'aderenza terapeutica, perde di vista la globalità delle problematiche e ostacola l'accesso a percorsi di cura appropriati ed in continuità ospedale territorio.

Per queste ragioni, la Società Italiana di Cardiologia intende promuovere un modello culturale fondato sul riconoscimento dell'obesità nella globalità delle sue componenti e con approccio multidisciplinare.

Impatto economico e sostenibilità del sistema sanitario

L'obesità rappresenta anche una delle principali sfide economiche per i sistemi sanitari contemporanei. In Italia, i costi diretti e indiretti attribuibili all'obesità superano diversi miliardi di euro ogni anno, con una quota rilevante legata alle complicanze cardiovascolari, alle ospedalizzazioni ripetute, alla disabilità e alla perdita di produttività lavorativa.

La prevenzione dell'obesità deve pertanto essere considerata un investimento strategico e non un costo aggiuntivo. Numerosi studi dimostrano infatti che gli interventi precoci sui fattori di rischio cardiometabolico determinano una significativa riduzione delle ospedalizzazioni, degli eventi cardiovascolari maggiori e della spesa sanitaria a lungo termine. Non è solo un problema di medicalizzazione dei percorsi ma di approccio socio-culturale coniugato ad una solida impostazione scientifica specialistica.

In questa prospettiva, la Società Italiana di Cardiologia può svolgere un ruolo determinante nel promuovere modelli organizzativi basati sul valore, orientati al trattamento della malattia conclamata ed alla riduzione del rischio e prevenzione delle complicanze.

Necessità di un approccio politico e intersettoriale

Il contrasto all'obesità non può essere demandato esclusivamente alla pratica clinica individuale. La complessità del fenomeno richiede politiche pubbliche integrate, capaci di intervenire sui determinanti sociali, ambientali, nutrizionali ed economici della salute. Le evidenze internazionali dimostrano infatti che i programmi di prevenzione risultano realmente efficaci soltanto quando accompagnati da interventi strutturali quali la promozione dell'attività fisica, l'educazione alimentare nelle scuole, la regolamentazione del marketing dei prodotti ad alta densità calorica, l'accessibilità economica agli alimenti salutari, la pianificazione urbana orientata alla mobilità attiva e la riduzione delle disuguaglianze sociali.

L'obesità presenta infatti una stretta correlazione con le fragilità socioeconomiche, educative e territoriali. Numerose evidenze dimostrano che i soggetti appartenenti alle fasce sociali più vulnerabili presentano una maggiore prevalenza di obesità e un rischio più elevato di complicanze cardiovascolari. La minore disponibilità economica, il ridotto accesso ad alimenti salutari, la carenza di spazi urbani adeguati all'attività fisica e il basso livello di alfabetizzazione sanitaria contribuiscono significativamente a determinare uno svantaggio in termini di salute cardiometabolica.

Nel contesto italiano persistono inoltre rilevanti differenze regionali nell'accesso ai percorsi di prevenzione e cura dell'obesità. In molte aree del Paese, i servizi multidisciplinari dedicati risultano insufficienti o scarsamente integrati, con conseguente ritardo diagnostico e limitata continuità assistenziale. Tali criticità risultano particolarmente evidenti nelle aree economicamente più svantaggiate, dove l'impatto dell'obesità sul carico di malattia cardiovascolare tende a essere maggiore.

Per questa ragione, le politiche di prevenzione cardiovascolare dovrebbero includere strategie specifiche orientate all'equità sanitaria, favorendo un accesso uniforme ai programmi di screening, alle terapie innovative e ai percorsi multidisciplinari di trattamento. In tale contesto, la Società Italiana di Cardiologia è disponibile nel dialogo con decisori politici, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regioni e altre società scientifiche, promuovendo l'inclusione dell'obesità nel desiderabile Piano Nazionale per la Prevenzione Cardiovascolare.

Un elemento centrale riguarda inoltre la necessità di uniformare i percorsi assistenziali sul territorio nazionale. È quindi necessario sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali condivisi, multidisciplinari e standardizzati, capaci di integrare ospedale, territorio e medicina generale.

Il ruolo della cardiologia nella gestione dell'obesità

La cardiologia deve assumere un ruolo sempre più centrale nella gestione dell'obesità. I cardiologi rappresentano infatti uno dei principali punti di contatto con i pazienti ad alto rischio cardiometabolico e hanno l'opportunità di intercettare precocemente condizioni di sovrappeso e obesità. La valutazione del BMI, della circonferenza vita e degli altri parametri antropometrici dovrebbe diventare parte integrante dell'inquadramento cardiologico corrente, al pari della misurazione della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca o del profilo lipidico. Analogamente, il counselling sul peso corporeo dovrebbe essere considerato una componente strutturale della prevenzione cardiovascolare con attenzione alla famiglia che spesso nella sua globalità riflette stili alimentari non corretti ed attività fisica insufficiente.

È necessario superare alcune criticità organizzative e formative, attraverso una educazione specifica sulla gestione dell'obesità in ottica preventiva, di riconoscimento e cura.

La Società Italiana di Cardiologia, per gli ambiti di competenza, intende proporsi ed investire nella formazione continua dei professionisti sanitari (medici, fisioterapisti di riabilitazione cardiologica, infermieri, nutrizionisti, psicologi) sviluppando programmi educativi dedicati alla medicina dell'obesità, alla comunicazione con il paziente e la famiglia ed alla gestione multidisciplinare del rischio cardiometabolico.

Un elemento strategico riguarda infatti la riabilitazione cardiologica. Le strutture di riabilitazione rappresentano infatti un contesto ideale per integrare esercizio fisico supervisionato, educazione nutrizionale, supporto psicologico e monitoraggio clinico. La riabilitazione cardiologica potrebbe diventare uno dei principali hub assistenziali per la gestione integrata dell'obesità nei pazienti cardiovascolari.

Obesità pediatrica e prevenzione precoce

Una particolare attenzione deve essere rivolta all'obesità infantile e adolescenziale, che rappresenta uno dei principali determinanti del rischio cardiovascolare futuro. L'eccesso ponderale in età evolutiva si associa infatti precocemente ad alterazioni metaboliche, ipertensione arteriosa, insulino-resistenza e disfunzione endoteliale, aumentando significativamente la probabilità di sviluppare malattie cardiovascolari in età adulta.

L'Italia continua a registrare percentuali elevate di sovrappeso e obesità pediatrica rispetto alla media europea, evidenziando la necessità di rafforzare le politiche di prevenzione primaria. In tale ambito, la scuola e la famiglia rappresentano contesti strategici per promuovere educazione alimentare, attività fisica e corretti stili di vita nell'individuo e nel suo contesto familiare e di comunità.

La prevenzione precoce deve diventare una priorità delle politiche cardiometaboliche nazionali. Intervenire durante l'infanzia consente infatti di ridurre significativamente il rischio di cronicizzazione dell'obesità e, di conseguenza l'impatto sfavorevole sui rischi metabolici (diabete, dislipidemia), inattività fisica ed ipertensione.

Innovazione terapeutica e accesso alle cure

Le recenti innovazioni farmacologiche stanno modificando profondamente il paradigma terapeutico dell'obesità. Gli agonisti recettoriali del GLP-1 e le nuove terapie incretiniche hanno dimostrato risultati senza precedenti in termini di riduzione ponderale, miglioramento metabolico e riduzione del rischio cardiovascolare.

Queste evidenze impongono una riflessione politica e manageriale sull'accesso appropriato alle nuove terapie anti-obesità nel contesto di approcci integrati globali. La sostenibilità del sistema richiede criteri chiari di appropriatezza prescrittiva, identificazione delle popolazioni ad alto rischio e definizione di modelli di rimborsabilità coerenti con il beneficio clinico atteso.

Anche la chirurgia bariatrica e metabolica deve essere considerata parte integrante dei percorsi terapeutici nei pazienti con obesità severa e comorbidità cardiovascolari. Tali procedure devono però essere inserite all'interno di percorsi multidisciplinari altamente specializzati, con adeguata selezione dei pazienti e follow-up a lungo ter-

mine che sappia guardare alla globalità degli interventi e problematiche attive e potenziali.

Modelli organizzativi e integrazione assistenziale

La gestione efficace dell'obesità richiede un modello organizzativo integrato e continuativo. La frammentazione dei percorsi assistenziali rappresenta oggi uno dei principali ostacoli alla presa in carico del paziente cardiometabolico.

È necessario sviluppare reti cliniche multidisciplinari che coinvolgano cardiologi, medici di medicina generale, endocrinologi, internisti, nutrizionisti, psicologi, specialisti della riabilitazione e chirurghi bariatrici.

La medicina territoriale ha un ruolo fondamentale nel monitoraggio a lungo termine e per la continuità assistenziale. In questo contesto, le Case della Comunità e i nuovi modelli di sanità territoriale vanno resi concretamente operativi nell'ambito di un sistema organizzato di relazioni e condivisione dei ruoli, scelte e responsabilità, anche attraverso il monitoraggio di indicatori.

Anche la digitalizzazione può contribuire significativamente alla condivisione di dati ed interventi nella gestione dell'obesità. Strumenti di telemedicina, monitoraggio remoto multiparametrico, piattaforme digitali e intelligenza artificiale possono migliorare l'aderenza terapeutica, facilitare il follow-up e ottimizzare la gestione delle cronicità.

Anche in questi contesti, la Società Italiana di Cardiologia potrebbe promuovere progetti pilota e modelli innovativi di gestione integrata, favorendo la raccolta di dati real world e la valutazione degli outcome clinici ed economici.

Monitoraggio degli outcome e governance sanitaria

La raccolta sistematica dei dati clinici e organizzativi potrà favorire lo sviluppo di registri nazionali dedicati al rischio cardiometabolico e consentire una programmazione sanitaria maggiormente orientata agli esiti. In questo contesto, la Società Italiana di Cardiologia può contribuire alla definizione di standard assistenziali e modelli di valutazione condivisi. L'obiettivo finale deve essere la costruzione di un sistema sanitario capace non solo di

trattare le complicanze cardiovascolari dell'obesità, ma anche di prevenirne l'insorgenza attraverso un approccio proattivo, integrato, monitorato e sostenibile.

Ricerca, formazione e advocacy

Il contrasto all'obesità richiede un forte investimento nella ricerca clinica, epidemiologica e traslazionale. È necessario comprendere meglio i meccanismi fisiopatologici che collegano obesità e malattia cardiovascolare, identificare nuovi biomarcatori di rischio e sviluppare strategie terapeutiche sempre più personalizzate. Numerosi Gruppi di Ricerca Universitari in Italia hanno sviluppato ricerca qualificata nei vari ambiti del danno endoteliale, meccanismi infiammatori, disordini trombotici, ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, rischio metabolico, insufficienza cardiaca, cardiopatia ischemica, disturbi del respiro e tono autonomo. Appare importante continuare ad investire in sviluppo di conoscenza per un approccio globale alla cura ed alla ricerca di modelli organizzativi efficaci, efficienti e sostenibili.

È assolutamente fondamentale rafforzare la cultura della prevenzione all'interno della comunità scientifica e della popolazione generale. La comunicazione sanitaria dovrà essere basata su evidenze scientifiche, evitando semplificazioni, frammentazioni inopportune dei saperi e messaggi stigmatizzanti. Sapere guardare alla complessità.

La Società Italiana di Cardiologia può svolgere un ruolo di advocacy fondamentale, promuovendo campagne nazionali di sensibilizzazione, collaborazioni istituzionali e programmi educativi rivolti ai professionisti sanitari e ai cittadini.

Appare prioritario definire obiettivi, interventi, modalità organizzative, risorse economiche e indicatori nell'ambito di un Piano Nazionale per le Malattie Cardiovascolari che in analogia al Piano Oncologico sappia orientare, stratificando per fasce d'età, ma fin dall'infanzia, strategie informative ed educative oltre che di intervento quando necessario.

Sarà inoltre importante favorire il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e della società civile, al fine di costruire modelli di cura centrati sulla persona.

Conclusioni

L'obesità rappresenta una delle principali determinanti del carico cardiovascolare nel nostro Paese, richiede un cambiamento profondo delle strategie di prevenzione e gestione sanitaria e deve costituire uno degli obiettivi prioritari di un Piano Nazionale per le Malattie Cardiovascolari.

La Società Italiana di Cardiologia con i suoi 5400 soci, oltre 260 Docenti e Ricercatori in tutte le Università, 42 Scuole di Specializzazione e 21 Gruppi di Studio, ha certamente l'opportunità di influenzare sensibilità culturali, produrre e trasferire conoscenza e promuovere organizzazioni nuove, capaci di riconoscere e gestire l'obesità come malattia cronica e fattore prioritario di rischio cardiovascolare in tutte le sue componenti, con attenzioni agli individui, alle famiglie ed alla società. Fondamentali l'approccio multidisciplinare, l'attenzione ai temi della governance e continuità dei percorsi ospedale-territorio e dell'intensificazione delle relazioni intersocietarie. Per questi obiettivi saranno fondamentali anche le iniziative europee di Advocacy per le malattie cardiovascolari (Safe Hearts Plan) della Federazione Italiana di Cardiologia e quelle nazionali di educazione e formazione di comunità promosse dalla Fondazione Italiana per il Cuore della Società Italiana di Cardiologia.

Solo attraverso politiche sanitarie coordinate, investimenti strutturali e modelli assistenziali integrati sarà possibile ridurre il peso dell'obesità come malattia e dei fattori ad essa correlati e da essa condizionati, migliorando gli outcomes cardiovascolari e garantendo equità e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.



Raffaella Buzzetti
Presidente SID

Obesità, diabete tipo 2 e innovazione terapeutica: una nuova stagione per la specialistica endocrino-metabolica

Il ruolo della ricerca, dei centri specialistici e della presa in carico integrata

Obesità e diabete tipo 2 rappresentano oggi due delle principali emergenze sanitarie globali, profondamente intrecciate sul piano epidemiologico, biologico, e clinico.. La crescente diffusione di entrambe le condizioni impone una riflessione che superi una visione frammentata della malattia e orienti i sistemi sanitari verso modelli integrati di prevenzione, diagnosi precoce, cura e continuità assistenziale.

La relazione tra obesità e diabete tipo 2 è strettissima. L'eccesso di tessuto adiposo, in particolare quello viscerale, contribuisce allo sviluppo di insulino-resistenza, infiammazione cronica di basso grado e alterazioni metaboliche che favoriscono la comparsa del diabete e delle sue complicanze cardiovascolari, renali ed epatiche. Parallelamente, l'obesità costituisce uno dei principali determinanti del rischio di sviluppare il diabete tipo 2 patologia che influisce significativamente sulla qualità e sull'aspettativa di vita delle persone.

Per questo motivo, la comunità scientifica considera oggi obesità e diabete condizioni strettamente interconnesse all'interno di un continuum cardionefrovascolare che richiede approcci terapeutici coordinati e multidisciplinari. In questo scenario, la ricerca scientifica e l'innovazione

terapeutica stanno aprendo prospettive straordinarie, modificando profondamente la capacità di intervenire non soltanto sul controllo glicemico, ma anche sul peso corporeo, sul rischio cardiovascolare e sulla protezione d'organo.

Negli ultimi anni abbiamo assistito allo sviluppo di terapie innovative capaci di incidere simultaneamente su molteplici dimensioni della malattia metabolica, migliorando gli outcome clinici e offrendo nuove opportunità di trattamento per le persone con obesità e diabete tipo 2. Si tratta di un cambiamento epocale, che richiede tuttavia una profonda evoluzione organizzativa e culturale del sistema sanitario. Il paradigma terapeutico sta evolvendo da una logica di semplice compenso metabolico a una strategia di prevenzione delle complicanze e protezione d'organo

La ricerca italiana ha avuto e continua ad avere un ruolo importante in questo processo. I centri diabetologici ed endocrino-metabolici del nostro Paese rappresentano una rete di eccellenza clinica e scientifica che ha contribuito allo sviluppo di modelli avanzati di presa in carico della persona con malattia metabolica cronica. Oggi queste competenze possono e devono essere ulteriormente valorizzate anche nell'ambito dell'assistenza alla persona con obesità.

I recenti provvedimenti legislativi e normativi che hanno riconosciuto l'obesità come malattia cronica segnano un passaggio storico molto rilevante. Questo riconoscimento non ha soltanto un valore simbolico o culturale, ma apre la strada a una ridefinizione concreta dei per-

corsi di cura, delle responsabilità organizzative e delle priorità di sanità pubblica. La sfida adesso è trasformare il riconoscimento normativo in modelli assistenziali realmente operativi, accessibili e omogenei sul territorio nazionale.

In questa prospettiva, i centri specialistici possono svolgere un ruolo centrale. Le competenze maturate nella gestione del diabete, delle dislipidemie, delle complicanze cardiovascolari e delle patologie metaboliche consentono oggi di offrire una presa in carico integrata della persona con obesità, fondata sulla multidisciplinarietà, sulla personalizzazione delle cure e sulla continuità assistenziale.

La persona con obesità necessita infatti di percorsi complessi che includano valutazione clinica, inquadramento metabolico, supporto nutrizionale, attività fisica personalizzata, sostegno psicologico, gestione farmacologica e, nei casi appropriati, accesso alla chirurgia bariatrica. Nessuna figura professionale da sola può rispondere efficacemente a questa complessità. È necessario costruire reti integrate in cui specialisti diabetologi, dietisti, psicologi, medici di medicina generale e altri professionisti collaborino in modo coordinato. L'innovazione terapeutica richiede percorsi di appropriatezza clinica, monitoraggio e continuità assistenziale che rendono centrale il ruolo delle strutture specialistiche integrate con il territorio.

Un altro elemento fondamentale riguarda la diagnosi precoce. Troppo spesso obesità e alterazioni metaboliche vengono intercettate tardivamente, quando sono già presenti complicanze cardiovascolari o diabete conclamato. Investire nello screening del rischio cardiometabolico, nella prevenzione e nell'identificazione precoce delle persone fragili rappresenta una priorità strategica per la sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale.

Accanto alla dimensione clinica, è necessario affrontare anche quella culturale e sociale. L'obesità continua a essere accompagnata da stigma, semplificazioni e pregiudizi che ostacolano l'accesso alle cure e producono un impatto negativo sulla salute mentale e sulla qualità

della vita delle persone. Riconoscere l'obesità come malattia significa anche promuovere una nuova cultura della cura, fondata sull'evidenza scientifica, sul rispetto della persona e sull'equità di accesso ai trattamenti.

La Società Italiana di Diabetologia ritiene che questa nuova fase debba essere accompagnata da investimenti nella ricerca clinica, traslazionale e organizzativa, nella formazione dei professionisti sanitari e nel rafforzamento delle reti assistenziali territoriali. Innovazione terapeutica e innovazione organizzativa devono procedere insieme.

L'obesità e il diabete tipo 2 rappresentano una delle grandi sfide della medicina contemporanea, ma anche un ambito nel quale la ricerca scientifica sta dimostrando la propria straordinaria capacità di trasformare la cura e migliorare la vita delle persone. La possibilità di intervenire precocemente sul rischio metabolico e cardiovascolare, modificando la storia naturale della malattia, costituisce oggi una delle opportunità più importanti per la salute pubblica.

Per affrontare questa sfida sarà necessario consolidare un'alleanza forte tra istituzioni, comunità scientifica, professionisti sanitari, università, associazioni dei pazienti e società civile. Solo attraverso un approccio integrato e multidisciplinare sarà possibile garantire alle persone con obesità e diabete percorsi di cura realmente efficaci, appropriati e sostenibili.

La specialistica metabolica dispone oggi delle competenze, degli strumenti scientifici e delle innovazioni terapeutiche per svolgere un ruolo sempre più centrale in questo percorso. Il compito delle istituzioni e del sistema sanitario sarà quello di creare le condizioni affinché tali opportunità possano tradursi in benefici concreti e accessibili per tutti i cittadini. La sfida che abbiamo davanti non riguarda soltanto l'introduzione di nuove terapie, ma la costruzione di un nuovo modello di medicina cardiometabolica, capace di integrare innovazione scientifica, presa in carico multidisciplinare ed equità di accesso alle cure



Silvio Buscemi
Presidente SIO

L'obesità non si cura con una soluzione, ma con un sistema

L'obesità rappresenta oggi una delle principali sfide sanitarie, sociali ed economiche del nostro Paese. Sebbene i dati più recenti (1) suggeriscano un possibile rallentamento della crescita della prevalenza in alcuni segmenti della popolazione, le dimensioni del fenomeno restano estremamente preoccupanti. L'obesità continua a essere una malattia ampiamente sotto-diagnosticata e sotto-trattata, nonostante il suo impatto sulla salute individuale e collettiva sia ormai pienamente documentato.

Un primo elemento critico riguarda la disponibilità di dati. Non è possibile governare efficacemente una malattia che non viene adeguatamente misurata. In Italia non disponiamo ancora di registri nazionali dedicati all'obesità e persino la rilevazione del BMI, parametro semplice, economico e tuttora indispensabile per la diagnosi, risulta largamente insufficiente nella pratica clinica territoriale. L'esperienza dello studio ITROS (2) ha dimostrato quanto sia importante poter disporre di dati real-world per comprendere il reale impatto della malattia e programmare interventi efficaci. In questo contesto, appare necessario individuare soluzioni che consentano di conciliare la tutela della privacy con le esigenze della ricerca e della programmazione sanitaria.

L'obesità è anche la malattia delle disuguaglianze. Colpisce maggiormente le fasce sociali più fragili, le aree geografiche più svantaggiate e le persone con minori opportunità educative. Persistono nel nostro Paese marcate differenze territoriali, con una prevalenza più ele-

vata nelle regioni meridionali e una distribuzione spesso inversa delle risorse assistenziali dedicate. Parallelamente assistiamo a una progressiva riduzione dell'adesione alla dieta mediterranea, soprattutto nei gruppi sociali più vulnerabili, mentre aumenta il consumo di alimenti ultra-processati, spesso economicamente più accessibili.

In questo scenario assume particolare rilevanza il paradigma One Health. L'obesità non può più essere considerata esclusivamente il risultato di comportamenti individuali, ma il prodotto dell'interazione tra determinanti biologici, ambientali, sociali ed economici. I sistemi di produzione e distribuzione degli alimenti, l'urbanizzazione, la disponibilità di spazi per l'attività fisica, l'esposizione a interferenti endocrini e la qualità dell'ambiente influenzano profondamente il rischio di sviluppare la malattia. Affrontare l'obesità significa quindi intervenire contemporaneamente sulla salute delle persone, delle comunità e degli ecosistemi.

La prevenzione deve iniziare precocemente. Le scuole devono diventare luoghi privilegiati di promozione della salute, attraverso programmi strutturati e continuativi che favoriscano corretti stili di vita, attività fisica e consapevolezza alimentare. Le evidenze scientifiche dimostrano come molte patologie croniche dell'età adulta trovino origine nell'eccesso ponderale dell'età infantile e adolescenziale.

Negli ultimi anni si è aperta una nuova fase nella cura dell'obesità. Oltre agli interventi nutrizionali, comportamentali e chirurgici, sono oggi disponibili farmaci innovativi capaci di produrre una significativa riduzione del

peso corporeo e di migliorare numerose complicanze cardio-metaboliche, epatiche e renali associate alla malattia. Per la prima volta disponiamo di strumenti terapeutici in grado di modificare in maniera sostanziale la storia naturale dell'obesità. Tuttavia, l'accesso a tali cure rimane fortemente condizionato dalle possibilità economiche individuali, generando una nuova e inaccettabile forma di disuguaglianza.

L'obiettivo terapeutico non deve essere esclusivamente la riduzione del peso corporeo, ma il miglioramento della composizione corporea, della funzionalità fisica, della qualità di vita e delle complicanze associate alla malattia.

La Legge 149/2025 (3) ha finalmente riconosciuto l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante. È ora necessario tradurre questo importante risultato normativo in una concreta organizzazione assistenziale attraverso reti regionali dedicate, PDTA specifici e centri anti-obesità multidisciplinari qualificati, integrati con il territorio. La complessità della malattia richiede infatti un approccio globale che affianchi agli interventi farmacologici e chirurgici una presa in carico nutrizionale, psicologica e funzionale. In tali centri devono operare in modo coordinato medici specialisti con competenze specifiche nella nutrizione clinica e nella gestione dell'obesità, dietisti, psicologi, specialisti dell'esercizio fisico e delle discipline coinvolte nella diagnosi e nel trattamento delle numerose complicanze associate. In questo percorso il medico di medicina generale riveste un ruolo centrale nell'identificazione precoce della malattia, nell'orientamento del paziente e nella continuità delle cure.

Con la recente Carta di Erice (4), promossa dalla Società Italiana dell'Obesità e condivisa da numerose società scientifiche e associazioni, la comunità scientifica ha indicato una direzione chiara: riconoscere che l'obesità è una malattia da prevenire, diagnosticare e curare attraverso un sistema coordinato di competenze, risorse e responsabilità. Perché l'obesità non si cura con una singola soluzione, ma con un sistema che scelga di mettere realmente la salute delle persone al centro delle proprie priorità.

Bibliografia

- 1) NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Obesity rise plateaus in developed nations and accelerates in developing nations. *Nature* 2026; 653:510-518. doi: 10.1038/s41586-026-10383-0.
 - 2) Buscemi S, Busetto L, Pagotto U, Sbraccia P, Bagatin C, Barzaghi S, Pegoraro V, Gerbino C, Delmonte D, Clementi L. The burden of obesity in primary care in Italy: Italian real-world overweight/obesity study (ITROS). *Eat Weight Disord* 2025; 30:83. doi: 10.1007/s40519-025-01791-8.
 - 3) Buscemi S, De Luca M, Busetto L, Barazzoni R, Sbraccia P, Belluzzi A, Monami M, Zani I, Serra F. The Italian parliament first to recognize obesity as a chronic and relapsing disease. *Nat Med* 2026; 32:14-15. doi: 10.1038/s41591-025-04112-9.
- 1) <https://sio-obesita.org>



Maurizio De Luca
Presidente SICOB

Obesità e SICOB.

La sfida della complessità tra prevenzione, innovazione e medicina di precisione.

L'obesità è oggi una delle principali emergenze sanitarie globali. Non si tratta semplicemente di una condizione caratterizzata da un eccesso di peso corporeo, ma di una malattia cronica, multifattoriale, recidivante e progressiva associata a complicanze e responsabile di un impatto rilevante sulla qualità della vita, sulla mortalità e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari.

In questo scenario, la SICOB - Società Italiana di Chirurgia ed Altri Trattamenti dell'Obesità - rappresenta da oltre trent'anni un punto di riferimento nazionale per la promozione della cultura scientifica, della prevenzione e del trattamento dell'obesità e delle malattie metaboliche correlate. La nostra Società riunisce circa 2.500 professionisti e coordina una rete di 161 centri distribuiti sull'intero territorio nazionale, caratterizzati da una consolidata organizzazione multidisciplinare e multiprofessionale.

L'obesità è una malattia complessa e, come tale, richiede competenze diverse che operino in maniera integrata. Nei centri SICOB collaborano quotidianamente nutrizionisti, dietologi, psicologi, psichiatri, endoscopisti, chirurghi metabolico-bariatrici, anestesisti, diabetologi, cardiologi, radiologi, fisiatri, fisioterapisti, case manager e bariatric nurse. Questo modello organizzativo rappresenta uno dei maggiori punti di forza della nostra rete e costituisce la base per garantire percorsi assistenziali appropriati e personalizzati così come definiti dalle Linee Guida Nazionali approvate dal Sistema Nazionale Linee Guida (2003) e dai diversi PDTA regionali ed aziendali.

La prevenzione rappresenta una priorità strategica. SICOB insieme a Fondazione SICOB e numerose iniziative territoriali, è impegnata in un'intensa attività di sensibilizzazione rivolta alla popolazione generale. Incontri pubblici, eventi educativi, manifestazioni sportive, campagne informative e momenti di confronto con cittadini e istituzioni sono strumenti fondamentali per promuovere una maggiore consapevolezza sul tema dell'obesità. Particolare rilevanza assume il progetto dedicato alle scuole, che vede il coinvolgimento diretto di professionisti SICOB con l'obiettivo di diffondere tra bambini e adolescenti una cultura della salute fondata su corretti stili alimentari, attività fisica e benessere psicologico. Intervenire precocemente significa investire concretamente sul futuro delle nuove generazioni e contribuire a ridurre il peso sociale e sanitario della malattia. Parallelamente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità continua a sottolineare il ruolo cruciale della prevenzione precoce, dell'educazione sanitaria e delle politiche rivolte alle nuove generazioni per contrastare efficacemente la crescente diffusione dell'obesità.

Negli ultimi anni il trattamento dell'obesità ha conosciuto una profonda evoluzione clinica. Le più recenti evidenze scientifiche internazionali, condivise IFSO (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders) e recepite dalla SICOB, indicano chiaramente la necessità di superare approcci standardizzati per orientarsi verso modelli di medicina di precisione. L'identificazione dei diversi fenotipi dell'obesità consente oggi di definire percorsi terapeutici sempre più mirati, costruiti sulle caratteristiche cliniche, metaboliche, psicologiche e comportamentali del singolo paziente. Nel contempo gli studi sviluppati da SICOB nell'ambito di IFSO-European

Chapter hanno evidenziato come l'integrazione tra interventi sullo stile di vita, terapie farmacologiche, procedure endoscopiche e chirurgia metabolica e bariatrica rappresenti il modello più avanzato per garantire risultati clinici a lungo termine.

Disponiamo di strumenti terapeutici sempre più efficaci, quali interventi nutrizionali personalizzati, supporto psicologico e/o psichiatrico, terapia farmacologica, programmi riabilitativi, procedure endoscopiche bariatriche, chirurgia metabolica e bariatrica e percorsi strutturati di modifica dello stile di vita. Tuttavia, la crescente esperienza clinica e le più autorevoli evidenze scientifiche ci insegnano che il successo terapeutico non dipende dall'efficacia del singolo intervento, bensì dalla capacità di integrare competenze e trattamenti all'interno di un percorso condiviso.

La sfida dell'obesità richiede quindi una nuova visione culturale oltre che sanitaria. È necessario che l'opinione pubblica tutta riconosca questa patologia come una malattia cronica che merita percorsi dedicati, risorse adeguate e un accesso uniforme alle cure su tutto il territorio nazionale. La SICOB continuerà a promuovere ricerca, formazione, innovazione e prevenzione, con la convinzione che soltanto attraverso una presa in carico multiprofessionale, personalizzata e combinata sia possibile offrire ai pazienti le migliori opportunità di cura e di salute.

Questa è la mission che guida quotidianamente il lavoro della nostra Società Scientifica, vale a dire trasformare la complessità dell'obesità in percorsi di cura efficaci, basati sulle evidenze e centrati sulla persona.

1. World Health Organization Regional Office for Europe. The Challenge of Obesity, 2024.
2. World Health Organization. Obesity and Overweight. Fact Sheet, 2025.
3. M De Luca et al. International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders – IFSO European Chapter. Development of the IFSO-EC Grade-Based Guidelines on the Surgical Treatment of Obesity Using Multimodal Strategies, 2024.
4. M De Luca et al. Meta-analysis of Randomized Controlled Trials for the Development of the IFSO-EC Guidelines on Multimodal Strategies for the Surgical Treatment of Obesity. Diabetes, Obesity and Metabolism, 2025.



Diego Ferone
Presidente SIE

Negli ultimi decenni l'obesità ha assunto proporzioni epidemiche, configurandosi come una delle più rilevanti emergenze sanitarie, evidenziando la necessità di politiche sociali e sanitarie in grado di contrastare tale tendenza.

La Società Italiana di Endocrinologia (SIE) riconosce l'obesità come una malattia cronica, complessa e multifattoriale che richiede un approccio scientifico e clinico sempre più strutturato.

In questo scenario, l'endocrinologia occupa una posizione centrale. La comprensione dei meccanismi che regolano l'omeostasi energetica ha consentito di superare una visione semplicistica della malattia e di riconoscere il ruolo dei sistemi neuroendocrini nella regolazione dell'appetito, della sazietà e del peso corporeo. La scoperta della leptina ha segnato una svolta paradigmatica, dimostrando che il tessuto adiposo è un vero organo endocrino e che il peso corporeo è sottoposto a sofisticati meccanismi di controllo biologico.

Le recenti acquisizioni fisiopatologiche hanno identificato nuovi bersagli terapeutici che stanno cambiando i percorsi di cura dell'obesità. Gli ormoni intestinali e i recettori delle incretine rappresentano esempi concreti di come la ricerca endocrinologica abbia trasformato le conoscenze biologiche in terapie innovative ed efficaci.

Investire nella ricerca migliora la comprensione dei processi biologici che regolano il bilancio energetico, l'accumulo e la disfunzione del tessuto adiposo e lo sviluppo delle complicanze cardio-metaboliche.

Altro obiettivo fondamentale della SIE è quello di stimolare l'interesse verso la ricerca di base, traslazionale e clinica, affinché la comprensione dei meccanismi biologici che regolano l'omeostasi energetica possa tradursi rapi-

damente nell'identificazione di nuovi bersagli terapeutici, di predittori di risposta alle cure e di strategie sempre più efficaci e personalizzate per i pazienti.

La SIE si propone di svolgere un ruolo di riferimento nella formazione dei professionisti della salute in ambito di obesità. L'organizzazione della Società in Club tematici dedicati si propone di ottimizzare le risorse e le attività societarie. In questo contesto Il Club Nutrizione Ormoni e Metabolismo ha organizzato eventi formativi e prodotto position statement e documenti scientifici, contribuendo a trasformare le evidenze disponibili in strumenti concreti per la pratica clinica, di supporto ad una gestione dell'obesità sempre più appropriata, aggiornata e basata sulle evidenze.

Tra le principali iniziative formative del 2025/26 ricordiamo la SIE Obesity School e la SIE VLEKT School (focalizzata sull'uso appropriato della terapia chetogenica), programmi educativi dedicati all'aggiornamento e alla formazione degli specialisti coinvolti nella gestione dell'obesità, con particolare interesse agli aspetti endocrini, nutrizionali, metabolici e comportamentali della patologia.

È quindi fondamentale promuovere una nuova narrativa dell'obesità, libera da stigma e semplificazioni, capace di riconoscerne la reale complessità fisiopatologica e clinica. Solo attraverso interventi integrati, personalizzati e orientati al lungo termine sarà possibile interrompere i numerosi circoli viziosi che ne favoriscono l'insorgenza e il mantenimento.

L'auspicio SIE è che l'obesità possa un giorno rappresentare una sfida del passato, come già avvenuto per molte altre patologie che la medicina è riuscita a controllare efficacemente.



Malgorzata Wasniewska

Presidente SIEDP

L'obesità in età pediatrica rappresenta oggi una delle sfide di salute pubblica più urgenti e complesse per il Sistema Sanitario Nazionale. Nonostante i progressi degli ultimi 15 anni, l'Italia si colloca ancora tra le nazioni europee con i livelli più alti di eccesso ponderale infantile, insieme ad altre nazioni dell'area mediterranea.

Infatti, in Italia, i dati della sorveglianza nazionale OKkio alla SALUTE 2023, condotta su oltre 46.000 bambini della terza classe della scuola primaria (8-9 anni), mostrano che, sebbene il sovrappeso sia diminuito costantemente dal 2008, la prevalenza dell'obesità ha subito variazioni minime. Complessivamente, circa il 29% dei bambini di 8-9 anni presenta un eccesso ponderale, di questi il 19,8% è affetto da sovrappeso ed il 9,8% da obesità.

Si conferma un marcato divario geografico, con le regioni del Sud che continuano a registrare prevalenze di obesità e sovrappeso più elevate della media nazionale. La Campania si conferma al primo posto in Italia per prevalenza complessiva di sovrappeso e obesità con il 43,2%: nello specifico, il 23,1% dei bambini è in sovrappeso, il 13,2% è affetto da obesità e il 6,9% presenta obesità grave.

Il quadro circa i fattori ambientali desta preoccupazione per alcuni trend in aumento: il 10,9% dei bambini salta la colazione, il 25,9% non consuma quotidianamente frutta o verdura e il 45,1% trascorre oltre due ore al giorno davanti agli schermi.

Per contrastare queste tendenze, la SIEDP ha rafforzato il suo ruolo nella prevenzione e nell'educazione sanitaria, promuovendo iniziative sociali e alleanze strategiche sul

territorio. In particolare, la società ha rinnovato la sinergia con l'UISP organizzando, il 5 aprile 2025, la seconda edizione dell'evento nazionale "Bambini in piazza per la salute". L'iniziativa si è svolta contemporaneamente nelle piazze di quattro città — Genova, Fano, Napoli e Messina — coinvolgendo attivamente famiglie e scuole. Durante la giornata, pediatri e rappresentanti SIEDP hanno offerto visite mediche e misurazioni antropometriche, mentre esperti UISP hanno coinvolto i bambini in sessioni di gioco e attività motoria. L'obiettivo è stato diffondere consigli pratici su sana alimentazione ed esercizio fisico, utilizzando come modello il "Vademecum: una guida pratica per migliorare l'alimentazione e l'attività motoria dei bambini" prodotto dalla SIEDP.

La SIEDP ha poi preso parte alla prima edizione degli Stati Generali della Prevenzione (Napoli, giugno 2025) promossi dal Ministero della Salute. L'evento ha riunito i vertici del SSN e le società scientifiche per rafforzare le strategie nazionali di prevenzione e tutela della salute pubblica. Infine, la SIEDP promuove l'aggiornamento professionale continuo attraverso i congressi nazionali e l'elaborazione di linee guida e raccomandazioni volte a ottimizzare i protocolli di screening precoce e di intervento sul territorio. Questo percorso scientifico è sostenuto attivamente dai Gruppi di Studio "Obesità infantile" e "Obesità Genetiche", che riuniscono la quasi totalità dei pediatri dei centri di II e III livello impegnati in progetti di ricerca e percorsi formativi specifici in questo campo.

La gravità del fenomeno risiede nell'elevato rischio di persistenza: fino all'80% degli adolescenti con obesità manterrà questa condizione in età adulta. Questo com-

porta una prolungata esposizione a fattori di rischio cardiometabolico che possono causare segni precoci di danno vascolare, come l'aterosclerosi subclinica, riscontrabile già in età pediatrica attraverso l'aumento dello spessore dell'intima-media carotidea, e l'ipertrofia ventricolare sinistra. Tali alterazioni, insieme alle altre complicità dell'obesità, aumentano la morbilità dei giovani adulti, mettendo seriamente a rischio la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo ambito, la SIEDP si è adoperata attivamente per valutare non solo la prevalenza di tali complicanze, ma anche l'impatto delle differenze di genere sul profilo di rischio. Studi multicentrici, promossi dal Gruppo di Studio Obesità infantile della SIEDP, condotti su un campione di oltre 5.000 bambini e adolescenti italiani tra i 5 e i 18 anni con eccesso ponderale, hanno confermato che circa il 30% presenta già una condizione di prediabete. Il quadro clinico è ulteriormente aggravato dalla compresenza di altre comorbidità: il 30% presenta dislipidemia, il 10% ipertensione arteriosa e il 50% ha steatosi epatica. Anche il diabete di tipo 2 viene diagnosticato con frequenza crescente a partire dall'età di 10 anni e sempre in associazione all'obesità in età pediatrica, a differenza di quanto osservato nell'adulto. Il diabete di tipo 2 è il risultato di una complessa interazione tra insulino-resistenza, progressiva disfunzione delle cellule betapancreatiche, alterata secrezione di glucagone e un difetto dell'effetto incretinico. Nei soggetti in età evolutiva, la malattia tende a presentare un decorso clinico più aggressivo rispetto all'adulto, con un deterioramento rapido della funzione secretoria dell'insulina e la comparsa precoce di complicanze cardiovascolari, renali e metaboliche.

I dati epidemiologici confermano che tale emergenza sanitaria colpisce con maggiore intensità i contesti socio-economici svantaggiati.

In questo scenario si inserisce la Legge del 3 ottobre 2025, n. 149 (nota come Legge Pella), che segna una svolta storica definendo ufficialmente l'obesità come una malattia progressiva ereditaria, correlata ad altre patologie di rilevante interesse sociale e sanitario. Questo riconoscimento garantisce l'equità di accesso alle cure tramite l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza. La normativa impone un cambio di paradigma che punta alla rimozione delle barriere economiche e sociali, autorizzando il finanziamento di un programma nazionale dedicato a supportare interventi e programmi di

prevenzione, con un investimento crescente che raggiungerà 1,2 milioni di euro annui a decorrere dal 2027.

In questo scenario, la SIEDP consolida il proprio impegno a collaborare attivamente con i tavoli tecnici ministeriali e le istituzioni sanitarie nazionali, offrendo il proprio contributo clinico e metodologico per la pianificazione e l'attuazione delle strategie previste dalla nuova legge.

Sul piano formativo, la SIEDP propone l'istituzione e l'erogazione di corsi e FAD dedicate, pensate specificamente per uniformare e ottimizzare sul territorio i protocolli di screening precoce e prevenzione secondaria.

Un elemento cardine della riforma è la promozione di stili di vita salutari, da attuarsi mediante una rete capillare che coinvolge scuole, amministrazioni locali e medicina territoriale. Per rendere incisivi questi interventi, risulta fondamentale promuovere campagne informative in sinergia tra mass media tradizionali e piattaforme social. Come espresso nel documento di consenso prodotto da SIEDP e SIP nel 2018, tali iniziative devono mirare a istruire le famiglie su aspetti critici quali il controllo dell'incremento ponderale in gravidanza, l'importanza dell'allattamento al seno, l'alimentazione complementare corretta, la lettura consapevole delle etichette, i rischi legati al marketing dei cibi ultra-processati e delle bibite zuccherate/edulcorate, l'igiene del sonno e la riduzione dell'esposizione a schermi.

Parallelamente, la Società ritiene prioritario promuovere interventi volti a contrastare lo stigma del peso attraverso una formazione specifica per i professionisti della salute. Il superamento dello stigma, che porta i pazienti a sentirsi colpevoli e li allontana dai percorsi terapeutici, è un passo ineludibile per garantire una relazione di cura efficace.

Infine, la SIEDP sostiene la necessità di potenziare l'accessibilità all'attività motoria attraverso incentivi statali o la detrazione fiscale delle spese sostenute per lo sport, rendendo la pratica fisica una scelta sostenibile per ogni famiglia.

L'equità di accesso alle cure deve estendersi anche alla fase terapeutica. La capacità di remissione dell'obesità diminuisce infatti con l'età. Inoltre, intervenire precocemente permette di contrastare l'infiammazione cronica subclinica, prevenendo gravi complicanze in età adulta. In questo scenario clinico, i farmaci analoghi delle incre-

tine rappresentano la principale innovazione terapeutica, grazie alla capacità di agire su un continuum metabolico che lega obesità e diabete, in maniera dose-dipendente.

Questi principi cardine hanno guidato la redazione, nel 2023, della nuova consensus statement sul trattamento dell'obesità in età pediatrica e adolescenziale, congiuntamente alla Società Italiana di Pediatria (SIP) e la Società Italiana di Chirurgia Pediatrica (SICP). Più di recente, la SIEDP insieme ad altre società scientifiche ha inoltre collaborato alla redazione delle "Indicazioni di buona pratica clinica per la gestione dell'obesità resistente al trattamento comportamentale nell'adolescente" promosse dall'Associazione Medici Endocrinologi (AME).

Tra i farmaci disponibili, la semaglutide, che è approvata a partire dai 12 anni per il trattamento dell'obesità, ha dimostrato un'efficacia superiore all'intervento sul lifestyle nel ridurre il BMI negli adolescenti. Nei pazienti pediatrici con diabete tipo 2 le evidenze indicano una riduzione dell'emoglobina glicata rispetto al placebo. Tali evidenze sono supportate anche da studi real-world e da una recente metanalisi condotta su pazienti pediatrici.

Più recentemente, uno studio di fase 3 ha evidenziato l'efficacia e la sicurezza della tirzepatide, un doppio agonista dei recettori del GIP e del GLP-1, in soggetti dai 10 ai 18 anni affetti da diabete di tipo 2 non adeguatamente controllato. I risultati hanno mostrato una riduzione dell'emoglobina glicata superiore rispetto al placebo (fino al 2,23%) e un calo ponderale significativo.

Nonostante le linee guida internazionali ne suggeriscano l'impiego laddove la terapia di prima linea fallisca, in Italia l'accesso resta disomogeneo. Affinché queste innovazioni non restino un privilegio per pochi, è fondamentale che il riconoscimento dell'obesità come malattia porti a una revisione delle politiche di rimborsabilità, garantendo anche a categorie selezionate di bambini e adolescenti con obesità grave, o con diabete tipo 2 non controllato, l'accesso gratuito a molecole più efficaci. Tale misura risulterebbe sostenibile per la finanza pubblica dato il numero limitato di pazienti candidabili, prevenendo al contempo l'evoluzione di complicanze croniche estremamente onerose nel lungo periodo.

Contributo redatto da:

*Nicola Improda, Coordinatore del Gruppo di Studio SIEDP
Obesità Infantile con il supporto dei colleghi del gruppo.
E tutto il Comitato Direttivo SIEDP*



Alessandro Rossi
Presidente SIMG



Gerardo Medea,
Responsabile Area
Metabolica SIMG

L'obesità rappresenta oggi una delle principali sfide per la sanità pubblica e per la sostenibilità dei sistemi sanitari. È, a tutti gli effetti, una malattia cronica, complessa, multifattoriale, spesso progressiva e recidivante, sostenuta da meccanismi biologici, metabolici, neuroendocrini, comportamentali e ambientali che richiedono un approccio clinico strutturato e continuativo.

Questa prospettiva impone un cambiamento culturale e organizzativo. L'obesità deve essere riconosciuta, diagnosticata, stadiata e trattata con lo stesso rigore riservato alle altre grandi patologie croniche.

In questo scenario, il Medico di Medicina Generale (MMG) occupa una posizione centrale. La continuità della relazione di cura, la conoscenza del contesto familiare e sociale, la possibilità di intercettare precocemente i fattori di rischio e le comorbidità, rendono la Medicina Generale (MG) il primo luogo in cui l'obesità può essere riconosciuta come malattia e affrontata in modo appropriato. Ogni contatto con il paziente può diventare un'occasione per aprire un dialogo sul peso, sulla salute complessiva e sulle prospettive di trattamento, evitando approcci occasionali o limitati alla sola prescrizione di indicazioni dietetiche generiche.

Il ruolo del MMG è particolarmente rilevante anche nel superamento dello stigma, ancora ampiamente presente nella società e talvolta nello stesso contesto sanitario. Una comunicazione rispettosa, empatica e non giudicante è parte integrante della cura. Parlare di obesità si-

gnifica riconoscere una condizione clinica, non attribuire una colpa; significa aiutare il paziente a uscire da un vissuto di fallimento e isolamento, costruendo obiettivi realistici, condivisi e misurabili.

La gestione dell'obesità in MG deve quindi fondarsi su alcuni passaggi essenziali: identificare precocemente i pazienti a rischio, valutare la presenza di complicanze e comorbidità, definire il grado di complessità clinica, impostare un follow-up regolare, monitorare l'aderenza e orientare il paziente verso il setting di cura più adeguato. I casi più complessi, le forme con severa compromissione clinica o le situazioni che richiedono valutazione specialistica o chirurgia bariatrica devono essere inseriti in percorsi multidisciplinari strutturati. Allo stesso tempo, molti pazienti con obesità, se correttamente inquadrati, possono trovare nella MG un luogo appropriato di presa in carico, continuità e accompagnamento terapeutico.

Il cambiamento più rilevante degli ultimi anni riguarda la disponibilità di opzioni farmacologiche più efficaci e con un buon profilo di sicurezza, rendendo possibili risultati significativi non solo sulla riduzione ponderale, ma anche su diversi fattori di rischio e su alcune comorbidità correlate. Questo non riduce il valore degli interventi sullo stile di vita, che restano fondamentali, ma consente di superarne la tradizionale insufficienza quando sono utilizzati come unico strumento terapeutico.

Per la MG ciò apre una fase nuova. Il MMG, se adeguatamente formato, può contribuire in modo decisivo al-

l'identificazione dei pazienti candidabili al trattamento farmacologico, alla valutazione delle controindicazioni e delle priorità cliniche, alla definizione di aspettative realistiche, al monitoraggio dell'efficacia, alla gestione degli eventi avversi più comuni e al raccordo con i centri specialistici quando il quadro clinico lo richiede. Nei pazienti meno complessi o stabilmente inquadrati, la presa in carico può diventare più concreta e praticabile anche nel setting territoriale, all'interno di un modello di cura cronico, integrato e appropriato. Un passaggio che richiede l'acquisizione di nuove competenze e un aggiornamento professionale continuo. L'obesità non può essere affrontata con strumenti formativi superati, né con una visione semplificata centrata esclusivamente su dieta e attività fisica. È necessario rafforzare le conoscenze dei MMG sulla fisiopatologia della malattia, sulla stratificazione del rischio, sulle indicazioni terapeutiche, sulla comunicazione clinica, sul counselling motivazionale e sulla gestione condivisa dei percorsi assistenziali. La formazione rappresenta quindi una condizione essenziale per rendere realmente efficace il ruolo della MG.

In questa direzione, la SIMG intende svolgere un ruolo istituzionale, culturale e scientifico di primo piano. La Società ha pubblicato articoli divulgativi, organizzato corsi di formazione e realizzato sessioni scientifiche sul tema all'interno del congresso nazionale e tutti quelli regionali con l'obiettivo di informare, aggiornare e addestrare i MMG alla presa in carico dei pazienti. In questi mesi sono inoltre in corso gli esami di certificazione di 600 medici di famiglia esperti nella gestione dei pazienti con sovrappeso/obesità. Il nostro impegno risponde alla necessità di colmare il divario tra evidenze scientifiche e pratica clinica quotidiana, favorendo modelli assistenziali omogenei, appropriati e integrati con la rete specialistica.

L'obesità deve essere affrontata come una delle grandi patologie croniche del nostro tempo. Per farlo servono continuità, competenza, appropriatezza prescrittiva, integrazione professionale e rigore scientifico. La MG, sostenuta da una formazione solida e da percorsi condivisi, può contribuire in modo determinante a trasformare il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica in una reale opportunità di cura per i pazienti.



Paola Rogliani
Presidente della Società Italiana
di Pneumologia SIP/IRS

L'obesità rappresenta oggi una delle principali emergenze sanitarie globali e costituisce un fattore determinante nella genesi e nella progressione delle malattie croniche non trasmissibili. Negli ultimi decenni il progressivo incremento della prevalenza di sovrappeso e obesità ha modificato profondamente il panorama epidemiologico delle patologie respiratorie, contribuendo ad aumentarne incidenza, gravità clinica e impatto socioeconomico [1,2].

Le malattie respiratorie croniche rappresentano una delle principali cause di mortalità e disabilità a livello globale e sono responsabili di un rilevante consumo di risorse sanitarie [1-3]. In questo contesto, l'obesità non deve essere considerata soltanto una comorbidità, ma un vero e proprio determinante fisiopatologico capace di influenzare la meccanica respiratoria, l'infiammazione sistemica e la risposta alle terapie.

L'interazione tra obesità e salute respiratoria appare particolarmente evidente nell'asma bronchiale, nella broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e nei disturbi respiratori del sonno, condizioni nelle quali l'eccesso adiposo contribuisce ad aggravare sintomi, limitazione funzionale, qualità di vita e prognosi clinica [4-7].

Obesità e fisiopatologia respiratoria

L'obesità determina profonde alterazioni della fisiologia respiratoria. L'accumulo di tessuto adiposo a livello toracico e addominale riduce la compliance della parete toracica, limita l'escursione diaframmatica e determina una riduzione della capacità funzionale residua e del volume

di riserva espiratoria [13,14]. Tali modificazioni si associano a un incremento del lavoro respiratorio, alla comparsa di dispnea e a una ridotta tolleranza all'esercizio.

Il tessuto adiposo rappresenta inoltre un organo endocrino metabolicamente attivo, capace di produrre adipochine, citochine proinfiammatorie e mediatori dello stress ossidativo coinvolti nello sviluppo di uno stato infiammatorio cronico sistemico [13-15]. Questo stato infiammatorio contribuisce al peggioramento delle malattie respiratorie croniche e favorisce alterazioni immunologiche e metaboliche che influenzano la risposta terapeutica.

Dal punto di vista epidemiologico, l'obesità si associa a un aumentato rischio di sviluppare asma bronchiale, sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSA), ipoventilazione alveolare e peggioramento degli esiti clinici nelle principali malattie respiratorie croniche [4,6,16-18].

Obesità e asma bronchiale

L'asma rappresenta una delle patologie respiratorie maggiormente influenzate dall'obesità. Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato che l'aumento dell'indice di massa corporea si associa a una maggiore incidenza di asma e a una più elevata prevalenza di sintomi respiratori [4,17,18].

L'obesità contribuisce allo sviluppo di un fenotipo specifico di asma caratterizzato da scarso controllo clinico, elevata frequenza e severità delle riacutizzazioni, maggiore

utilizzo di risorse sanitarie e peggiore qualità di vita [4-6]. I pazienti con obesità mostrano inoltre una ridotta risposta alle terapie di controllo convenzionali, in particolare ai corticosteroidi inalatori, probabilmente in relazione alla presenza di un'inflammatione sistemica non eosinofila e di alterazioni metaboliche associate [5,13].

Dal punto di vista fisiopatologico, il legame tra obesità e asma è multifattoriale. Le alterazioni meccaniche della ventilazione si associano a una riduzione dei volumi polmonari e a una maggiore iperreattività bronchiale [14,30,31], mentre l'adiposità viscerale contribuisce alla produzione di mediatori proinfiammatori coinvolti nel rimodellamento delle vie aeree e nella persistenza dell'inflammatione bronchiale [13,33].

Particolarmente rilevante appare il ruolo dell'obesità nell'asma a esordio tardivo. Alcuni studi hanno evidenziato che l'obesità addominale rappresenta un importante determinante dei sintomi respiratori e dell'asma non allergico dell'adulto [17,19]. Le evidenze epidemiologiche disponibili supportano un'associazione tra obesità generale, adiposità addominale e sintomi respiratori, soprattutto nelle donne [17].

Sul piano terapeutico, la riduzione del peso corporeo rappresenta una componente essenziale della gestione dell'asma associato all'obesità. La perdita di peso si associa infatti a un miglioramento del controllo clinico, della funzione respiratoria, della tolleranza allo sforzo e della qualità di vita [14,31]. Nei pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica è stata inoltre osservata una significativa riduzione dell'iperreattività bronchiale, soprattutto nei fenotipi di asma a esordio tardivo associati all'obesità [19,31].

Obesità e BPCO

Anche nella BPCO l'obesità rappresenta una condizione di crescente rilevanza clinica ed epidemiologica [6,7]. Se in passato la BPCO veniva prevalentemente associata a cachessia e perdita di massa muscolare, oggi una quota crescente di pazienti presenta sovrappeso o obesità [9-11].

Nei pazienti con BPCO, l'obesità si associa a maggiore dispnea, ridotta capacità di esercizio, limitazione dell'attività fisica e peggioramento della qualità di vita [9-11]. Inoltre, l'adiposità viscerale contribuisce a uno stato infiammatorio sistemico che può amplificare il burden clin-

ico della malattia respiratoria cronica [13,15].

I pazienti con BPCO e obesità presentano frequentemente una maggiore limitazione funzionale e una ridotta tolleranza all'attività fisica rispetto ai pazienti normopeso, con conseguente incremento della sedentarietà e del rischio cardiovascolare [9-11]. Molti di questi soggetti sviluppano inoltre una condizione di obesità sarcopenica, caratterizzata dalla contemporanea presenza di accumulo adiposo e riduzione della massa magra, associata a maggiore fragilità clinica e prognosi sfavorevole.

La relazione tra obesità e BPCO appare tuttavia particolarmente complessa. Alcuni studi hanno osservato che i pazienti con BPCO severa e moderato eccesso ponderale possono presentare una mortalità inferiore rispetto ai pazienti normopeso o sottopeso, fenomeno definito "obesity paradox" [12]. Tale osservazione suggerisce che, nelle fasi avanzate della malattia, una modesta quota di massa corporea possa rappresentare un vantaggio prognostico, probabilmente grazie a una maggiore riserva energetica e muscolare.

Per tale motivo, il weight management nella BPCO non può essere interpretato esclusivamente come riduzione del peso corporeo, ma deve configurarsi come un intervento multidimensionale finalizzato a migliorare la composizione corporea, preservare la massa muscolare, aumentare la capacità funzionale e ridurre il rischio metabolico. In questo contesto, la riabilitazione respiratoria associata a programmi nutrizionali personalizzati rappresenta uno degli strumenti terapeutici più efficaci [7,8].

Disturbi respiratori del sonno e obesità

La sindrome delle apnee ostruttive del sonno rappresenta una delle condizioni maggiormente associate all'obesità e costituisce oggi una delle patologie respiratorie croniche più sottodiagnosticate [20-22].

L'obesità rappresenta il principale fattore predisponente per l'OSA, favorendo il collasso delle vie aeree superiori durante il sonno attraverso l'accumulo di tessuto adiposo cervicale e viscerale. La conseguente ipossiemia intermittente si associa a importanti complicanze cardiovascolari, metaboliche e neurocognitive [20-24].

Le stime epidemiologiche suggeriscono che milioni di soggetti siano affetti da OSA moderata-severa, mentre soltanto una minoranza riceve una diagnosi appropriata [20-22]. Anche in questo ambito, la riduzione del peso

corporeo rappresenta una delle strategie terapeutiche più efficaci e contribuisce a migliorare l'indice di apnea-ipopnea, la qualità del sonno e il rischio cardiovascolare associato [20-24].

Weight management e medicina respiratoria

Alla luce delle evidenze disponibili, il weight management deve oggi essere considerato parte integrante della presa in carico pneumologica. La gestione del peso corporeo non può essere limitata alla semplice riduzione ponderale, ma deve includere interventi multidisciplinari orientati al miglioramento della composizione corporea, della funzione respiratoria e della qualità di vita.

Nel paziente con malattia respiratoria cronica, il weight management comprende nutrizione clinica personalizzata, attività fisica adattata, riabilitazione respiratoria, supporto psicologico ed educazione terapeutica.

In questa prospettiva, lo pneumologo è chiamato a svolgere un ruolo centrale nella presa in carico multidisciplinare del paziente cronico complesso, integrando aspetti respiratori, metabolici, nutrizionali e riabilitativi.

Conclusioni

L'obesità rappresenta oggi uno dei principali determinanti della salute respiratoria. La sua crescente diffusione contribuisce all'aumento della prevalenza e della complessità clinica delle malattie respiratorie croniche, influenzando sintomi, qualità di vita, prognosi e consumo di risorse sanitarie.

L'interazione tra obesità, asma, BPCO e disturbi respiratori del sonno impone una revisione dei modelli tradizionali di presa in carico pneumologica. La medicina respiratoria moderna deve necessariamente integrare strategie di prevenzione metabolica, nutrizione clinica, attività fisica e riabilitazione respiratoria.

In questo scenario, il weight management non rappresenta più un intervento accessorio, ma una componente essenziale della prevenzione e del trattamento delle malattie respiratorie croniche. Investire nella prevenzione dell'obesità significa ridurre anche il burden respiratorio futuro, migliorare la qualità della vita dei pazienti e contribuire alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Bibliografia essenziale

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2021.
2. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Lancet. 2024;403:2133-2161.
3. GBD 2021 Forecasting Collaborators. Lancet. 2024;403:2204-2256.
4. Ford ES. J Allergy Clin Immunol. 2005;115:897-909.
5. Reddel HK, et al. Int J Tuberc Lung Dis. 2014;18:505-506.
6. Soriano JB, et al. Lancet Respir Med. 2017;5:691-706.
7. Chen S, et al. Lancet Glob Health. 2023;11:e1183-e1193.
8. Gibson GJ, et al. European Lung White Book. ERS; 2013.
9. Eisner MD, et al. Respir Res. 2007;8:7.
10. Vozoris NT, O'Donnell DE. Can Respir J. 2012;19:e18-e24.
11. Ramos-Nino ME, et al. Asthma Res Pract. 2021;7:6.
12. Spelta F, et al. Eat Weight Disord. 2018;23:15-22.
13. Sood A. J Appl Physiol. 2010;108:744-753.
14. Poulain M, et al. CMAJ. 2006;174:1293-1299.
15. Cebron Lipovec N, et al. COPD. 2016;13:399-406.
16. Ross R, et al. Nat Rev Endocrinol. 2020;16:177-189.
17. Kisiel MA, et al. Respir Med. 2023;211:107213.
18. Beuther DA, Sutherland ER. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175:661-666.
19. Leone N, et al. Obesity. 2012;20:628-635.
20. Borsoi L, et al. PLoS One. 2022;17:e0268677.
21. Heinzer R, et al. Lancet Respir Med. 2015;3:310-318.
22. Benjafield AV, et al. Lancet Respir Med. 2019;7:687-698.

Call to action



Dati, Prevenzione, Diritti e Governance per contrastare l'Obesità



Paolo Sbraccia
Presidente IBD Foundation

La lotta all'obesità rappresenta oggi una delle più grandi sfide di salute pubblica del XXI secolo. Una sfida che richiede una risposta sistemica, multidisciplinare e multi-livello, capace di integrare prevenzione, cura, ricerca, innovazione, sostenibilità ed equità sociale.

L'obesità è una malattia cronica, progressiva e recidivante, determinata dall'interazione complessa tra fattori biologici, genetici, ambientali, comportamentali, economici e sociali. Non può più essere affrontata esclusivamente come questione individuale o come semplice problema legato agli stili di vita.

L'approvazione nel 2025 della Legge Pella, con il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica da parte del Parlamento italiano, ha segnato un passaggio storico che apre una nuova fase nelle politiche sanitarie nazionali. Per la prima volta, infatti, l'Italia ha definito un quadro istituzionale che riconosce la necessità di costruire percorsi strutturati di prevenzione, diagnosi, presa in carico e cura delle persone con obesità.

In questo scenario, le call to action dell'Italian Barometer Obesity Report 2026 intendono rappresentare una piattaforma operativa di indirizzo per istituzioni, decisori politici, professionisti sanitari, comunità scientifica, enti locali, mondo della scuola, imprese, associazioni dei pazienti e società civile.

Le strategie future devono essere fondate sui dati, sulla governance integrata e sulla capacità di tradurre le evidenze scientifiche in politiche pubbliche concrete. Occorre superare approcci frammentati e sviluppare una visione di salute in tutte le politiche ("Health in All Policies"), riconoscendo che alimentazione, urbanistica, mobilità, ambiente, istruzione, welfare e innovazione incidono direttamente sulla salute delle persone.

Le call to action individuano sei aree prioritarie di intervento:

- promuovere sistemi alimentari più sani e sostenibili;
- potenziamento di prevenzione e terapia;
- garantire accesso appropriato all'innovazione terapeutica;
- rafforzare la governance sanitaria e la presa in carico territoriale;
- assicurare dignità, diritti ed equità alle persone con obesità;
- sostenere ricerca, formazione e cultura dei dati.

Promuovere sistemi alimentari più sani e sostenibili

Promuovere politiche alimentari integrate orientate alla salute pubblica, alla sostenibilità ambientale e alla riduzione delle disuguaglianze sociali.

Favorire la diffusione di modelli alimentari coerenti con la Dieta Mediterranea e con le evidenze scientifiche internazionali sulla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

Rafforzare le politiche di educazione alimentare nelle scuole, nelle università, nei luoghi di lavoro e nelle comunità locali, sviluppando programmi permanenti di health literacy.

Ridurre l'esposizione di bambini e adolescenti alla pubblicità di alimenti ad alta densità calorica, elevato contenuto di zuccheri, grassi saturi e sale.

Promuovere sistemi di etichettatura nutrizionale chiari, scientificamente validati e facilmente comprensibili dai cittadini.

Favorire accordi con l'industria alimentare finalizzati alla progressiva riformulazione nutrizionale dei prodotti e alla riduzione degli ingredienti associati al rischio obesogeno.

Garantire nelle mense scolastiche, ospedaliere e aziendali un'offerta alimentare coerente con le linee guida nutrizionali nazionali.

Sostenere politiche fiscali e incentivi che facilitino l'accesso agli alimenti salutari, soprattutto nelle fasce sociali più vulnerabili.

Integrare il tema della nutrizione sostenibile nelle strategie nazionali di Planetary Health e One Health.

Incentivare l'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia

Rendere strutturale la prescrizione dell'attività fisica all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, valorizzando il percorso legislativo avviato dal Disegno di Legge approvato in X Commissione del Senato.

Promuovere il riconoscimento dell'esercizio fisico come strumento terapeutico integrato nei percorsi di prevenzione e cura dell'obesità e delle malattie croniche non trasmissibili.

Sviluppare città più attive, inclusive e sostenibili, favorendo mobilità pedonale, ciclabilità, sicurezza urbana, accessibilità agli spazi verdi e pratica sportiva diffusa.

Inserire l'attività fisica tra gli indicatori strategici delle politiche urbane e dei programmi di salute delle città.

Garantire a bambini e adolescenti adeguati livelli quotidiani di attività motoria nelle scuole attraverso programmi curriculari ed extracurriculari strutturati.

Promuovere programmi di workplace health promotion che incentivino l'attività fisica nei luoghi di lavoro attraverso accordi tra istituzioni, imprese e organizzazioni sindacali.

Favorire incentivi fiscali e misure di welfare aziendale dedicate alla promozione di stili di vita attivi.

Contrastare sedentarietà e isolamento sociale nelle persone anziane e fragili attraverso programmi territoriali di attività motoria adattata.

Garantire accesso appropriato all'innovazione terapeutica

Garantire accesso equo e appropriato ai nuovi trattamenti farmacologici per l'obesità su tutto il territorio nazionale.

Promuovere la definizione di criteri clinici condivisi per l'appropriatezza prescrittiva attraverso linee guida sviluppate dalle società scientifiche in collaborazione con ISS, AIFA e istituzioni sanitarie.

Rafforzare la collaborazione tra medicina generale, specialistica territoriale e centri di riferimento per la gestione multidisciplinare della persona con obesità.

Sostenere la ricerca clinica e traslazionale sulle nuove terapie farmacologiche e sul loro impatto in termini cardiovascolari, metabolici, respiratori e di qualità della vita.

Contrastare fenomeni di inappropriatezza, automedicazione e utilizzo improprio delle terapie attraverso campagne di informazione scientificamente corrette.

Promuovere modelli di presa in carico personalizzata che integrino approccio nutrizionale, attività fisica, supporto psicologico, terapia farmacologica e chirurgia bariatrica quando indicata.

Rafforzare la governance sanitaria e la presa in carico territoriale

Riconoscere pienamente l'obesità come priorità strategica delle politiche sanitarie nazionali e regionali.

Inserire stabilmente l'obesità all'interno delle strategie del Piano Nazionale della Cronicità e dei programmi di prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Rendere operative reti cliniche regionali integrate per l'obesità, assicurando uniformità organizzativa, qualità delle cure ed equità territoriale.

Sviluppare modelli di assistenza territoriale multidisciplinare coerenti con il DM77 e con il rafforzamento della medicina di prossimità.

Potenziare la raccolta dei dati epidemiologici, clinici, sociali ed economici attraverso la collaborazione tra istituzioni, IBDO Foundation, ISTAT, università e società scientifiche.

Promuovere la creazione di un Osservatorio Nazionale permanente sull'obesità e sulle malattie croniche correlate.

Integrare salute urbana, ambiente, mobilità, alimentazione e prevenzione nelle strategie di governance delle città.

Valutare sistematicamente l'impatto sanitario, economico e sociale delle politiche pubbliche attraverso indicatori misurabili e sistemi di monitoraggio permanenti.

Assicurare dignità, diritti ed equità alle persone con obesità

Contrastare ogni forma di stigma, discriminazione e bullismo legati al peso corporeo nei contesti scolastici, lavorativi, sportivi e sanitari.

Promuovere una comunicazione pubblica corretta, rispettosa e scientificamente fondata sull'obesità.

Favorire campagne nazionali di sensibilizzazione orientate al superamento dei pregiudizi culturali e sociali.

Garantire il diritto delle persone con obesità ad accedere a cure appropriate, ambienti adeguati e percorsi assistenziali privi di discriminazioni.

Promuovere il coinvolgimento attivo delle associazioni dei pazienti nella definizione delle politiche pubbliche e dei modelli assistenziali.

Riconoscere il ruolo del caregiver familiare nella gestione della malattia e nei percorsi di supporto.

Assicurare che strutture sanitarie, attrezzature e ambienti di cura siano adeguati ai bisogni delle persone con obesità severa.

Sostenere ricerca, formazione e cultura dei dati

Investire nella ricerca di base, clinica, epidemiologica e traslazionale sull'obesità e sulle sue complicanze.

Sostenere programmi di ricerca interdisciplinare che integrino salute, ambiente, nutrizione, urbanistica, economia sanitaria e innovazione digitale.

Rafforzare la formazione universitaria e continua dei professionisti sanitari sulla prevenzione, diagnosi e trattamento dell'obesità.

Promuovere programmi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione per aumentare la consapevolezza sui determinanti dell'obesità.

Valorizzare il ruolo dei dati come infrastruttura strategica per la programmazione sanitaria e la valutazione delle politiche pubbliche.

Favorire sistemi integrati di raccolta e analisi dei dati attraverso la collaborazione tra istituzioni, ISTAT, università, società scientifiche e organismi di ricerca.

Promuovere l'utilizzo delle tecnologie digitali, dell'intelligenza artificiale e della telemedicina nei programmi di prevenzione e presa in carico.

Sostenere la costruzione di reti collaborative nazionali e internazionali dedicate alla ricerca sull'obesità.

Contrastare l'obesità significa oggi investire nella salute, nella sostenibilità, nell'equità sociale e nel futuro delle nuove generazioni.

Occorre una grande alleanza tra istituzioni, Parlamento, Governo, Regioni, enti locali, comunità scientifica, scuola, università, associazioni dei pazienti, imprese e cittadini.

Le evidenze scientifiche sono oggi chiare. I dati ci indicano la direzione. Le istituzioni hanno iniziato ad assumersi la responsabilità di affrontare questa emergenza

sanitaria attraverso strumenti normativi, finanziari e programmatori sempre più strutturati.

Ora è il momento di trasformare la consapevolezza in azione.

Più prevenzione. Più dati. Più ricerca. Più equità. Più salute.

Perché l'obesità non riguarda soltanto il peso corporeo: riguarda la qualità della vita delle persone, la sostenibilità dei sistemi sanitari e il futuro delle nostre comunità.

Le sfide di policy e le iniziative legislative



Invito all'Azione Politica

Federico Serra

L'obesità rappresenta oggi una delle principali sfide strategiche per la salute pubblica, la sostenibilità dei sistemi sanitari e la coesione sociale. Non è più possibile affrontarla esclusivamente come questione clinica o individuale: l'obesità è un fenomeno sistemico che coinvolge il modello di sviluppo delle società contemporanee, la qualità degli ambienti urbani, le disuguaglianze economiche, i modelli alimentari, l'organizzazione dei servizi sanitari e la capacità delle istituzioni di costruire politiche integrate e lungimiranti.

Per questa ragione, la lotta all'obesità deve diventare una priorità politica nazionale permanente.

L'approvazione nel 2025 della Legge Pella, che riconosce ufficialmente l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante, ha rappresentato un passaggio storico che ridefinisce il ruolo delle istituzioni nella governance delle malattie croniche non trasmissibili. L'Italia è stata il primo Paese al mondo a compiere questo passo, assumendosi la responsabilità di trasformare le evidenze scientifiche in una scelta politica strutturale. Questo risultato segna l'inizio di una nuova stagione di politiche pubbliche orientate alla prevenzione, alla salute territoriale, all'equità di accesso alle cure e alla sostenibilità del sistema sanitario.

La vera sfida, oggi, è trasformare il riconoscimento legislativo in una strategia nazionale integrata capace di coinvolgere tutti i livelli istituzionali: Governo, Parlamento, Regioni, Comuni, aziende sanitarie, scuole, università, comunità locali e società civile.

L'obesità richiede infatti una governance multilivello nella quale le politiche sanitarie dialoghino stabilmente con urbanistica, ambiente, istruzione, sport, welfare, agricoltura, trasporti, innovazione e sviluppo economico.

Una nuova strategia politica nazionale

A livello nazionale, è necessario costruire una vera strategia Paese sull'obesità e sulle malattie croniche non trasmissibili.

Per molti anni gli interventi sono stati caratterizzati da frammentazione, discontinuità e limitata integrazione tra prevenzione, assistenza territoriale e politiche pubbliche. Oggi invece l'obesità deve entrare stabilmente all'interno delle grandi strategie nazionali di salute pubblica, pro-

grammazione economica e sostenibilità sociale.

Ciò significa:

- rafforzare l'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità;
- sviluppare un Piano Nazionale sull'Obesità;
- integrare prevenzione endocrino-metabolica e salute urbana nelle politiche nazionali;
- rendere operative le reti cliniche territoriali;
- rafforzare la medicina di prossimità prevista dal DM77;
- promuovere programmi permanenti di educazione alimentare e attività fisica;
- investire nella raccolta dei dati epidemiologici e socioeconomici;
- sviluppare campagne nazionali di health literacy;
- contrastare stigma e discriminazioni.

La politica nazionale dovrà inoltre affrontare uno dei nodi più importanti dei prossimi anni: la sostenibilità economica delle malattie croniche. L'obesità rappresenta infatti uno dei principali driver di spesa sanitaria futura e agisce come moltiplicatore di fragilità cliniche, sociali ed economiche.

Investire nella prevenzione dell'obesità non significa soltanto migliorare la salute delle persone, ma anche proteggere la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ridurre le disuguaglianze e aumentare la resilienza sociale del Paese.

Per questa ragione, la prevenzione deve essere considerata una infrastruttura strategica nazionale e non una voce residuale della spesa sanitaria.

In questo stesso percorso si colloca anche il Disegno di Legge sulla prescrizione dell'attività fisica approvato in X Commissione del Senato come legge delega. Il riconoscimento dell'esercizio fisico come strumento terapeutico all'interno del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un ulteriore cambio di paradigma: la salute non viene più considerata soltanto come cura della malattia, ma come promozione attiva del benessere lungo tutto il corso della vita.

Parallelamente, le recenti manovre finanziarie hanno iniziato a introdurre misure dedicate alla prevenzione dell'obesità e delle patologie croniche correlate, dimostrando una crescente consapevolezza istituzionale dell'impatto sanitario ed economico della malattia.

Questi strumenti legislativi e programmatori, fortemente sostenuti dall'Intergruppo Parlamentare "Obesità, Diabete e Malattie Croniche Non Trasmissibili", testimoniano la necessità di affrontare l'obesità attraverso una visione sistemica e multidisciplinare.

Il ruolo strategico delle regioni

Le Regioni rappresentano il livello istituzionale decisivo per trasformare le strategie nazionali in modelli organizzativi concreti.

L'attuale quadro italiano evidenzia ancora profonde disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi, nei percorsi assistenziali, nella disponibilità dei centri specialistici e nell'offerta di programmi di prevenzione.

Esistono territori nei quali la presa in carico multidisciplinare dell'obesità è strutturata e integrata, mentre in altre aree permane una forte frammentazione organizzativa che limita diagnosi precoce, continuità assistenziale e accesso alle cure innovative.

Le Regioni saranno quindi chiamate a:

- rendere operative reti cliniche regionali per l'obesità;
- integrare ospedale e territorio;
- sviluppare PDTA multidisciplinari;
- garantire uniformità di accesso ai trattamenti farmacologici;
- rafforzare la medicina territoriale;
- investire nella prevenzione scolastica e comunitaria;
- sviluppare sistemi regionali di raccolta dati e monitoraggio epidemiologico;
- integrare salute urbana e prevenzione nelle politiche regionali.

In questo quadro, la collaborazione tra Regioni, IBDO Foundation, ISTAT, università e società scientifiche potrà contribuire alla costruzione di un sistema nazionale di monitoraggio dell'obesità fondato su dati interoperabili, indicatori di outcome e valutazione delle politiche pubbliche.

Le Regioni dovranno inoltre svolgere un ruolo fondamentale nell'integrazione tra salute, ambiente e territorio. I cambiamenti climatici, l'inquinamento, la sedentarietà urbana e le fragilità sociali stanno infatti

modificando profondamente i determinanti della salute metabolica.

Per questo motivo, la programmazione sanitaria regionale dovrà sempre più dialogare con pianificazione urbana, mobilità sostenibile, politiche ambientali e welfare territoriale.

Le città e i comuni come attori della salute pubblica

Le città rappresentano oggi uno dei principali luoghi nei quali si gioca la sfida dell'obesità.

Oltre il 75% della popolazione europea vive in aree urbane e proprio gli ambienti urbani influenzano in modo determinante alimentazione, attività fisica, sedentarietà, socialità e qualità della vita.

Per molti anni la salute urbana è stata considerata una questione secondaria rispetto alle politiche sanitarie tradizionali. Oggi invece appare evidente che urbanistica, mobilità, spazi pubblici e ambiente incidono direttamente sulla prevenzione delle malattie croniche.

I Comuni e le città metropolitane devono quindi essere considerati veri attori della salute pubblica.

- Una città che investe in:
- mobilità attiva;
- piste ciclabili;
- sicurezza pedonale;
- spazi verdi;
- sport di comunità;
- accessibilità ai servizi;
- scuole salutari;
- qualità dell'aria;
- rigenerazione urbana;
- contrasto alle fragilità sociali,

produce salute e contribuisce concretamente alla prevenzione dell'obesità.

La salute urbana dovrà diventare sempre più una componente stabile delle politiche locali. Servono amministrazioni capaci di integrare salute e pianificazione urbana attraverso modelli di "Healthy Cities" e strategie orientate al benessere delle comunità.

Anche le scuole rappresentano un presidio strategico di salute pubblica. I Comuni, insieme alle istituzioni scolastiche e sanitarie, dovranno rafforzare programmi di educazione alimentare, attività motoria, medicina scolastica e prevenzione della sedentarietà.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata alle periferie urbane e ai contesti socioeconomici fragili, dove obesità, povertà educativa, sedentarietà e disagio sociale tendono a sovrapporsi amplificando le disuguaglianze.

Una nuova governance della salute

L'obesità impone quindi una profonda evoluzione del concetto stesso di governance sanitaria.

La salute non può più essere considerata esclusivamente responsabilità dei sistemi sanitari. Deve diventare il risultato di una cooperazione permanente tra istituzioni nazionali, regionali e locali.

La sfida dei prossimi anni sarà costruire una governance capace di integrare:

- prevenzione;
- sostenibilità;
- equità;
- innovazione;
- dati;
- ricerca;
- salute urbana;
- medicina territoriale;
- partecipazione delle comunità.

In questo scenario, i dati rappresentano una infrastruttura strategica fondamentale. La collaborazione tra IBDO Foundation, ISTAT, università e organismi di ricerca dimostra quanto sia importante costruire sistemi di monitoraggio avanzati in grado di orientare le decisioni politiche e valutare l'impatto delle strategie adottate.

Le politiche pubbliche del futuro dovranno essere sempre più evidence-based, capaci cioè di fondarsi su dati epidemiologici, indicatori socioeconomici, analisi territoriali e valutazione degli outcome sanitari.

L'Italia ha oggi l'opportunità di diventare un modello internazionale nella governance dell'obesità e delle malattie croniche non trasmissibili.

Ma per consolidare questo ruolo serviranno continuità istituzionale, investimenti strutturali, capacità programmatica e una visione politica di lungo periodo.

Perché contrastare l'obesità significa oggi proteggere la salute delle persone, la sostenibilità del sistema sanitario, la qualità della vita urbana e il futuro sociale ed economico del Paese.

Obesità: un problema globale che richiede soluzioni urgenti

L'obesità è oggi una delle più grandi sfide globali per la salute pubblica, per la sostenibilità economica dei sistemi sanitari e per la stabilità sociale delle comunità contemporanee. La sua crescita costante non rappresenta soltanto un'emergenza epidemiologica, ma il riflesso di profonde trasformazioni strutturali che coinvolgono alimentazione, ambiente, urbanizzazione, modelli produttivi, sistemi commerciali, disuguaglianze sociali e governance politica.

Negli ultimi decenni il numero di persone che convivono con obesità è aumentato in tutte le regioni del mondo, coinvolgendo adulti, bambini e adolescenti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica oggi l'obesità come una malattia cronica recidivante originata da complesse interazioni tra genetica, ambiente, fattori sociali e comportamentali.

Secondo la World Obesity Federation, la risposta globale all'obesità è stata finora insufficiente proprio perché per molti anni la malattia è rimasta "politicamente invisibile", considerata prevalentemente una responsabilità individuale e non una priorità strutturale di salute pubblica.

Questa impostazione ha rallentato investimenti, strategie integrate e sviluppo di modelli assistenziali adeguati. Oggi invece appare sempre più chiaro che l'obesità non possa essere affrontata esclusivamente attraverso interventi sul comportamento individuale, ma richieda una trasformazione più ampia dei sistemi sociali, sanitari, economici e ambientali.

L'obesità come malattia cronica: un cambio di paradigma globale

Uno dei principali elementi di innovazione nel dibattito internazionale riguarda il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica.

La World Obesity Federation, nel proprio position statement del 2017, ha definito l'obesità una malattia "complessa, seria, cronica e incompletamente compresa", che necessita di strategie di prevenzione e gestione sia individuali che collettive.

- Riconoscere l'obesità come malattia significa:
- superare la narrativa della colpa individuale;
- contrastare stigma e discriminazione;
- favorire investimenti pubblici;
- integrare l'obesità nelle strategie sulle malattie croniche non trasmissibili;
- garantire accesso equo alle cure;

- costruire sistemi di presa in carico multidisciplinare;
- promuovere ricerca e innovazione terapeutica.

Il tema non è soltanto semantico o clinico. Le definizioni influenzano direttamente le politiche pubbliche, la programmazione sanitaria, l'allocazione delle risorse economiche e l'accesso ai servizi sanitari. Come sottolineato da The Lancet Global Health, riconoscere l'obesità come malattia rappresenta la base per includerla nei sistemi di assistenza primaria, nei pacchetti di Universal Health Coverage e nei programmi nazionali sulle cronicità.

In questo contesto, l'Italia ha assunto un ruolo pionieristico attraverso l'approvazione della Legge Pella nel 2025, diventando il primo Paese al mondo a riconoscere formalmente l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante.

Si tratta di un passaggio storico che colloca il nostro Paese all'interno di una nuova visione globale della salute pubblica, coerente con le priorità della World Obesity Federation e con le più recenti raccomandazioni internazionali.

Le radici dell'obesità: una questione sistemica

La World Obesity Federation invita a comprendere "the roots of obesity", cioè le radici profonde e sistemiche della malattia.

L'obesità non nasce infatti soltanto dalle scelte individuali, ma da sistemi economici, ambientali e sociali che influenzano il modo in cui le persone vivono, si alimentano, si muovono e accedono alla salute.

Urbanizzazione, precarietà economica, povertà educativa, digitalizzazione della vita quotidiana, sedentarietà, trasformazione del lavoro, stress sociale, accesso diseguale al cibo sano e riduzione degli spazi di socialità attiva stanno contribuendo alla costruzione di ambienti sempre più obesogenici.

Le persone che vivono in contesti socioeconomici fragili sono spesso maggiormente esposte a:

- alimentazione di scarsa qualità nutrizionale;
- ridotte opportunità di attività fisica;
- minore alfabetizzazione sanitaria;
- maggiore stress cronico;
- minore accesso ai servizi sanitari;
- ambienti urbani meno salutar.

Per questa ragione, l'obesità è oggi anche un indicatore

delle disuguaglianze sociali e territoriali.

Le politiche future dovranno quindi affrontare simultaneamente:

- salute;
- ambiente;
- urbanistica;
- welfare;
- istruzione;
- sostenibilità;
- inclusione sociale.

La lotta all'obesità diventa quindi una questione di giustizia sociale oltre che sanitaria.

I determinanti commerciali dell'obesità

Uno dei temi più innovativi affrontati dalla World Obesity Federation riguarda i “commercial determinants of obesity”, cioè il ruolo dei sistemi economici e commerciali nella diffusione globale della malattia.

Il mercato globale dell'alimentazione ha profondamente modificato le abitudini nutrizionali delle popolazioni attraverso:

- diffusione di alimenti ultra-processati;
- marketing aggressivo;
- pubblicità rivolta ai minori;
- espansione di prodotti ad alta densità calorica;
- riduzione della qualità nutrizionale;
- crescente disponibilità di cibo a basso costo e alto impatto metabolico.

L'attuale ambiente alimentare globale favorisce spesso consumi non salutari, soprattutto nelle fasce sociali economicamente più vulnerabili.

La World Obesity Federation sottolinea come le strategie di prevenzione non possano limitarsi a interventi educativi individuali, ma debbano intervenire anche sui sistemi commerciali che influenzano le scelte alimentari delle popolazioni.

Ciò implica:

- regolamentazione della pubblicità alimentare;
- tutela dei minori;
- etichettatura nutrizionale chiara;
- politiche fiscali orientate alla salute;
- incentivi alla produzione alimentare sostenibile;

- contrasto alle disuguaglianze di accesso agli alimenti salutari.

Le istituzioni saranno sempre più chiamate a bilanciare libertà economiche e tutela della salute pubblica.

Obesità infantile: una delle principali emergenze del xxi secolo

L'obesità infantile rappresenta una delle più gravi emergenze sanitarie globali.

La World Obesity Federation la definisce “una delle più serie sfide di salute pubblica del XXI secolo”.

I dati internazionali mostrano una crescita costante del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e adolescenti, con un forte impatto sulle future generazioni adulte.

L'obesità infantile tende infatti a persistere nell'età adulta aumentando il rischio di:

- diabete tipo 2;
- malattie cardiovascolari;
- tumori;
- disturbi metabolici;
- problemi osteoarticolari;
- fragilità psicologica.

Ma l'obesità infantile è soprattutto il risultato di sistemi di vita che non proteggono adeguatamente bambini e adolescenti.

Le principali determinanti includono:

- sedentarietà;
- riduzione del gioco attivo;
- eccessiva esposizione agli schermi;
- qualità nutrizionale insufficiente;
- povertà educativa;
- disuguaglianze sociali;
- carenza di spazi urbani sicuri;
- marketing alimentare aggressivo.

Le politiche future dovranno quindi investire fortemente su:

- scuole salutari;
- educazione alimentare;
- attività motoria quotidiana;
- medicina scolastica;
- welfare familiare;

- città child-friendly;
- prevenzione precoce.

La salute delle future generazioni dipenderà dalla capacità delle istituzioni di costruire ambienti favorevoli al benessere fin dall'infanzia.

Obesità, universal health coverage e diritto alla cura

Un'altra priorità strategica della World Obesity Federation riguarda l'integrazione dell'obesità nei sistemi di Universal Health Coverage.

Per molti anni l'obesità è rimasta ai margini delle strategie di copertura sanitaria universale, con profonde disuguaglianze nell'accesso ai trattamenti, ai farmaci innovativi e ai percorsi multidisciplinari.

Il riconoscimento dell'obesità come malattia implica invece la necessità di garantire:

- accesso equo ai servizi;
- presa in carico continuativa;
- multidisciplinarietà;
- continuità assistenziale;
- terapie appropriate;
- integrazione tra territorio e ospedale.

Questo scenario richiede una profonda evoluzione dei sistemi sanitari.

Le future strategie dovranno rafforzare:

- medicina territoriale;
- prevenzione endocrino-metabolica;
- reti cliniche integrate;
- accesso ai trattamenti innovativi;
- formazione dei professionisti;
- modelli di assistenza personalizzata.

Anche l'innovazione farmacologica sta modificando profondamente il quadro internazionale. L'emergere delle nuove terapie GLP-1 ha aperto una nuova fase nella gestione clinica dell'obesità, ma pone anche questioni cruciali legate a sostenibilità economica, appropriatezza prescrittiva ed equità di accesso.

Lo stigma del peso come determinante sociale di salute

La World Obesity Federation identifica il weight stigma come una delle principali barriere globali alla preven-

zione e alla cura dell'obesità.

Lo stigma legato al peso si manifesta attraverso stereotipi, discriminazioni e pregiudizi che colpiscono le persone con obesità nei contesti:

- sanitari;
- scolastici;
- lavorativi;
- sportivi;
- mediatici;
- sociali.

Per molti anni il dibattito pubblico ha rafforzato una narrazione centrata sulla colpevolizzazione individuale, alimentando isolamento sociale, riduzione dell'autostima e ritardo nell'accesso alle cure.

La World Obesity Federation sottolinea come lo stigma rappresenti non soltanto un problema culturale, ma un vero determinante sociale di salute.

Contrastare il weight stigma significa:

- migliorare qualità delle cure;
- favorire diagnosi precoce;
- aumentare adesione terapeutica;
- ridurre discriminazioni;
- promuovere diritti e dignità della persona.

Le politiche future dovranno quindi promuovere:

- linguaggio corretto e rispettoso;
- formazione dei professionisti sanitari;
- campagne pubbliche non stigmatizzanti;
- tutela normativa contro discriminazioni;
- coinvolgimento delle persone con esperienza vissuta.

Una nuova governance globale dell'obesità

La complessità dell'obesità richiede oggi una nuova governance globale della salute pubblica.

Le tradizionali politiche sanitarie settoriali non sono più sufficienti. Servono strategie integrate capaci di collegare:

- salute;
- ambiente;
- sostenibilità;
- urbanistica;
- welfare;

- educazione;
- alimentazione;
- innovazione;
- diritti sociali.

La World Obesity Federation richiama la necessità di sviluppare una risposta “whole-of-society”, cioè un approccio che coinvolga governi, sistemi sanitari, scuole, città, comunità scientifica, società civile e settore privato.

In questo scenario, anche i dati assumono un ruolo strategico fondamentale.

La collaborazione tra IBDO Foundation, ISTAT, università e organismi di ricerca dimostra quanto sia importante costruire sistemi integrati di monitoraggio epidemiologico e valutazione delle politiche pubbliche.

- I dati consentono infatti di:
- identificare le popolazioni più vulnerabili;
- monitorare le disuguaglianze territoriali;
- valutare gli outcome;
- orientare le decisioni politiche;
- programmare investimenti sanitari;
- misurare l'impatto economico e sociale della malattia.

L'Italia, grazie al percorso legislativo avviato e al crescente dialogo tra istituzioni, Parlamento, comunità scientifica e società civile, può oggi assumere un ruolo guida nel dibattito internazionale sull'obesità.

La salute pubblica del futuro dipenderà dalla capacità dei governi di affrontare oggi, con visione politica e responsabilità istituzionale, le radici profonde della crisi globale dell'obesità.

L'obesità nella Primary Health Care: il position statement della World Obesity Federation al 158° Who Executive Board

La crescente attenzione internazionale verso l'obesità come priorità strutturale di salute pubblica ha trovato una delle sue più significative espressioni nel documento presentato dalla World Obesity Federation al 158° Executive Board dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dedicato al tema della Primary Health Care.

Lo “Statement to the 158th WHO Executive Board – Agenda Item 10: Primary Health Care” rappresenta infatti uno dei più importanti documenti politici internazionali degli ultimi anni sulla necessità di integrare pienamente

prevenzione, diagnosi e cura dell'obesità all'interno dei sistemi sanitari e delle strategie di Universal Health Coverage (UHC).

Il documento segna un passaggio fondamentale nel dibattito globale sull'obesità perché colloca definitivamente la salute metabolica al centro delle future strategie di resilienza sanitaria, sostenibilità dei sistemi sanitari e riduzione delle disuguaglianze globali.

La World Obesity Federation richiama infatti con forza l'attenzione degli Stati Membri sul fatto che l'obesità non possa più essere affrontata come problema marginale o settoriale, ma debba essere riconosciuta come una delle principali sfide strutturali per la salute pubblica mondiale.

Un'emergenza globale in crescita

Il documento evidenzia un dato estremamente significativo: oltre un miliardo di persone nel mondo vive oggi con obesità, mentre nei prossimi dieci anni quasi quattro miliardi di individui potrebbero essere interessati da sovrappeso e obesità.

Si tratta di numeri che modificano radicalmente:

- la pianificazione sanitaria globale;
- la sostenibilità dei sistemi di welfare;
- la gestione delle cronicità;
- l'organizzazione della medicina territoriale;
- e strategie di prevenzione.

La World Obesity Federation sottolinea come l'obesità rappresenti oggi una delle principali determinanti dell'aumento globale delle malattie croniche non trasmissibili, tra cui:

- diabete mellito tipo 2;
- malattie cardiovascolari;
- insufficienza renale;
- patologie respiratorie;
- alcuni tumori;
- fragilità muscolo-scheletriche;
- disturbi mentali e psicologici.

L'impatto dell'obesità non riguarda quindi soltanto il peso corporeo, ma coinvolge profondamente:

- aspettativa di vita;
- qualità della vita;
- produttività economica;

- sostenibilità sanitaria;
- coesione sociale.

L'obesità come questione di primary health care

Uno dei principali elementi innovativi del Position Statement riguarda il forte collegamento tra obesità e Primary Health Care (PHC).

Per molti anni, infatti, l'obesità è stata affrontata prevalentemente attraverso:

- campagne di sensibilizzazione;
- interventi specialistici;
- programmi frammentati di educazione sanitaria.

La World Obesity Federation propone invece una trasformazione molto più profonda: l'integrazione strutturale dell'obesità all'interno della Primary Health Care e della Universal Health Coverage.

Questo significa considerare prevenzione, diagnosi e trattamento dell'obesità parte integrante dei servizi essenziali garantiti dai sistemi sanitari.

L'obesità viene quindi interpretata come:

- priorità della medicina territoriale;
- elemento centrale della prevenzione;
- componente strutturale della gestione delle cronicità;
- indicatore di equità sanitaria.

La salute metabolica entra così stabilmente nel cuore delle future strategie di sanità pubblica globale.

Il ruolo della medicina territoriale

Il documento della World Obesity Federation rafforza fortemente il ruolo della medicina territoriale nella lotta all'obesità.

La Primary Health Care viene infatti considerata il livello assistenziale più efficace per:

- diagnosi precoce;
- monitoraggio dei fattori di rischio;
- presa in carico continuativa;
- educazione sanitaria;
- prevenzione delle complicanze;
- integrazione multidisciplinare.

Questo approccio è particolarmente rilevante anche per il contesto italiano, nel quale:

- il DM77;
- le Case di Comunità;
- la medicina di prossimità;
- la riorganizzazione territoriale del SSN,

rappresentano oggi strumenti fondamentali per costruire una nuova governance della salute metabolica.

La World Obesity Federation sottolinea infatti che affrontare l'obesità richiede:

- continuità assistenziale;
- interventi lungo tutto l'arco della vita;
- multidisciplinarietà;
- monitoraggio sistematico;
- integrazione socio-sanitaria.

Il monitoraggio come infrastruttura della governance

Particolarmente importante è il richiamo del documento alla necessità di sviluppare sistemi strutturati di monitoraggio epidemiologico.

La World Obesity Federation afferma che affrontare l'obesità "inizia con il riconoscimento della malattia attraverso il monitoraggio routinario per valutare burden e rischio della popolazione".

Questo principio introduce un elemento cruciale della moderna governance sanitaria: senza dati non può esistere una politica efficace dell'obesità.

Il monitoraggio epidemiologico consente infatti di:

- identificare le popolazioni più vulnerabili;
- valutare le disuguaglianze;
- programmare servizi sanitari;
- orientare investimenti pubblici;
- misurare gli outcome;
- valutare l'impatto delle policy.

In questo quadro assume particolare rilevanza la collaborazione tra:

- World Obesity Federation;
- OMS;
- governi nazionali;

- istituti statistici;
- università;
- fondazioni di ricerca.

Nel contesto italiano, la collaborazione tra IBDO Foundation e ISTAT rappresenta uno dei modelli più avanzati di integrazione tra dati epidemiologici, ricerca e governance sanitaria.

Universal health coverage e diritto alla cura

Uno dei passaggi centrali dello Statement riguarda il collegamento tra obesità e Universal Health Coverage (UHC).

La World Obesity Federation richiama infatti gli Stati Membri a garantire accesso equo a:

- prevenzione;
- diagnosi;
- trattamenti;
- follow-up;
- terapie farmacologiche;
- interventi multidisciplinari.

Il documento evidenzia come l'integrazione dell'obesità nella Universal Health Coverage sia particolarmente urgente nei Paesi a basso e medio reddito, dove:

- la prevalenza cresce più rapidamente;
- le disuguaglianze sanitarie sono più profonde;
- i sistemi sanitari sono più fragili.

Tuttavia, il tema dell'equità riguarda anche i Paesi ad alto reddito.

Anche nei sistemi sanitari avanzati persistono infatti:

- disuguaglianze territoriali;
- differenze nell'accesso alle cure;
- limitazioni economiche;
- carenza di reti multidisciplinari;
- stigma e discriminazioni.

Il Position Statement rafforza quindi il principio secondo cui la lotta all'obesità rappresenta anche una questione di diritti sanitari e giustizia sociale.

L'acceleration plan to stop obesity

Il documento richiama inoltre il ruolo dell'"Acceleration Plan to Stop Obesity" promosso dall'OMS.

Questo piano internazionale punta ad accelerare le stra-

tegie globali di prevenzione e gestione dell'obesità attraverso:

- integrazione nella Primary Health Care;
- rafforzamento delle politiche pubbliche;
- monitoraggio epidemiologico;
- interventi multisettoriali;
- promozione di ambienti favorevoli alla salute.

La World Obesity Federation elogia i governi che stanno collaborando con l'OMS per:

- integrare l'obesità nei sistemi sanitari;
- sviluppare strategie nazionali;
- costruire percorsi di cura;
- promuovere prevenzione lungo il corso della vita.

Il documento invita tutti gli Stati Membri a implementare:

- accesso equo alla prevenzione;
- continuità assistenziale;
- piena integrazione dell'obesità nella Universal Health Coverage;
- servizi multidisciplinari;
- approcci evidence-based.

L'obesità come questione di equità globale

Uno degli aspetti più importanti del documento riguarda il tema delle disuguaglianze.

La World Obesity Federation evidenzia infatti come obesità e sovrappeso crescano più rapidamente nei contesti:

- economicamente fragili;
- urbanizzati;
- caratterizzati da povertà educativa;
- esposti a sistemi alimentari obesogenici.

L'obesità viene quindi interpretata anche come:

- indicatore di vulnerabilità sociale;
- determinante di salute;
- effetto delle disuguaglianze economiche e ambientali.

Questo approccio rappresenta una profonda evoluzione culturale rispetto alle tradizionali narrative centrate esclusivamente sulla responsabilità individuale.

Una nuova governance globale della salute metabolica

Il Position Statement della World Obesity Federation al 158° Executive Board dell'OMS rappresenta quindi molto più di una dichiarazione tecnica.

Esso propone una nuova architettura globale della governance dell'obesità fondata su:

- Primary Health Care;
- Universal Health Coverage;
- prevenzione strutturale;
- medicina territoriale;
- dati epidemiologici;
- multidisciplinarietà;
- equità sanitaria;
- sostenibilità dei sistemi sanitari.

L'obesità viene riconosciuta come una delle principali sfide strategiche del XXI secolo per:

- salute pubblica;
- sostenibilità economica;
- resilienza dei sistemi sanitari;
- qualità della vita delle popolazioni.

Il ruolo dell'Italia nel nuovo scenario internazionale

In questo contesto internazionale, l'Italia può oggi assumere un ruolo di leadership.

L'approvazione:

- della Legge 149/2025;
- dell'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità;
- dello sviluppo delle Linee Guida ISS;
- delle strategie regionali integrate;
- delle politiche sulla prescrizione dell'attività fisica,

colloca il nostro Paese tra le esperienze più avanzate nel riconoscimento politico e sanitario dell'obesità.

La sfida futura sarà trasformare questi strumenti normativi e programmatori in:

- organizzazione territoriale;
- prevenzione strutturata;
- reti multidisciplinari;
- accesso equo alle cure;
- governance basata sui dati.

Perché la salute metabolica rappresenta oggi una delle principali priorità strategiche per il futuro della salute pubblica globale. Costruire una moderna policy sull'obesità significa affrontare una delle più grandi sfide della salute pubblica contemporanea attraverso una visione sistemica, multidisciplinare e orientata al lungo periodo. L'obesità non può più essere considerata esclusivamente una questione clinica o individuale, ma deve essere riconosciuta come una priorità strategica nazionale che coinvolge salute, economia, ambiente, urbanistica, scuola, welfare e sostenibilità sociale.

Negli ultimi anni il dibattito internazionale si è progressivamente spostato da una visione centrata esclusivamente sulla responsabilità individuale verso un approccio che considera l'obesità il risultato dell'interazione tra molteplici determinanti biologici, ambientali, sociali, culturali ed economici. Questo cambiamento impone anche una profonda evoluzione delle politiche pubbliche.

Una policy efficace sull'obesità deve quindi essere in grado di integrare:

- prevenzione;
- diagnosi precoce;
- accesso alle cure;
- governance sanitaria;
- salute urbana;
- lotta alle disuguaglianze;
- sostenibilità ambientale;
- innovazione terapeutica;
- ricerca scientifica;
- tutela dei diritti delle persone.

La sfida non riguarda soltanto la riduzione della prevalenza dell'obesità, ma la costruzione di società più sane, inclusive e sostenibili.

Dalla risposta clinica alla governance della salute

Per molti anni le politiche sull'obesità sono state preva-

Una policy per l'Obesità

lentemente orientate alla dimensione clinica o a campagne di sensibilizzazione sui corretti stili di vita. Questo approccio si è dimostrato insufficiente di fronte alla crescente complessità epidemiologica e sociale della malattia.

Oggi appare evidente che l'obesità richiede una vera governance della salute pubblica.

Ciò significa sviluppare politiche integrate capaci di coordinare:

- Governo;
- Parlamento;
- Regioni;
- enti locali;
- sistema sanitario;
- scuola;
- università;
- comunità scientifica;
- associazioni dei pazienti;
- settore privato;
- organizzazioni della società civile.

La governance dell'obesità deve essere multilivello e permanente. Non può dipendere da interventi episodici o da singole iniziative legislative, ma deve diventare parte strutturale della programmazione sanitaria e sociale del Paese.

In questo contesto, l'approvazione della Legge Pella nel 2025 rappresenta un passaggio storico che ridefinisce il ruolo delle istituzioni nella lotta all'obesità. Il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante crea infatti le basi per una nuova fase di politiche pubbliche orientate alla presa in carico, alla prevenzione e all'equità di accesso alle cure.

La legge introduce implicitamente un nuovo paradigma: la salute metabolica deve diventare una priorità trasversale delle politiche pubbliche nazionali e territoriali.

Costruire una strategia nazionale integrata

Una moderna policy sull'obesità richiede la definizione di una vera strategia nazionale integrata.

Ciò significa superare la frammentazione attuale e costruire un quadro programmatico stabile che colleghi:

- prevenzione;
- medicina territoriale;

- assistenza specialistica;
- salute urbana;
- scuola;
- ambiente;
- attività fisica;
- alimentazione;
- innovazione terapeutica;
- ricerca.

L'obesità deve essere inserita stabilmente:

- nel Piano Nazionale della Cronicità;
- nei programmi di prevenzione del SSN;
- nelle strategie di medicina territoriale;
- nelle politiche di welfare;
- nei programmi di salute urbana;
- nelle politiche educative e scolastiche;
- nelle strategie nazionali sulla sostenibilità.

È inoltre necessario sviluppare un Piano Nazionale sull'Obesità che definisca:

- obiettivi misurabili;
- indicatori di outcome;
- criteri di monitoraggio;
- livelli essenziali di assistenza;
- standard organizzativi delle reti cliniche;
- strategie di prevenzione;
- sistemi di raccolta dati;
- investimenti sulla ricerca.

Una strategia nazionale efficace deve essere accompagnata da una governance stabile e da adeguate risorse economiche.

La prevenzione dell'obesità non può più essere considerata una voce residuale della spesa sanitaria. Deve essere interpretata come investimento strategico per la sostenibilità futura del sistema sanitario e per la resilienza economica e sociale del Paese.

Il ruolo delle regioni e della medicina territoriale

Le Regioni avranno un ruolo decisivo nella concreta implementazione delle future policy sull'obesità.

L'attuale sistema sanitario italiano presenta ancora pro-

fonde disuguaglianze territoriali nell'accesso ai percorsi di prevenzione, diagnosi e cura. In molte aree del Paese permane una forte frammentazione organizzativa che limita la presa in carico multidisciplinare e la continuità assistenziale.

Per questa ragione, una moderna policy sull'obesità dovrà rafforzare:

- le reti cliniche regionali;
- i PDTA multidisciplinari;
- la medicina di prossimità;
- le Case di Comunità;
- il ruolo della medicina generale;
- l'integrazione ospedale-territorio.

Il DM77 e il processo di riorganizzazione della sanità territoriale offrono oggi un'opportunità strategica per costruire modelli di presa in carico più integrati e continuativi.

L'obesità richiede infatti continuità assistenziale lungo tutto il corso della vita della persona. La gestione della malattia deve integrare:

- medicina generale;
- nutrizione clinica;
- endocrinologia;
- diabetologia;
- psicologia;
- attività motoria adattata;
- farmacoterapia;
- chirurgia bariatrica.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata anche alla prevenzione endocrino-metabolica e alla diagnosi precoce delle comorbidità associate all'obesità.

Attività fisica, salute urbana e prevenzione

Una moderna policy sull'obesità deve inoltre superare il tradizionale approccio sanitario e integrare pienamente ambiente, urbanistica e salute urbana.

Le città rappresentano oggi uno dei principali determinanti della salute metabolica. Mobilità, qualità dell'aria, accessibilità agli spazi verdi, sicurezza urbana e organizzazione degli spazi pubblici influenzano direttamente sedentarietà, attività fisica e benessere delle popolazioni.

La salute urbana deve quindi diventare parte integrante delle strategie di prevenzione.

- Ciò significa sviluppare:
- città attive;
- mobilità sostenibile;
- piste ciclabili;
- spazi verdi accessibili;
- percorsi pedonali sicuri;
- sport di comunità;
- programmi di rigenerazione urbana orientati alla salute.

In questo scenario, assume particolare rilevanza il Disegno di Legge sulla prescrizione dell'attività fisica approvato in X Commissione del Senato come legge delega.

Il riconoscimento dell'attività fisica come strumento terapeutico all'interno del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta infatti un cambiamento culturale profondo. La salute non viene più interpretata esclusivamente come cura della malattia, ma come promozione attiva del benessere e prevenzione delle fragilità croniche.

L'attività fisica deve diventare una vera infrastruttura di salute pubblica.

politiche alimentari e determinanti commerciali

Le future policy sull'obesità dovranno affrontare con maggiore decisione anche il tema dei determinanti commerciali della salute.

L'attuale ambiente alimentare globale favorisce spesso consumi non salutari attraverso:

- marketing aggressivo;
- diffusione di alimenti ultra-processati;
- pubblicità rivolta ai minori;
- disuguaglianze di accesso agli alimenti salutari.

Le istituzioni dovranno quindi sviluppare politiche integrate orientate a:

- educazione alimentare;
- etichettatura nutrizionale chiara;
- tutela dei minori;
- promozione della Dieta Mediterranea;
- sostegno alle filiere alimentari sostenibili;
- miglioramento della qualità nutrizionale della ristorazione collettiva;
- contrasto alla povertà alimentare.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata alle scuole, che rappresentano uno dei principali luoghi di prevenzione e promozione della salute delle future generazioni.

Innovazione terapeutica e accesso equo alle cure

L'evoluzione della ricerca farmacologica sta modificando profondamente il panorama internazionale della gestione dell'obesità.

Le nuove terapie basate sugli agonisti del GLP-1 stanno aprendo scenari innovativi nella prevenzione delle complicanze metaboliche e cardiovascolari. Tuttavia, queste innovazioni pongono importanti questioni di governance sanitaria:

- appropriatezza prescrittiva;
- sostenibilità economica;
- equità di accesso;
- integrazione nei percorsi assistenziali;
- formazione dei professionisti.

Una moderna policy sull'obesità dovrà garantire che l'innovazione terapeutica non aumenti le disuguaglianze territoriali e sociali.

L'accesso ai trattamenti farmacologici, alla chirurgia bariatrica e ai percorsi multidisciplinari deve essere garantito in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Dati, ricerca e valutazione delle policy

Non può esistere una policy efficace senza una solida infrastruttura di dati.

La raccolta sistematica di dati epidemiologici, clinici, sociali, ambientali ed economici rappresenta oggi uno strumento essenziale di governance sanitaria.

La collaborazione tra IBDO Foundation, ISTAT, università e organismi di ricerca costituisce un modello strategico per lo sviluppo di sistemi integrati di monitoraggio dell'obesità.

I dati consentono infatti di:

- identificare le popolazioni a rischio;
- monitorare le disuguaglianze territoriali;
- valutare l'impatto delle politiche pubbliche;
- programmare risorse;
- misurare outcome sanitari ed economici;
- sviluppare strategie evidence-based.

Anche la ricerca dovrà assumere una dimensione sempre più interdisciplinare integrando:

- medicina;
- nutrizione;
- epidemiologia;
- urbanistica;
- economia sanitaria;
- scienze sociali;
- digital health;
- intelligenza artificiale.

Una policy per il futuro

La lotta all'obesità rappresenta oggi una delle principali sfide strategiche per il futuro dei sistemi sanitari e delle società contemporanee.

Affrontarla significa:

- proteggere la sostenibilità del SSN;
- ridurre le disuguaglianze;
- migliorare la qualità della vita;
- investire nella salute delle nuove generazioni;
- costruire città più sane;
- rafforzare la resilienza sociale ed economica del Paese.

Le future policy dovranno essere fondate su:

- prevenzione;
- multidisciplinarietà;
- integrazione territoriale;
- sostenibilità;
- innovazione;
- equità;
- partecipazione delle comunità;
- tutela dei diritti delle persone.

L'Italia dispone oggi delle competenze scientifiche, delle esperienze istituzionali e degli strumenti normativi per diventare un modello internazionale nella governance dell'obesità.

La vera sfida dei prossimi anni sarà trasformare questa consapevolezza in una strategia strutturale, permanente e orientata al lungo periodo.

Un nuovo patto di legislatura sull'obesità

Dall'impegno politico ai risultati istituzionali: una nuova fase per la governance dell'obesità in Italia

All'inizio della XIX Legislatura, in un contesto caratterizzato da una crescente emergenza epidemiologica legata all'obesità e alle malattie croniche non trasmissibili, il mondo scientifico, le associazioni dei pazienti e numerosi rappresentanti istituzionali promossero un "Patto di Legislatura sull'Obesità" con l'obiettivo di collocare stabilmente il tema della salute metabolica all'interno dell'agenda politica nazionale.

Quel Patto nasceva dalla consapevolezza che l'obesità non potesse più essere considerata una semplice condizione individuale o un problema esclusivamente legato agli stili di vita, ma una vera emergenza di salute pubblica con profonde implicazioni: sanitarie;

- sociali;
- economiche;
- educative;
- urbanistiche;
- ambientali;
- occupazionali.

Il documento rappresentò un appello unitario rivolto a Parlamento, Governo, Regioni ed enti locali affinché l'Italia sviluppasse una strategia nazionale strutturata, multidisciplinare e permanente sull'obesità.

Per la prima volta, le principali società scientifiche, le organizzazioni civiche e le reti associative impegnate sul tema dell'obesità proposero una piattaforma comune di priorità politiche e istituzionali fondata su sei grandi direttrici strategiche:

- lotta allo stigma clinico e istituzionale;
- riconoscimento dell'obesità come malattia cronica;
- promozione di linee guida nazionali;
- pieno accesso alle cure e ai trattamenti;
- realizzazione di reti regionali di assistenza;
- attenzione all'obesità infantile-giovanile e di genere.

A distanza di pochi anni, gran parte di quegli obiettivi ha trovato una concreta evoluzione normativa, programmatica e culturale, trasformando l'Italia in uno dei Paesi più avanzati nel riconoscimento politico e sanitario dell'obesità.

L'approvazione della Legge 149/2025, l'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale delle Malattie Croniche, l'av-

vio delle Linee Guida nazionali presso il PNLG dell'Istituto Superiore di Sanità, lo sviluppo di percorsi regionali dedicati e il rafforzamento del dibattito istituzionale sull'obesità infantile e sull'accesso alle cure rappresentano risultati storici che testimoniano la maturazione di una nuova governance pubblica della salute metabolica.

Il Patto di Legislatura non è stato quindi soltanto un documento programmatico, ma uno strumento di advocacy istituzionale che ha contribuito a costruire un'alleanza stabile tra Parlamento, Governo, comunità scientifica, società civile e associazioni dei pazienti.

Oggi, tuttavia, la crescita dell'obesità, l'aumento delle fragilità metaboliche nelle giovani generazioni, il peso economico delle malattie croniche correlate, le persistenti disuguaglianze territoriali e l'evoluzione delle innovazioni terapeutiche rendono necessario aggiornare e rilanciare quel Patto in una nuova fase di governance pubblica.

La sfida non riguarda più soltanto il riconoscimento dell'obesità come problema sanitario, ma la capacità delle istituzioni di trasformare tale riconoscimento in:

- politiche strutturali;
- investimenti permanenti;
- organizzazione territoriale;
- prevenzione precoce;
- integrazione socio-sanitaria;
- raccolta dei dati;
- tutela dei diritti delle persone.

Il nuovo Patto di Legislatura deve quindi rappresentare una piattaforma strategica nazionale orientata a costruire una moderna politica pubblica dell'obesità capace di integrare:

- prevenzione;
- medicina territoriale;
- salute urbana;
- sostenibilità;
- innovazione terapeutica;
- salute mentale;
- lotta alle disuguaglianze;
- partecipazione delle comunità.

1. Lotta allo stigma clinico e istituzionale

Risultato raggiunto: legge 149/2025

Uno dei principali obiettivi del Patto di Legislatura riguardava il superamento dello stigma clinico e istituzionale che storicamente ha accompagnato la persona con obesità.

Per molti anni, infatti, l'obesità è stata interpretata prevalentemente come conseguenza di scelte individuali scorrette, mancanza di volontà o scarsa attenzione agli stili di vita. Questa narrazione semplificata ha prodotto effetti profondamente negativi:

- ritardo nella diagnosi;
- riduzione dell'accesso alle cure;
- discriminazioni nei contesti lavorativi e scolastici;
- isolamento sociale;
- peggioramento della salute mentale;
- marginalizzazione sanitaria.

Il Patto di Legislatura aveva evidenziato come lo stigma rappresentasse una vera forma di "bullismo istituzionale" nei confronti delle persone con obesità.

L'approvazione della Legge 149/2025 ha rappresentato un passaggio storico proprio perché ha contribuito a superare formalmente questa impostazione culturale, riconoscendo l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante.

Il valore della legge non è soltanto clinico o organizzativo. È profondamente culturale e istituzionale.

Riconoscere l'obesità come malattia significa infatti:

- riconoscere dignità alla persona;
- superare la colpevolizzazione individuale;
- contrastare discriminazioni;
- promuovere inclusione;
- garantire diritto alla cura;
- rafforzare l'equità sanitaria.

La Legge 149/2025 rappresenta inoltre un messaggio politico di grande rilevanza internazionale: la salute metabolica diventa una priorità pubblica e non una responsabilità esclusivamente privata.

La prossima fase dovrà essere orientata a consolidare questo percorso attraverso:

- campagne nazionali contro il weight stigma;
- formazione obbligatoria dei professionisti sanitari;
- linee guida sulla comunicazione pubblica;
- programmi scolastici contro il body shaming;
- monitoraggio delle discriminazioni sanitarie e lavorative;
- promozione di linguaggi inclusivi e scientificamente corretti.

2. Considerare l'obesità come malattia cronica

Risultato raggiunto: inserimento dell'obesità nel piano nazionale malattie croniche

Il secondo grande obiettivo del Patto di Legislatura riguardava il riconoscimento dell'obesità all'interno delle strategie nazionali sulle cronicità.

L'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale delle Malattie Croniche rappresenta uno dei risultati programmati più importanti raggiunti negli ultimi anni.

Questo passaggio segna il superamento definitivo di una visione marginale dell'obesità e riconosce la centralità della salute metabolica nella sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale.

L'obesità è infatti uno dei principali fattori di rischio per:

- diabete tipo 2;
- malattie cardiovascolari;
- insufficienza renale;
- tumori;
- patologie respiratorie;
- fragilità osteoarticolari;
- disturbi psicologici.

L'inserimento nel Piano Nazionale delle Malattie Croniche consente oggi di:

- programmare reti cliniche dedicate;
- sviluppare PDTA multidisciplinari;
- rafforzare la prevenzione endocrino-metabolica;
- integrare territorio e ospedale;
- migliorare raccolta dati e monitoraggio epidemiologico;
- uniformare gli standard regionali di presa in carico.

La sfida futura sarà trasformare questi strumenti programmati in modelli organizzativi concreti, attraverso:

- standard nazionali di assistenza;
- reti regionali integrate;
- indicatori di outcome;
- valutazione delle performance territoriali;
- integrazione con il DM77 e la medicina di prossimità.

3. Promuovere linee guida per l'obesità

Risultato raggiunto: redazione delle linee guida nel PNLG dell'ISS

Il Patto di Legislatura indicava tra le priorità la necessità di costruire Linee Guida nazionali fondate sulle evidenze scientifiche.

L'avvio della redazione delle Linee Guida sull'obesità nel Sistema Nazionale Linee Guida (PNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità rappresenta un passaggio strategico per consolidare qualità, appropriatezza e uniformità delle cure.

Per molti anni la gestione clinica dell'obesità è stata caratterizzata da forte eterogeneità territoriale e organizzativa.

Le future Linee Guida consentiranno di:

- uniformare i percorsi assistenziali;
- migliorare appropriatezza prescrittiva;
- integrare prevenzione e trattamento;
- rafforzare la multidisciplinarietà;
- promuovere continuità assistenziale;
- sviluppare modelli evidence-based.

L'obiettivo sarà costruire un sistema integrato capace di coinvolgere:

- medicina generale;
- endocrinologia;
- diabetologia;
- pediatria;
- nutrizione clinica;
- psicologia;
- attività motoria adattata;
- chirurgia bariatrica.

4. Garantire il pieno accesso alle cure e ai trattamenti farmacologici

L'evoluzione della ricerca scientifica e farmacologica sta modificando profondamente il panorama internazionale dell'obesità.

Le nuove terapie innovative rappresentano una opportunità senza precedenti per migliorare:

- salute metabolica;
- prevenzione cardiovascolare;
- qualità della vita;
- riduzione delle complicanze croniche.

Tuttavia, persistono ancora forti disuguaglianze territoriali nell'accesso:

- ai farmaci innovativi;
- ai centri specialistici;
- alla chirurgia bariatrica;
- ai percorsi multidisciplinari.

Garantire pieno accesso alle cure significa oggi:

- rafforzare appropriatezza prescrittiva;
- garantire equità territoriale;
- sviluppare modelli di sostenibilità economica;

6. Obesità infanto-giovanile e di genere

Risultato raggiunto: PDL 2663

L'obesità infantile rappresenta una delle principali emergenze sanitarie dei prossimi decenni.

Il Patto di Legislatura aveva già evidenziato la necessità di costruire strumenti specifici dedicati all'età evolutiva e alle differenze di genere.

In questo quadro, il PDL 2663 relativo all'istituzione del Programma Nazionale Diagnostico per la prevenzione e la gestione dell'obesità nell'adolescenza rappresenta un importante passo avanti verso:

- diagnosi precoce;
- prevenzione scolastica;
- monitoraggio epidemiologico;
- supporto alle famiglie;
- presa in carico multidisciplinare.

La governance futura dovrà rafforzare:

- medicina scolastica;
- educazione alimentare;
- attività motoria;
- salute mentale;
- prevenzione digitale;
- contrasto al body shaming.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata anche alla dimensione di genere dell'obesità, considerando le differenti vulnerabilità biologiche, sociali e psicologiche nelle diverse fasi della vita.

Una nuova fase della governance dell'obesità

I risultati raggiunti dimostrano che il Patto di Legislatura ha rappresentato uno dei più importanti strumenti di advocacy istituzionale e scientifica sviluppati in Italia sul tema dell'obesità.

Oggi si apre una nuova fase.

La sfida non riguarda più soltanto il riconoscimento della malattia, ma la capacità di costruire una vera politica pubblica dell'obesità fondata su:

- iprevenzione;
- isostenibilità;
- imedicina territoriale;
- idati;
- iinnovazione;
- iequità;
- isalute urbana;
- iintegrazione nazionale-regionale-locale.

L'obesità rappresenta oggi una delle principali sfide strategiche per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale e della coesione sociale del Paese.

Per questa ragione, il nuovo Patto di Legislatura dovrà consolidare quanto raggiunto e trasformare la salute metabolica in una priorità permanente delle politiche pubbliche italiane.

Integrare territorio e specialistica;

- costruire registri clinici nazionali;
- monitorare outcome e aderenza terapeutica.

La prossima fase richiederà inoltre una forte integrazione tra innovazione terapeutica e medicina territoriale.

5. Realizzazione delle reti regionali di assistenza per l'obesità

Il Patto di Legislatura aveva evidenziato la necessità di costruire reti regionali strutturate per l'assistenza all'obesità.

Oggi il quadro italiano rimane ancora fortemente eterogeneo.

Alcune Regioni hanno sviluppato modelli avanzati di presa in carico multidisciplinare, mentre altre presentano ancora:

- frammentazione organizzativa;
- insufficiente integrazione ospedale-territorio;
- carenza di PDTA;
- limitato accesso ai servizi specialistici.

La realizzazione delle reti regionali rappresenta oggi una priorità strategica nazionale.

Le reti dovranno integrare:

- Case di Comunità;
- medicina generale;
- specialistica territoriale;
- ospedali;
- centri di riferimento;
- attività motoria adattata;
- supporto psicologico;
- nutrizione clinica.

Il DM77 offre oggi una opportunità fondamentale per rafforzare medicina di prossimità e continuità assistenziale.

Diabete, obesità e prevenzione del rischio cardiovascolare nel Piano Nazionale della Prevenzione 2026–2031

La salute cardio-nefro-metabolica come sfida centrale della sanità pubblica italiana

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2026–2031 rappresenta uno dei documenti più importanti e strategici della programmazione sanitaria italiana contemporanea. La sua rilevanza non deriva soltanto dal ruolo istituzionale che ricopre all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, ma soprattutto dalla visione culturale che propone rispetto al futuro della salute pubblica. Il Piano, infatti, non si limita a definire obiettivi tecnici o indicatori operativi, ma prova a ridefinire il concetto stesso di prevenzione, superando definitivamente una lettura limitata alla sola dimensione clinica o ospedaliera della malattia.

In questo scenario, il diabete, l'obesità e la prevenzione del rischio cardiovascolare emergono come temi centrali e trasversali, profondamente intrecciati tra loro e destinati a rappresentare una delle principali sfide dei prossimi decenni per il Servizio Sanitario Nazionale, per la sostenibilità economica del sistema e per la qualità della vita della popolazione italiana.

Pur non dedicando capitoli autonomi specificamente intitolati all'obesità o al diabete, il Piano costruisce attorno a queste condizioni una rete molto ampia di interventi, programmi e strategie che delineano chiaramente una nuova idea di salute cardio-nefro-metabolica. L'impostazione del documento riflette infatti una trasformazione ormai consolidata nelle politiche sanitarie internazionali: il superamento della frammentazione specialistica e la costruzione di un approccio integrato alla gestione delle malattie croniche non trasmissibili.

Per molti anni il sistema sanitario ha affrontato obesità, diabete, ipertensione arteriosa, dislipidemie e malattie cardiovascolari come problemi distinti, gestiti da discipline separate e da percorsi assistenziali spesso poco comunicanti tra loro. Oggi, invece, la letteratura scientifica e le principali organizzazioni internazionali riconoscono sempre di più l'esistenza di un continuum cardio-nefro-metabolico, all'interno del quale obesità, diabete, rischio cardiovascolare e insufficienza renale cronica condividono fattori di rischio, meccanismi fisiopatologici, determinanti sociali e conseguenze organizzative.

Il PNP 2026–2031 si inserisce pienamente in questa evoluzione culturale e scientifica. Il documento riconosce implicitamente che il rischio cardiovascolare non sia soltanto un problema cardiologico, ma il risultato di un insieme complesso di condizioni metaboliche, ambientali,

comportamentali e sociali che si costruiscono lungo tutto l'arco della vita. Le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare la principale causa di mortalità in Italia, ma il Piano sottolinea come la loro diffusione sia strettamente collegata all'aumento dell'obesità, del diabete tipo 2, della sedentarietà e delle fragilità sociali.

Il documento parte da una fotografia epidemiologica molto chiara. L'Italia sta vivendo una fase di profonda trasformazione demografica e sanitaria. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della multimorbidità, la crescita delle condizioni croniche e l'emergere di nuove vulnerabilità sociali stanno modificando radicalmente i bisogni assistenziali del Paese. In questo contesto, il diabete e l'obesità assumono un ruolo strategico non soltanto per il loro impatto clinico, ma anche per il peso economico e organizzativo che producono sul sistema sanitario.

Il diabete tipo 2, in particolare, rappresenta una delle condizioni croniche più rilevanti per prevalenza, costi e complicanze. Il Piano lascia emergere chiaramente la consapevolezza che il vero problema del diabete non sia limitato al controllo glicemico, ma riguardi soprattutto il rischio cardiovascolare associato alla malattia. Infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco, insufficienza renale cronica e arteriopatia periferica costituiscono infatti le principali cause di mortalità e disabilità nelle persone con diabete.

Allo stesso modo, l'obesità viene interpretata come un potente moltiplicatore di rischio metabolico e cardiovascolare. Il Piano supera progressivamente una narrazione riduttiva e colpevolizzante dell'obesità, riconoscendo che si tratta di una condizione cronica complessa, influenzata da molteplici determinanti biologici, ambientali, sociali e culturali. Questa impostazione rappresenta uno dei cambiamenti più significativi del documento. Per molti anni il dibattito pubblico sull'obesità è stato dominato da una lettura centrata quasi esclusivamente sulla responsabilità individuale. Il PNP 2026–2031, invece, propone una prospettiva più ampia e sistemica, nella quale l'ambiente di vita assume un ruolo decisivo nella costruzione del rischio metabolico.

Il documento introduce infatti una riflessione molto avanzata sul rapporto tra salute e contesto sociale. La probabilità di sviluppare obesità, diabete e malattie cardiovascolari

scolari non dipende soltanto dalle scelte individuali, ma anche dal luogo in cui si vive, dal reddito, dal livello di istruzione, dalla qualità dell'ambiente urbano, dall'accessibilità ai servizi sanitari, dalla possibilità di praticare attività fisica e dalla disponibilità economica di alimenti salutari.

In questa prospettiva emerge con forza il tema delle disuguaglianze di salute. Il Piano sottolinea che le persone più fragili dal punto di vista economico e sociale si ammalano di più, accedono meno alla prevenzione e sviluppano più frequentemente fattori di rischio cardiovascolare e metabolico. Le aree territoriali più svantaggiate, le periferie urbane, le zone interne e le comunità caratterizzate da maggiore vulnerabilità sociale presentano spesso tassi più elevati di obesità, diabete e patologie cardiovascolari.

Questo passaggio è particolarmente importante perché sposta il significato stesso della prevenzione. Prevenire non significa soltanto informare le persone sui corretti stili di vita, ma costruire condizioni sociali, urbane e ambientali che rendano possibile vivere in salute. È qui che il Piano introduce con maggiore forza l'approccio One Health e il concetto di Health in All Policies. La salute non viene più considerata esclusivamente una responsabilità del sistema sanitario, ma il risultato di politiche integrate che coinvolgono urbanistica, mobilità, ambiente, scuola, lavoro, welfare e organizzazione delle comunità.

Nel caso dell'obesità e della prevenzione cardiovascolare, questo approccio assume una rilevanza enorme. Il Piano riconosce implicitamente il ruolo degli ambienti obesogenici, cioè di quei contesti che favoriscono sedentarietà, isolamento sociale, cattiva alimentazione e inattività fisica. Quartieri privi di spazi verdi, città dominate dal traffico automobilistico, assenza di piste ciclabili, carenza di servizi di prossimità, mancanza di sicurezza urbana e povertà educativa diventano tutti fattori che contribuiscono all'aumento del rischio cardiovascolare.

Per questo motivo uno dei programmi più innovativi del PNP è rappresentato dal Programma "Comunità attive". Il documento propone una visione moderna della prevenzione cardiovascolare, nella quale il movimento quotidiano non dipende esclusivamente dalla volontà individuale, ma dalla struttura stessa degli spazi urbani. Camminabilità, ciclabilità, mobilità sostenibile, accessibilità agli spazi verdi e promozione dell'attività fisica diventano strumenti di salute pubblica.

Questa impostazione si collega direttamente alle più avanzate strategie internazionali di urban health e planetary health. Le città vengono interpretate come ecosistemi di salute capaci di favorire o ostacolare il benessere cardiovascolare della popolazione. Una città costruita per le automobili, la sedentarietà e l'isolamento sociale produce inevitabilmente maggiore rischio metabolico. Al contrario, una città progettata per il movimento, la prossimità, la socialità e l'accessibilità può ridurre significativamente l'incidenza di obesità, diabete e malattie cardiovascolari.

Il tema della prevenzione precoce attraversa tutto il Piano. Il documento insiste molto sul fatto che il rischio cardiovascolare si costruisce lungo tutto il corso della vita e che le prime fasi dell'esistenza siano decisive per la salute futura. Per questo motivo grande attenzione viene dedicata alla scuola e ai primi mille giorni di vita.

Il Programma "Scuole che Promuovono Salute" rappresenta uno dei pilastri della strategia preventiva del Piano. La scuola viene interpretata non soltanto come luogo educativo, ma come ambiente di salute pubblica. Educazione alimentare, promozione dell'attività motoria, sviluppo delle life skills, benessere psicologico e coinvolgimento delle famiglie diventano strumenti fondamentali per contrastare precocemente obesità e rischio cardiovascolare.

L'obesità infantile assume nel documento un significato particolarmente rilevante. Pur senza utilizzare toni allarmistici, il Piano lascia chiaramente intendere che la crescita del sovrappeso e dell'obesità pediatrica rappresenti una delle principali minacce future per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Un bambino con obesità ha infatti una maggiore probabilità di sviluppare diabete tipo 2, ipertensione arteriosa e malattie cardiovascolari già in età relativamente giovane.

Ancora più interessante è il richiamo alla programmazione metabolica precoce. Il Piano valorizza infatti il ruolo dei primi mille giorni di vita, riconoscendo che la salute cardiovascolare dell'adulto dipende anche dalle condizioni nutrizionali, ambientali e relazionali vissute durante la gravidanza e la prima infanzia. Promozione dell'allattamento, nutrizione materna equilibrata, sostegno alle famiglie e prevenzione della malnutrizione diventano quindi investimenti strategici sulla salute futura della popolazione.

Per quanto riguarda il diabete, il Piano dedica particolare attenzione alla gestione integrata della cronicità. Il do-

cumento riconosce che il modello tradizionale centrato sull'ospedale non sia più sufficiente per affrontare patologie croniche ad alta prevalenza e ad elevato rischio cardiovascolare. La gestione del diabete richiede continuità assistenziale, monitoraggio costante, educazione terapeutica e integrazione multiprofessionale.

In questo senso il PNP si collega strettamente alla riorganizzazione territoriale prevista dal PNRR. Le Case della Comunità, la medicina di prossimità, l'integrazione socio-sanitaria e la multiprofessionalità vengono considerate strumenti fondamentali per affrontare la crescente complessità delle patologie cardio-nefro-metaboliche. Il Piano punta chiaramente a spostare il baricentro della sanità dall'ospedale al territorio, rafforzando la prevenzione e la presa in carico continuativa.

Il documento lascia intravedere un modello sanitario nel quale diabetologi, cardiologi, nefrologi, medici di medicina generale, infermieri, nutrizionisti, psicologi e professionisti della prevenzione lavorano in maniera sempre più integrata. La gestione del rischio cardiovascolare non viene più considerata competenza esclusiva della cardiologia, ma responsabilità condivisa di tutto il sistema sanitario e delle politiche pubbliche.

Nonostante l'impianto molto avanzato, il Piano presenta anche alcuni limiti. Rimane ancora relativamente contenuto il riferimento alle innovazioni terapeutiche e digitali che stanno trasformando la gestione delle patologie cardio-nefro-metaboliche. Le nuove tecnologie di monitoraggio, la telemedicina, l'intelligenza artificiale applicata alla prevenzione, i sistemi di stratificazione del rischio e le innovazioni farmacologiche vengono richiamati solo marginalmente. Anche il tema dello stigma legato all'obesità e dell'impatto psicologico delle malattie croniche potrebbe essere maggiormente approfondito.

Tuttavia, nel complesso, il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 rappresenta un passaggio fondamentale nella costruzione di una nuova cultura della salute pubblica italiana. Il documento propone una visione nella quale diabete, obesità e rischio cardiovascolare non sono più problemi separati, ma parti di un'unica grande trasformazione epidemiologica, sociale e organizzativa.

La direzione indicata dal Piano è molto chiara: investire sulla prevenzione precoce, ridurre le disuguaglianze, rafforzare la sanità territoriale, costruire città più salutari, promuovere ambienti favorevoli al benessere e integrare le competenze professionali attorno alla salute cardio-nefro-metabolica della popolazione.

In questa prospettiva il PNP 2026-2031 non rappresenta soltanto un documento tecnico di programmazione sanitaria, ma una proposta culturale che ridefinisce il rapporto tra salute, ambiente, società e organizzazione del sistema sanitario, riconoscendo che il futuro della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale dipenderà sempre di più dalla capacità di prevenire e governare le grandi patologie croniche metaboliche e cardiovascolari.

Legge 149/2025

“Disposizioni per la prevenzione e la cura dell’obesità”

L’approvazione della Legge 149/2025 “Disposizioni per la prevenzione e la cura dell’obesità” rappresenta uno dei passaggi più importanti nella storia recente delle politiche sanitarie italiane e costituisce un punto di svolta anche nel panorama internazionale delle strategie dedicate alle malattie croniche non trasmissibili.

Per la prima volta, un Parlamento nazionale ha riconosciuto formalmente l’obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante, superando una visione culturale che per decenni aveva relegato questa condizione prevalentemente all’ambito della responsabilità individuale o degli stili di vita.

La legge non rappresenta soltanto un intervento normativo settoriale, ma l’avvio di una nuova fase della governance della salute pubblica in Italia.

Il riconoscimento dell’obesità come malattia implica infatti profonde conseguenze:

- culturali;
- istituzionali;
- organizzative;
- programmatorie;
- economiche;
- sociali.

La Legge 149/2025 introduce un cambio di paradigma che ridefinisce il rapporto tra cittadino, sistema sanitario e politiche pubbliche.

L’obesità viene riconosciuta come una patologia complessa e multifattoriale influenzata da:

- fattori genetici;
- determinanti endocrino-metabolici;
- ambiente urbano;
- sedentarietà;
- sistemi alimentari;
- fragilità socioeconomiche;
- salute mentale;
- condizioni lavorative e sociali.

Questo approccio consente finalmente di superare la narrativa della colpa individuale e apre la strada a una politica sanitaria più moderna, multidisciplinare e orientata alla prevenzione.

Il valore politico e istituzionale della legge

La Legge 149/2025 rappresenta anche una delle più importanti innovazioni politiche sviluppate in Europa nel campo della salute metabolica.

L’Italia è diventata infatti il primo Paese al mondo ad approvare una normativa organica che riconosce formalmente l’obesità come malattia cronica.

Questo passaggio colloca il nostro Paese al centro del dibattito internazionale sulle future strategie di governance dell’obesità e delle malattie croniche non trasmissibili.

Il valore politico della legge è particolarmente rilevante perché:

- riconosce la salute metabolica come priorità nazionale;
- rafforza il diritto alla cura;
- valorizza il ruolo della prevenzione;
- promuove equità di accesso ai servizi;
- favorisce programmazione sanitaria strutturata;
- integra obesità e cronicità nelle strategie del SSN.

La legge contribuisce inoltre a ridefinire il ruolo delle istituzioni nella lotta alle grandi fragilità croniche contemporanee.

La salute non viene più interpretata soltanto come risposta alla malattia conclamata, ma come risultato di politiche integrate capaci di agire sui determinanti sociali, ambientali ed economici della salute.

Una nuova governance dell’obesità

Uno degli elementi più innovativi della Legge 149/2025 riguarda la costruzione di una nuova governance dell’obesità.

Per molti anni la gestione dell’obesità è stata caratterizzata da:

- frammentazione organizzativa;
- insufficiente integrazione territoriale;
- limitata multidisciplinarietà;
- carenza di percorsi dedicati;
- forti disuguaglianze regionali.

La legge pone invece le basi per sviluppare una presa in carico strutturata e continuativa capace di integrare:

- medicina generale;
- endocrinologia;
- diabetologia;
- nutrizione clinica;
- psicologia;
- attività motoria adattata;
- chirurgia bariatrica;
- medicina territoriale.

Particolare rilevanza assume il rafforzamento della medicina di prossimità e dell'integrazione ospedale-territorio.

L'obesità è infatti una malattia cronica che richiede continuità assistenziale lungo tutto l'arco della vita della persona.

Per questa ragione, il nuovo modello di governance dovrà dialogare strettamente con:

- DM77;
- Case di Comunità;
- reti territoriali;
- PDTA regionali;
- sistemi di prevenzione endocrino-metabolica.

Prevenzione e salute pubblica

La Legge 149/2025 rafforza il principio secondo cui la prevenzione deve diventare una infrastruttura strategica permanente del Servizio Sanitario Nazionale.

Per molti anni la prevenzione dell'obesità è stata affidata prevalentemente a campagne informative episodiche o a iniziative scolastiche non strutturate.

Oggi invece appare evidente che la lotta all'obesità richiede una strategia integrata e multisettoriale.

Le politiche di prevenzione dovranno coinvolgere:

- scuola;
- università;
- città;
- ambienti di lavoro;
- comunità locali;
- sistemi alimentari;
- sport;
- urbanistica;
- welfare territoriale.

Particolarmente importante è il riconoscimento del ruolo degli ambienti obesogenici.

La salute metabolica delle popolazioni è profondamente influenzata da:

- qualità urbana;
- accessibilità agli spazi verdi;
- sicurezza dei percorsi pedonali;
- mobilità sostenibile;
- disponibilità di alimenti salutari;
- condizioni socioeconomiche.

La prevenzione dell'obesità diventa quindi anche una questione di salute urbana e giustizia sociale.

Accesso alle cure e innovazione terapeutica

Negli ultimi anni l'innovazione farmacologica ha modificato profondamente il panorama terapeutico dell'obesità.

Le nuove terapie metaboliche rappresentano una delle più importanti evoluzioni cliniche nel trattamento delle malattie croniche non trasmissibili.

La Legge 149/2025 introduce quindi il principio secondo cui le persone con obesità devono poter accedere a:

- percorsi multidisciplinari;
- trattamenti appropriati;
- innovazione farmacologica;
- chirurgia bariatrica;
- programmi di follow-up continuativo.

Tuttavia, il tema dell'accesso alle cure pone anche importanti questioni di governance sanitaria.

Persistono infatti forti disuguaglianze territoriali:

- nella disponibilità dei centri specialistici;
- nell'accesso ai farmaci innovativi;
- nella presa in carico multidisciplinare;
- nei tempi di accesso ai servizi.

La sfida futura sarà quindi garantire:

- appropriatezza prescrittiva;
- sostenibilità economica;
- equità territoriale;
- integrazione terapeutica;
- monitoraggio degli outcome.

La lotta allo stigma come priorità sanitaria

Uno degli aspetti più innovativi della legge riguarda il riconoscimento implicito dello stigma come barriera sanitaria.

Per molti anni le persone con obesità hanno subito discriminazioni:

- nei percorsi sanitari;
- nei contesti lavorativi;
- nelle scuole;
- nei media;
- nella società.

Lo stigma ha prodotto:

- isolamento sociale;
- peggioramento della salute mentale;
- ritardo nella richiesta di cure;
- riduzione dell'aderenza terapeutica;
- aumento delle fragilità psicologiche.

La Legge 149/2025 contribuisce a superare questa impostazione promuovendo una nuova cultura della salute basata su:

- dignità della persona;
- diritto alla cura;
- inclusione;
- rispetto;
- appropriatezza scientifica.

La lotta allo stigma dovrà diventare una componente strutturale delle future politiche pubbliche sull'obesità.

PDL 2663 Camera dei Deputati

“Istituzione del programma nazionale diagnostico per la prevenzione e la gestione dell’obesità nell’adolescenza”

L’obesità infantile e adolescenziale rappresenta oggi una delle principali emergenze sanitarie globali e uno dei fenomeni più preoccupanti per il futuro della salute pubblica. L’aumento costante del sovrappeso e dell’obesità tra bambini e adolescenti sta infatti modificando profondamente il profilo epidemiologico delle nuove generazioni, determinando una crescente esposizione precoce alle malattie croniche non trasmissibili.

In Italia, i dati epidemiologici confermano da anni un quadro particolarmente critico, con significative differenze territoriali e sociali che evidenziano come l’obesità infantile non sia soltanto una questione clinica, ma anche un indicatore delle disuguaglianze economiche, educative e ambientali presenti nel Paese.

È in questo contesto che si inserisce il PDL 2663 della Camera dei Deputati “Istituzione del Programma Nazionale Diagnostico per la prevenzione e la gestione dell’obesità nell’adolescenza”, un provvedimento che rappresenta uno dei tentativi più avanzati di costruire una strategia nazionale strutturata dedicata all’età evolutiva.

Il disegno di legge introduce una visione moderna e multidisciplinare dell’obesità adolescenziale, superando definitivamente approcci limitati esclusivamente al controllo del peso corporeo e riconoscendo invece la complessità clinica, psicologica, educativa e sociale della malattia.

L’adolescenza come fase strategica della prevenzione

Uno degli elementi centrali del PDL 2663 riguarda il riconoscimento dell’adolescenza come fase cruciale per la salute metabolica futura.

Le evidenze scientifiche dimostrano infatti che l’obesità adolescenziale tende frequentemente a persistere nell’età adulta, aumentando significativamente il rischio di:

- diabete mellito tipo 2;
- ipertensione arteriosa;
- malattie cardiovascolari;
- steatosi epatica;
- disturbi respiratori;
- fragilità osteoarticolari;
- disturbi psicologici e depressivi.

L’adolescenza rappresenta inoltre una fase di profonda trasformazione biologica, endocrina, psicologica e relazionale nella quale si consolidano comportamenti, stili di vita e modelli alimentari destinati spesso a permanere nel tempo.

Intervenire precocemente significa quindi:

- ridurre il rischio di cronicizzazione;
- migliorare qualità della vita;
- diminuire il carico sanitario futuro;
- prevenire complicanze metaboliche;
- rafforzare salute mentale e benessere sociale.

Il PDL introduce quindi il principio secondo cui la prevenzione dell’obesità deve iniziare molto prima dell’età adulta e deve essere considerata una priorità strutturale delle politiche sanitarie nazionali.

Una nuova governance dell’obesità infantile-giovanile

Il provvedimento apre anche alla costruzione di una vera governance nazionale dell’obesità adolescenziale.

Per molti anni, infatti, gli interventi dedicati all’età evolutiva sono stati caratterizzati da:

- frammentazione organizzativa;
- insufficiente coordinamento istituzionale;
- limitata integrazione tra scuola e sanità;
- forte disomogeneità territoriale.

Il PDL 2663 propone invece una visione integrata che coinvolge:

- Ministero della Salute;
- Ministero dell’Istruzione;
- Regioni;
- servizi territoriali;
- pediatria;
- medicina scolastica;
- comunità locali;
- famiglie.

L’obiettivo è costruire una rete nazionale capace di integrare:

- prevenzione;
- diagnosi precoce;
- monitoraggio epidemiologico;
- presa in carico multidisciplinare;
- educazione sanitaria;
- promozione dell’attività fisica;
- supporto psicologico.

Il tema dell’obesità adolescenziale viene quindi affrontato come questione trasversale di salute pubblica e non più soltanto come problema clinico individuale.

Il ruolo della scuola e delle comunità educanti

Uno degli aspetti più innovativi del PDL riguarda il ruolo attribuito alla scuola.

Le istituzioni scolastiche vengono considerate uno dei principali luoghi di promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche.

La scuola rappresenta infatti il contesto ideale per sviluppare:

- educazione alimentare;
- attività motoria quotidiana;
- alfabetizzazione sanitaria;
- prevenzione della sedentarietà;
- salute relazionale;
- consapevolezza del benessere psicofisico.

Il provvedimento valorizza il concetto di “comunità educante”, riconoscendo che la prevenzione dell'obesità richiede il coinvolgimento integrato di:

- famiglie;
- scuola;
- servizi sanitari;
- associazioni sportive;
- enti locali;
- terzo settore.

La prevenzione dell'obesità infantile non può infatti essere delegata esclusivamente alla responsabilità individuale o familiare, ma richiede ambienti favorevoli alla salute.

In questo quadro, assumono particolare rilevanza:

- qualità nutrizionale della ristorazione scolastica;
- accessibilità agli spazi sportivi;
- sicurezza urbana;
- disponibilità di spazi verdi;
- contrasto alla povertà educativa.

Obesità adolescenziale e salute mentale

Il PDL 2663 introduce implicitamente anche una nuova attenzione alla dimensione psicologica dell'obesità adolescenziale.

L'adolescenza rappresenta infatti una fase particolarmente vulnerabile dal punto di vista:

- emotivo;
- identitario;
- relazionale;

- psicologico.

Body shaming, stigma, bullismo e discriminazione legati al peso corporeo possono produrre conseguenze profonde sulla salute mentale dei giovani.

Le persone adolescenti con obesità risultano infatti maggiormente esposte a:

isolamento sociale;

- ansia;
- depressione;
- disturbi del comportamento alimentare;
- riduzione dell'autostima;
- ritiro relazionale.

Il provvedimento apre quindi alla necessità di integrare nei futuri programmi nazionali:

- supporto psicologico;
- prevenzione del disagio giovanile;
- contrasto al body shaming;
- educazione all'immagine corporea;
- tutela del benessere emotivo.

La salute metabolica viene così interpretata all'interno di una visione più ampia di salute globale della persona.

Il ruolo dei dati e del monitoraggio epidemiologico

Uno dei punti strategici del PDL riguarda la necessità di rafforzare i sistemi nazionali di raccolta dati e monitoraggio epidemiologico.

Per molti anni, infatti, l'obesità infantile è stata monitorata in modo non uniforme, con differenze territoriali significative nella capacità di raccogliere informazioni cliniche, sociali ed educative.

Il Programma Nazionale Diagnostico previsto dal PDL punta invece a costruire sistemi integrati di sorveglianza epidemiologica capaci di:

- identificare precocemente le aree a maggiore rischio;
- monitorare le disuguaglianze territoriali;
- valutare gli interventi preventivi;
- programmare risorse e servizi;
- sviluppare politiche evidence-based.

In questo contesto, la collaborazione tra:

- Ministero della Salute;
- ISTAT;
- Istituto Superiore di Sanità;
- IBDO Foundation;

- università;
- società scientifiche,

potrà rappresentare un elemento fondamentale per costruire una moderna infrastruttura nazionale dei dati sulla salute metabolica in età evolutiva.

Obesità infantile, città e ambiente

Il PDL 2663 si inserisce inoltre in una visione più ampia che collega obesità, salute urbana e sostenibilità.

Le città contemporanee influenzano profondamente:

- sedentarietà;
- mobilità;
- alimentazione;
- socialità;
- salute mentale;
- accesso all'attività fisica.

Per questa ragione, la prevenzione dell'obesità adolescenziale richiede anche:

città più attive;

- spazi verdi accessibili;
- percorsi pedonali sicuri;
- mobilità sostenibile;
- sport di comunità;
- scuole salutari.

La salute metabolica delle nuove generazioni dipenderà sempre più dalla qualità degli ecosistemi urbani e sociali nei quali bambini e adolescenti vivono quotidianamente.

Una nuova politica pubblica per le nuove generazioni

Il PDL 2663 rappresenta quindi molto più di un semplice intervento normativo.

Esso introduce una nuova visione delle politiche pubbliche dedicate all'età evolutiva, fondata su:

- prevenzione precoce;
- multidisciplinarietà;
- integrazione scuola-sanità;
- tutela della salute mentale;
- lotta alle disuguaglianze;
- promozione di ambienti favorevoli alla salute.

La sfida futura sarà trasformare questi principi in:

- programmi strutturati;
- reti territoriali;
- investimenti permanenti;
- monitoraggio continuo;
- governance nazionale stabile.

Perché contrastare l'obesità adolescenziale significa oggi investire nella salute, nella qualità della vita e nel futuro sociale ed economico delle nuove generazioni italiane.

DDL 287 Senato

“Disposizioni recanti interventi finalizzati all’introduzione dell’esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all’interno del servizio sanitario nazionale”

Il Disegno di Legge 287 del Senato rappresenta uno dei più innovativi interventi legislativi italiani nel campo della prevenzione e della promozione della salute pubblica. Il provvedimento introduce infatti un principio destinato a modificare profondamente il paradigma culturale e organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale: il riconoscimento dell’esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia.

Per molti anni l’attività fisica è stata considerata prevalentemente una scelta individuale o un comportamento virtuoso raccomandato nell’ambito degli stili di vita salutari. Le più recenti evidenze scientifiche dimostrano invece che il movimento rappresenta una vera e propria “medicina preventiva”, capace di incidere direttamente sull’evoluzione delle principali malattie croniche non trasmissibili.

Il DDL 287 si inserisce quindi in una nuova visione della salute pubblica fondata sulla prevenzione attiva, sulla medicina di iniziativa e sulla promozione della salute lungo tutto l’arco della vita.

L’obiettivo del provvedimento è integrare stabilmente l’attività fisica all’interno dei percorsi del Servizio Sanitario Nazionale, riconoscendola come componente strutturale dei programmi di:

- prevenzione primaria;
- prevenzione secondaria;
- trattamento delle cronicità;
- riabilitazione;
- promozione dell’invecchiamento attivo;
- salute mentale;
- benessere delle comunità.

L’esercizio fisico come strumento terapeutico

Uno degli aspetti più innovativi del DDL 287 riguarda il riconoscimento dell’attività fisica come intervento terapeutico basato sulle evidenze scientifiche.

Le principali organizzazioni internazionali sottolineano da anni il ruolo dell’esercizio fisico nella prevenzione e gestione di:

- obesità;
- diabete mellito tipo 2;
- malattie cardiovascolari;
- ipertensione arteriosa;
- sindrome metabolica;

- osteoporosi;
- fragilità dell’anziano;
- disturbi d’ansia e depressione;
- alcune forme tumorali.

La sedentarietà rappresenta oggi uno dei principali fattori di rischio modificabili per mortalità prematura e disabilità.

In questo scenario, il DDL 287 supera la tradizionale separazione tra cura e promozione della salute, introducendo il principio secondo cui il movimento deve essere considerato una vera componente della terapia.

L’esercizio fisico viene quindi interpretato non soltanto come attività ricreativa o sportiva, ma come intervento strutturato e personalizzato capace di migliorare:

- salute metabolica;
- capacità funzionale;
- qualità della vita;
- autonomia della persona;
- benessere psicologico;
- prevenzione delle complicanze croniche.

Prevenzione e sostenibilità del servizio sanitario nazionale

Il DDL 287 assume particolare rilevanza anche in relazione alla sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale.

L’aumento delle malattie croniche non trasmissibili rappresenta infatti una delle principali sfide economiche e organizzative dei prossimi decenni.

Obesità, diabete, patologie cardiovascolari e fragilità croniche generano:

- incremento dei ricoveri;
- aumento della spesa farmaceutica;
- maggiore utilizzo dei servizi sanitari;
- perdita di produttività;
- aumento della disabilità.

Promuovere attività fisica significa quindi investire nella sostenibilità del sistema sanitario attraverso la riduzione del carico delle cronicità.

La prevenzione non deve più essere considerata un costo residuale, ma una infrastruttura strategica della salute pubblica.

In questo quadro, il DDL 287 introduce una visione mo-

derna della sanità nella quale:

- prevenzione;
- medicina territoriale;
- salute urbana;
- benessere comunitario;
- stili di vita;
- sostenibilità,
- diventano elementi profondamente integrati.

La prescrizione dell'attività fisica

Uno degli elementi centrali del provvedimento riguarda il concetto di "prescrizione dell'attività fisica".

L'attività motoria viene infatti considerata un intervento che può essere:

- personalizzato;
- monitorato;
- adattato alle condizioni cliniche della persona;
- integrato nei percorsi terapeutici.

Questo approccio apre nuove prospettive organizzative per il Servizio Sanitario Nazionale.

La prescrizione dell'esercizio fisico richiederà infatti:

- formazione specifica dei professionisti sanitari;
- integrazione multidisciplinare;
- reti territoriali dedicate;
- collaborazione con il mondo sportivo e associativo;
- sistemi di monitoraggio e valutazione.

La medicina generale, la medicina dello sport, l'endocrinologia, la diabetologia, la cardiologia e la riabilitazione dovranno dialogare in modo sempre più integrato.

Attività fisica e obesità

Il DDL 287 assume particolare rilevanza nel contesto delle politiche dedicate all'obesità.

Le evidenze scientifiche dimostrano infatti che l'attività fisica rappresenta uno dei pilastri fondamentali nella prevenzione e nella gestione dell'obesità e delle sue complicanze metaboliche.

Tuttavia, la promozione dell'attività fisica non può essere ridotta a semplici raccomandazioni individuali.

Per molte persone con obesità esistono infatti:

- barriere economiche;
- ostacoli ambientali;
- limitazioni funzionali;
- stigma sociale;

- carenza di spazi adeguati;
- difficoltà di accesso ai servizi.

Il DDL 287 contribuisce quindi a spostare il tema dell'attività fisica dal piano esclusivamente individuale a quello della responsabilità pubblica e della programmazione sanitaria.

L'attività motoria diventa così parte integrante della nuova governance della salute metabolica.

Salute urbana e città attive

Uno degli aspetti più innovativi del DDL riguarda il legame tra attività fisica e salute urbana.

Le città contemporanee influenzano profondamente:

- sedentarietà;
- mobilità;
- qualità della vita;
- accesso all'attività fisica;
- salute mentale;
- benessere relazionale.

Per questa ragione, promuovere attività fisica significa anche ripensare gli ambienti urbani.

Servono città progettate per favorire:

- mobilità attiva;
- percorsi pedonali sicuri;
- piste ciclabili;
- spazi verdi;
- sport di comunità;
- accessibilità agli impianti sportivi;
- inclusione sociale.

La salute urbana diventa quindi parte integrante delle strategie di prevenzione.

In questo scenario, Comuni, città metropolitane e Regioni assumono un ruolo sempre più centrale nella costruzione di ambienti favorevoli alla salute.

Attività fisica e invecchiamento della popolazione

Il DDL 287 assume particolare rilevanza anche nel contesto dell'invecchiamento demografico italiano.

L'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo e nei prossimi decenni il peso delle fragilità croniche aumenterà significativamente.

L'attività fisica rappresenta uno degli strumenti più efficaci per:

- prevenire fragilità;

- mantenere autonomia funzionale;
- ridurre rischio di cadute;
- contrastare isolamento sociale;
- promuovere healthy ageing.

Promuovere movimento significa quindi anche investire nella qualità della longevità.

Formazione, dati e monitoraggio

La piena implementazione del DDL 287 richiederà anche un importante investimento nella formazione e nella raccolta dati.

Sarà necessario sviluppare:

- programmi formativi universitari;
- aggiornamento professionale;
- linee guida cliniche;
- sistemi di monitoraggio degli outcome;
- registri territoriali;
- valutazione dell'impatto economico e sanitario.

La collaborazione tra:

- Ministero della Salute;
- Regioni;
- università;
- Istituto Superiore di Sanità;
- IBDO Foundation;
- società scientifiche,

potrà rappresentare un elemento strategico per costruire una nuova cultura della prevenzione.

Una nuova visione della sanità pubblica

Il DDL 287 rappresenta molto più di un intervento dedicato allo sport o agli stili di vita.

Esso introduce una nuova visione della sanità pubblica nella quale:

- prevenzione;
- medicina territoriale;
- salute urbana;
- attività fisica;
- benessere psicologico;
- sostenibilità del SSN,

diventano dimensioni integrate di una moderna politica della salute.

La sfida futura sarà trasformare questo principio in:

organizzazione territoriale;

investimenti permanenti;

reti multidisciplinari;

infrastrutture urbane favorevoli alla salute;

programmi di prevenzione strutturati.

Perché il movimento rappresenta oggi uno dei più potenti strumenti di salute pubblica disponibili per contrastare obesità, cronicità e fragilità sociali.

L'obesità nel piano nazionale della cronicità

L'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità rappresenta uno dei passaggi programmatici più importanti realizzati negli ultimi anni nell'ambito delle politiche sanitarie italiane dedicate alle malattie croniche non trasmissibili.

Si tratta di una svolta culturale, organizzativa e istituzionale che segna il definitivo superamento di una visione riduttiva dell'obesità come semplice fattore di rischio o condizione legata esclusivamente agli stili di vita.

L'obesità viene finalmente riconosciuta come una patologia cronica complessa, progressiva e recidivante, strettamente interconnessa con le principali malattie che oggi determinano il maggiore impatto epidemiologico, sanitario ed economico sul Servizio Sanitario Nazionale.

L'inserimento nel Piano Nazionale della Cronicità rappresenta quindi un punto di arrivo di un lungo percorso di advocacy istituzionale, scientifica e parlamentare promosso negli ultimi anni da:

Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete e Malattie Croniche Non Trasmissibili;

IBDO Foundation;

- società scientifiche;
- associazioni dei pazienti;
- comunità accademica;
- istituzioni sanitarie.

Ma rappresenta anche un punto di partenza verso una nuova governance della salute metabolica in Italia.

Il significato strategico dell'inserimento nel piano della cronicità

Il Piano Nazionale della Cronicità costituisce il principale strumento programmatico italiano per la gestione integrata delle malattie croniche.

L'inclusione dell'obesità all'interno di questo quadro strategico implica il riconoscimento formale del fatto che la salute metabolica rappresenta oggi una delle principali priorità per:

- sostenibilità del SSN;
- prevenzione delle fragilità;
- riduzione delle disuguaglianze;
- salute delle future generazioni;
- organizzazione della medicina territoriale.

L'obesità è infatti strettamente associata allo sviluppo di:

- diabete mellito tipo 2;
- malattie cardiovascolari;
- insufficienza renale cronica;
- steatosi epatica;

- disturbi respiratori;
- tumori;
- fragilità osteoarticolari;
- disturbi psicologici e depressivi.

La sua crescente diffusione rappresenta uno dei principali driver dell'aumento delle malattie croniche non trasmissibili e della pressione futura sui sistemi sanitari.

Inserire l'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità significa quindi riconoscere che:

la prevenzione metabolica è strategica;

la gestione dell'obesità richiede continuità assistenziale;

la multidisciplinarietà è indispensabile;

la medicina territoriale deve essere rafforzata;

i dati epidemiologici devono orientare le policy pubbliche.

Dalla gestione della malattia alla governance della salute metabolica

Uno degli aspetti più innovativi di questo passaggio riguarda il cambiamento di prospettiva nella governance sanitaria.

Per molti anni il sistema sanitario ha affrontato le conseguenze dell'obesità senza sviluppare una strategia strutturata sulla malattia stessa.

Si interveniva prevalentemente sulle complicanze:

- diabete;
- ipertensione;
- insufficienza cardiaca;
- malattie cardiovascolari;
- insufficienza respiratoria.

L'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità consente invece di affrontare la salute metabolica in modo sistemico e preventivo.

Questo approccio apre la strada a una nuova visione della sanità pubblica fondata su:

- prevenzione precoce;
- medicina di iniziativa;
- continuità assistenziale;
- integrazione socio-sanitaria;
- monitoraggio epidemiologico;
- personalizzazione dei percorsi di cura.

L'obesità non viene più considerata un problema marginale, ma uno dei grandi temi strutturali della sostenibilità futura del SSN.

Il ruolo della medicina territoriale

L'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità assume particolare rilevanza nel contesto della riorganizzazione della medicina territoriale prevista dal DM77 e dal PNRR.

La gestione dell'obesità richiede infatti modelli assistenziali continuativi, integrati e prossimi ai bisogni delle persone.

Le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le reti territoriali possono rappresentare strumenti fondamentali per:

- diagnosi precoce;
- prevenzione endocrino-metabolica;
- presa in carico multidisciplinare;
- follow-up continuativo;
- integrazione ospedale-territorio.

La medicina generale assume un ruolo strategico nell'identificazione precoce dei fattori di rischio e nella gestione integrata della persona con obesità.

Allo stesso tempo, sarà necessario rafforzare:

- endocrinologia;
- diabetologia;
- nutrizione clinica;
- psicologia;
- attività motoria adattata;
- medicina dello sport;
- chirurgia bariatrica.

L'obiettivo futuro dovrà essere costruire reti territoriali realmente integrate capaci di accompagnare la persona lungo tutto il percorso assistenziale.

Le reti regionali e le disuguaglianze territoriali

Uno dei principali problemi storici della gestione dell'obesità in Italia riguarda le profonde disuguaglianze territoriali.

L'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità offre oggi l'opportunità di sviluppare:

- standard nazionali;
- PDTA regionali;
- reti cliniche integrate;
- criteri uniformi di presa in carico;
- monitoraggio degli outcome.

Alcune Regioni hanno già sviluppato modelli avanzati di assistenza multidisciplinare, mentre in altre persistono:

- frammentazione organizzativa;
- insufficiente accesso ai servizi;
- carenza di specialisti;
- limitata integrazione territoriale.

La sfida futura sarà ridurre queste disuguaglianze garantendo:

- equità di accesso alle cure;
- omogeneità organizzativa;
- appropriatezza assistenziale;
- integrazione tra prevenzione e trattamento.

Prevenzione e salute pubblica

L'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità rafforza anche il ruolo strategico della prevenzione.

L'obesità non può essere affrontata esclusivamente attraverso interventi clinici. Occorre agire sui determinanti sociali, ambientali ed economici della salute.

Per questa ragione, le future strategie dovranno integrare:

- educazione alimentare;
- promozione dell'attività fisica;
- salute urbana;
- mobilità sostenibile;
- prevenzione scolastica;
- contrasto alla sedentarietà;
- tutela della salute mentale;
- lotta alle disuguaglianze.

La prevenzione metabolica dovrà diventare una componente strutturale delle politiche pubbliche nazionali e territoriali.

Dati, monitoraggio e governance

Uno dei principali elementi innovativi del Piano riguarda la crescente attenzione alla raccolta dei dati e al monitoraggio epidemiologico.

La governance moderna della salute metabolica richiede infatti sistemi avanzati di raccolta e interpretazione dei dati clinici, sociali ed economici.

In questo contesto, la collaborazione tra:

- IBDO Foundation;
- ISTAT;
- Ministero della Salute;
- Istituto Superiore di Sanità;
- università;
- società scientifiche,

rappresenta un modello strategico di integrazione tra ricerca, epidemiologia e programmazione sanitaria.

I dati consentono infatti di:

- monitorare l'evoluzione epidemiologica;
- identificare le popolazioni più vulnerabili;
- valutare l'impatto delle politiche;
- programmare risorse e servizi;
- misurare gli outcome clinici ed economici.

La cultura dei dati rappresenta oggi una delle principali infrastrutture della governance sanitaria contemporanea.

Innovazione terapeutica e sostenibilità

Negli ultimi anni l'evoluzione della ricerca farmacologica ha modificato profondamente il panorama della gestione dell'obesità.

Le nuove terapie metaboliche stanno aprendo scenari innovativi nella prevenzione delle complicanze cardiovascolari e metaboliche.

L'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità rende quindi necessario affrontare anche:

- sostenibilità economica;
- appropriatezza prescrittiva;
- accesso equo ai trattamenti;
- monitoraggio degli outcome;
- integrazione terapeutica.

La futura governance sanitaria dovrà garantire che l'innovazione terapeutica non aumenti le disuguaglianze territoriali e sociali.

Una nuova politica della salute metabolica

L'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità rappresenta il passaggio definitivo da una gestione episodica e frammentata della malattia a una vera politica pubblica della salute metabolica.

La sfida futura sarà trasformare gli strumenti programmatici in:

- organizzazione territoriale;
- prevenzione strutturata;
- reti multidisciplinari;
- medicina di prossimità;
- integrazione socio-sanitaria;
- sostenibilità del SSN.

L'obesità rappresenta oggi una delle principali sfide strategiche per:

il futuro del Servizio Sanitario Nazionale;

- la qualità della vita delle persone;
- la sostenibilità economica;
- la salute delle nuove generazioni;
- la coesione sociale del Paese.

Per questa ragione, la salute metabolica dovrà diventare una priorità permanente delle politiche pubbliche italiane.

L'obesità nel sistema nazionale linee guida dell'istituto superiore di sanità

L'inserimento dell'obesità all'interno del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità rappresenta uno dei più importanti passaggi strategici compiuti negli ultimi anni nella costruzione di una moderna governance clinica, scientifica e organizzativa della salute metabolica in Italia.

Per lungo tempo, infatti, la gestione dell'obesità nel nostro Paese è stata caratterizzata da una forte frammentazione assistenziale e da una significativa eterogeneità:

- nei percorsi diagnostici;
- nelle modalità terapeutiche;
- nei criteri prescrittivi;
- nell'accesso ai trattamenti;
- nell'integrazione tra professionisti;
- nell'organizzazione delle reti territoriali.

Questa situazione ha contribuito a generare profonde disuguaglianze regionali e assistenziali, limitando la possibilità di costruire un approccio realmente multidisciplinare e continuativo alla malattia.

L'avvio e il consolidamento delle Linee Guida sull'obesità all'interno del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS segnano quindi il passaggio da una gestione frammentata dell'obesità a una vera politica nazionale della qualità clinica e dell'appropriatezza terapeutica.

Le Linee Guida rappresentano oggi uno degli strumenti fondamentali per:

- uniformare la pratica clinica;
- promuovere evidenze scientifiche condivise;
- ridurre variabilità inappropriate;
- garantire appropriatezza diagnostica e terapeutica;
- migliorare equità di accesso alle cure;
- rafforzare sostenibilità del SSN;
- favorire integrazione multidisciplinare.

Nel caso dell'obesità, questo processo assume una rilevanza ancora maggiore perché la malattia coinvolge contemporaneamente:

- dimensione endocrino-metabolica;
- nutrizione clinica;
- salute cardiovascolare;
- salute mentale;
- attività fisica;
- chirurgia bariatrica;
- medicina territoriale;
- prevenzione;
- aspetti sociali e ambientali.

Il sistema nazionale linee guida come strumento di governance

Il Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità rappresenta oggi uno dei principali strumenti di governance clinica del Servizio Sanitario Nazionale.

Le Linee Guida non costituiscono semplicemente documenti tecnici, ma veri strumenti di programmazione sanitaria e organizzazione dei percorsi assistenziali.

Esse consentono infatti di:

- definire standard nazionali di qualità;
- orientare le decisioni cliniche;
- supportare la formazione dei professionisti;
- favorire appropriatezza prescrittiva;
- migliorare la sicurezza delle cure;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie.

Nel caso dell'obesità, l'inserimento nel SNLG assume anche un forte valore culturale e istituzionale.

Per molti anni, infatti, l'obesità è rimasta ai margini delle principali strategie cliniche nazionali, spesso affrontata attraverso approcci episodici o esclusivamente orientati agli stili di vita.

Le nuove Linee Guida ISS contribuiscono invece a consolidare definitivamente il riconoscimento dell'obesità come:

- malattia cronica;
- sistemica;
- recidivante;
- multifattoriale.

Le linee guida "la diagnosi e la terapia dell'obesità nella popolazione adulta"

Uno dei principali sviluppi recenti riguarda le nuove Linee Guida dedicate a "La diagnosi e la terapia dell'obesità nella popolazione adulta", sviluppate nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida ISS.

[Linea Guida ISS – Diagnosi e terapia dell'obesità nella popolazione adulta](#)

Queste Linee Guida rappresentano una delle più importanti evoluzioni della medicina dell'obesità italiana e introducono un approccio profondamente innovativo sia sul piano diagnostico che terapeutico.

Per molti anni la valutazione dell'obesità è stata centrata quasi esclusivamente sul Body Mass Index (BMI), con una limitata attenzione:

- alla distribuzione del grasso corporeo;
- al rischio metabolico;

- alle complicanze associate;
- alla qualità della vita;
- alla salute psicologica;
- alla personalizzazione terapeutica.

Le nuove Linee Guida superano questa impostazione e introducono una visione molto più ampia e moderna della malattia.

L'obesità viene definita come:

- malattia cronica;
- sistemica;
- progressiva;
- recidivante.

L'attenzione clinica si sposta quindi:

- dalla sola riduzione ponderale;
- alla salute metabolica complessiva;
- alla valutazione delle complicanze;
- alla stratificazione del rischio;
- alla qualità della vita della persona.

Particolarmente innovativo è il superamento della cosiddetta "medicina del peso", sostituita da un approccio centrato sugli outcome metabolici, cardiovascolari e funzionali.

Le Linee Guida sottolineano infatti che il successo terapeutico non debba essere misurato esclusivamente in termini di perdita di peso, ma anche attraverso:

- miglioramento glicemico;
- riduzione del rischio cardiovascolare;
- controllo pressorio;
- miglioramento della steatosi epatica;
- benessere psicologico;
- funzionalità motoria;
- qualità della vita.

La multidisciplinarietà come modello organizzativo

Uno degli elementi centrali delle Linee Guida ISS riguarda il rafforzamento della multidisciplinarietà.

La gestione dell'obesità viene infatti considerata inseparabile da una presa in carico integrata capace di coinvolgere:

- medicina generale;
- endocrinologia;
- diabetologia;
- nutrizione clinica;

- psicologia;
- psichiatria;
- attività motoria adattata;
- medicina dello sport;
- chirurgia bariatrica;
- professioni sanitarie territoriali.

Questo approccio rappresenta una profonda innovazione organizzativa per il Servizio Sanitario Nazionale.

La persona con obesità necessita infatti di:

- continuità assistenziale;
- follow-up a lungo termine;
- supporto motivazionale;
- integrazione terapeutica;
- monitoraggio clinico continuativo.

Le Linee Guida favoriscono quindi la costruzione di:

PDTA dedicati;

- reti cliniche regionali;
- integrazione ospedale-territorio;
- medicina di prossimità;
- modelli di prevenzione endocrino-metabolica.

Le linee guida sul trattamento del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale

Particolarmente rilevante è la Linea Guida ISS dedicata alla "Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbidità metaboliche".

Linea Guida ISS – Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale

Questa Linea Guida rappresenta un punto di svolta nella gestione dell'obesità complicata e resistente agli interventi basati esclusivamente sugli stili di vita.

Lo scopo del documento è fornire raccomandazioni operative per pazienti adulti con:

- BMI superiore a 27;
- obesità associata a comorbidità metaboliche;
- resistenza agli interventi comportamentali tradizionali.

Uno degli aspetti più innovativi riguarda il riconoscimento della necessità di integrare:

- terapia nutrizionale;
- attività fisica;
- supporto psicologico;

- trattamento farmacologico;
- chirurgia bariatrica.

Le Linee Guida superano così una visione semplificata della terapia dell'obesità e introducono un modello multimodale e personalizzato.

Particolarmente importante è il riconoscimento del ruolo delle nuove terapie farmacologiche nelle persone con:

- elevato rischio cardiovascolare;
- complicanze metaboliche;
- obesità resistente ai soli cambiamenti dello stile di vita.

Le raccomandazioni sono sviluppate secondo il metodo GRADE, con particolare attenzione:

- alle evidenze scientifiche;
- all'appropriatezza;
- alla sostenibilità;
- all'utilizzo delle risorse del SSN;
- alle preferenze della persona.

Il ruolo delle nuove terapie farmacologiche

Uno dei cambiamenti più importanti introdotti dal Sistema Nazionale Linee Guida riguarda il ruolo delle nuove terapie farmacologiche per l'obesità.

Negli ultimi anni l'evoluzione scientifica ha profondamente modificato il panorama terapeutico della malattia.

Le nuove molecole metaboliche, in particolare gli agonisti GLP-1 e i dual agonist GLP-1/GIP, stanno aprendo scenari innovativi nella:

- riduzione del rischio cardiovascolare;
- prevenzione del diabete;
- gestione delle complicanze metaboliche;
- riduzione ponderale significativa;
- personalizzazione terapeutica.

Le Linee Guida ISS sottolineano tuttavia che la terapia farmacologica debba essere:

- appropriata;
- personalizzata;
- integrata con dieta e attività fisica;
- inserita in percorsi multidisciplinari;
- monitorata nel tempo.

Particolarmente importante è il superamento della visione secondo cui il farmaco rappresenterebbe una soluzione "alternativa" agli stili di vita.

Le nuove Linee Guida introducono invece il concetto di integrazione terapeutica multimodale.

La terapia chirurgica dell'obesità

Un ulteriore ambito strategico riguarda la chirurgia bariatrica e metabolica.

Le Linee Guida dedicate alla terapia chirurgica dell'obesità e delle complicanze associate rappresentano oggi uno strumento fondamentale per uniformare:

- criteri di eleggibilità;
- percorsi clinici;
- valutazione multidisciplinare;
- follow-up post-operatorio;
- gestione delle complicanze.

[Linee guida SICOB – Terapia chirurgica dell'obesità e delle complicanze associate](#)

La chirurgia bariatrica viene riconosciuta come una delle più efficaci strategie terapeutiche per:

- obesità severa;
- obesità complicata;
- diabesità;
- sindrome metabolica avanzata.

Tuttavia, le Linee Guida sottolineano come l'intervento chirurgico debba essere inserito all'interno di percorsi multidisciplinari strutturati.

La chirurgia non rappresenta una soluzione isolata ma parte integrante di una presa in carico globale della persona.

Le Linee Guida pongono particolare attenzione:

- alla selezione appropriata dei pazienti;
- alla valutazione psicologica;
- alla preparazione nutrizionale;
- alla continuità assistenziale;
- al follow-up a lungo termine;
- alla prevenzione delle complicanze.

Il superamento dello stigma nella medicina dell'obesità

Uno degli aspetti culturali più innovativi introdotti dal Sistema Nazionale Linee Guida riguarda il superamento dello stigma.

Le nuove Linee Guida contribuiscono infatti a consolidare una visione scientifica dell'obesità come malattia cronica complessa, superando definitivamente la narrativa della colpa individuale.

Questo approccio promuove:

- centralità della persona;
- dignità della cura;

- linguaggio non stigmatizzante;
- personalizzazione terapeutica;
- inclusione sanitaria.

La lotta allo stigma diventa così parte integrante della qualità dell'assistenza.

Dati, ricerca e valutazione degli outcome

Le Linee Guida ISS rafforzano inoltre il ruolo strategico dei dati e della valutazione degli outcome.

La moderna governance dell'obesità richiede infatti:

- raccolta epidemiologica strutturata;
- monitoraggio clinico;
- indicatori di appropriatezza;
- valutazione delle performance;
- misurazione degli outcome metabolici e cardiovascolari.

In questo contesto, la collaborazione tra:

- ISS;
- OPEN ITALY
- IBDO Foundation;
- ISTAT;
- Università;
- Società scientifiche;
- Regioni,

potrà contribuire alla costruzione di una moderna infrastruttura nazionale dei dati sulla salute metabolica.

Una nuova fase della medicina dell'obesità in Italia

L'inserimento dell'obesità nel Sistema Nazionale Linee Guida rappresenta quindi molto più di un aggiornamento tecnico-scientifico.

Esso segna l'avvio di una nuova fase della medicina dell'obesità in Italia fondata su:

- evidenze scientifiche;
- multidisciplinarietà;
- appropriatezza clinica;
- personalizzazione terapeutica;
- integrazione territoriale;
- equità di accesso alle cure;
- sostenibilità del SSN.

La sfida futura sarà trasformare queste Linee Guida in: organizzazione territoriale;

- reti cliniche integrate;
- formazione dei professionisti;
- PDTA regionali;
- prevenzione strutturata;
- medicina di prossimità.

Perché la qualità della governance dell'obesità dipenderà sempre più dalla capacità del sistema sanitario di integrare:

- scienza;
- innovazione;
- prevenzione;
- medicina territoriale;
- sostenibilità;
- centralità della persona.

Iniziative a livello regionale – Regione Lombardia

Verso un modello regionale integrato di governance della salute metabolica

La Regione Lombardia rappresenta oggi una delle esperienze più avanzate e strutturate nel panorama italiano per quanto riguarda la costruzione di politiche regionali integrate dedicate alla prevenzione e al contrasto dell'obesità, del diabete e delle malattie croniche non trasmissibili.

L'approvazione unanime da parte del Consiglio Regionale della Mozione n. 459 concernente le "Iniziative regionali per la prevenzione e il contrasto di diabete, obesità e per la promozione di corretti stili di vita" costituisce infatti un passaggio politico e programmatico di straordinaria rilevanza istituzionale.

La mozione si inserisce in un contesto profondamente mutato rispetto agli anni precedenti, caratterizzato:

- dall'approvazione della Legge 149/2025 che riconosce l'obesità come malattia cronica;
- dall'inserimento dell'obesità nel Piano Nazionale della Cronicità;
- dall'evoluzione delle Linee Guida ISS;
- dalla crescente centralità della prevenzione metabolica nelle politiche pubbliche;
- dalla necessità di rafforzare sostenibilità e resilienza del Servizio Sanitario Regionale.

La Lombardia interpreta questo nuovo scenario non limitandosi a recepire gli indirizzi nazionali, ma costruendo una vera strategia regionale integrata di salute metabolica che collega:

- prevenzione;
- medicina territoriale;
- digitalizzazione;
- salute urbana;
- attività fisica;
- nutrizione;
- innovazione terapeutica;
- dati epidemiologici;
- multidisciplinarietà;
- equità sociale.

Il documento regionale rappresenta quindi uno dei più avanzati esempi italiani di approccio sistemico alle malattie metaboliche croniche.

Il contesto epidemiologico: obesità e diabete come emergenze strutturali

La mozione parte da un'analisi estremamente chiara e realistica del quadro epidemiologico regionale.

Il Consiglio Regionale riconosce esplicitamente che obesità e diabete rappresentano "due emergenze sanitarie in crescita, con un impatto molto rilevante sulla salute pubblica e sui costi del sistema sanitario".

Secondo i dati PASSI 2023:

- circa il 30% della popolazione adulta lombarda è in sovrappeso;
- quasi il 10% è obesa;
- i tassi risultano in crescita soprattutto nelle fasce più giovani.

Questi numeri assumono particolare rilevanza se analizzati alla luce:

dell'invecchiamento della popolazione;

- della crescita delle cronicità;
- dell'aumento della sedentarietà;
- dell'impatto delle disuguaglianze sociali;
- della trasformazione degli stili di vita urbani.

Ancora più preoccupante è il quadro relativo all'età pediatrica.

Secondo i dati del sistema "OKkio alla Salute":

- circa il 23% dei bambini lombardi di 8-9 anni risulta in sovrappeso o obeso;
- quasi un bambino su quattro presenta quindi problematiche metaboliche precoci.

Il documento regionale riconosce quindi come l'obesità infantile rappresenti una delle principali minacce future per:

- salute pubblica;
- sostenibilità sanitaria;
- qualità della vita;
- produttività sociale ed economica.

Particolarmente importante è il riconoscimento del legame tra obesità e:

diabete tipo 2;

- malattie cardiovascolari;
- nefropatie;

- steatosi epatica;
- infertilità;
- disturbi respiratori;
- depressione;
- fragilità psicologica.

La Regione Lombardia introduce quindi una visione pienamente coerente con i più avanzati modelli internazionali di “salute metabolica integrata”.

Il concetto di “diabesità” come nuova chiave di lettura

Uno degli elementi più innovativi della mozione riguarda il richiamo esplicito al concetto di “diabesità”.

La Regione riconosce infatti che obesità e diabete tipo 2 condividono:

- fattori di rischio;
- meccanismi fisiopatologici;
- traiettorie cliniche;
- impatto sulle complicanze croniche.

Il documento evidenzia che:

- circa l'80% delle persone con diabete tipo 2 è in sovrappeso o obesa;
- la concomitanza delle due condizioni aumenta in modo esponenziale il rischio cardiovascolare e metabolico.

Questo approccio rappresenta un cambio culturale molto importante.

Per molti anni obesità e diabete sono stati affrontati come condizioni separate, con percorsi clinici e organizzativi distinti.

La Lombardia propone invece una governance integrata delle malattie metaboliche, capace di:

- superare frammentazioni;
- integrare prevenzione e trattamento;
- costruire percorsi multidisciplinari;
- rafforzare continuità assistenziale.

Il costo economico delle cronicità metaboliche

La mozione dedica grande attenzione anche all'impatto economico delle patologie metaboliche.

Secondo il documento:

- il diabete costa al SSN circa 9 miliardi di euro l'anno;
- il 60% della spesa è legato alla gestione delle complicanze.

Per la Lombardia:

- il costo regionale stimato del diabete è di circa 800 milioni di euro annui;
- i costi comprendono farmaci, ricoveri, invalidità e perdita di produttività.

La Regione sottolinea inoltre:

- l'impatto economico dell'obesità;
- il peso delle ospedalizzazioni;
- i costi indiretti legati alla disabilità;
- la perdita di produttività lavorativa.

La prevenzione viene quindi interpretata non come spesa accessoria, ma come investimento strategico per la sostenibilità futura del sistema sanitario.

Digitalizzazione e governance dei dati

Uno dei capitoli più avanzati della strategia lombarda riguarda la digitalizzazione.

La Regione intende completare l'integrazione del Fascicolo Sanitario Elettronico garantendo:

- caricamento strutturato dei dati clinici;
- interoperabilità dei sistemi;
- accesso condiviso tra professionisti;
- integrazione territoriale delle informazioni sanitarie.

Il documento prevede:

- integrazione dei dati della Rete Diabetologica Regionale;
- collegamento con nutrizionisti e dietisti;
- utilizzo dei dati provenienti dalle Case di Comunità;
- integrazione con programmi di prevenzione scolastica.

Particolarmente innovativa è la proposta di valutare l'istituzione di un Registro Regionale dell'Obesità.

Un simile strumento consentirebbe:

- monitoraggio epidemiologico avanzato;
- programmazione sanitaria basata sui dati;
- valutazione degli outcome;

identificazione delle aree a maggiore vulnerabilità;

- monitoraggio delle disuguaglianze territoriali.

La Lombardia propone quindi un modello di governance data-driven della salute metabolica.

CASE DI COMUNITÀ E MEDICINA TERRITORIALE

La mozione lombarda si inserisce pienamente nel processo di riorganizzazione • della medicina territoriale previsto dal DM77.

Il documento attribuisce un ruolo centrale:

- ai Medici di Medicina Generale;
- ai Pediatri di Libera Scelta;
- alle Case di Comunità;
- ai servizi territoriali integrati.

L'obiettivo è costruire percorsi di:

- diagnosi precoce;
- presa in carico continuativa;
- follow-up multidisciplinare;
- monitoraggio delle cronicità metaboliche.

Particolarmente importante è il riferimento:

- ai sistemi di richiamo attivo;
- ai follow-up digitali;
- alla riduzione dell'abbandono terapeutico;
- all'integrazione con le farmacie territoriali.

La Lombardia interpreta quindi la medicina territoriale come infrastruttura fondamentale della prevenzione metabolica.

Scuola, prevenzione e comunità educanti

Uno degli aspetti più avanzati della strategia regionale riguarda il ruolo attribuito alla scuola.

La Regione Lombardia valorizza:

- la Rete delle Scuole che Promuovono Salute;
- l'educazione alimentare;
- l'alfabetizzazione motoria;
- il contrasto ai falsi miti alimentari.

Particolarmente innovativo è il collegamento tra:

- prevenzione dell'obesità;
- salute mentale;

disturbi della nutrizione e dell'alimentazione;

- supporto psicologico precoce.

La Regione introduce quindi una visione integrata della salute giovanile.

Attività fisica e “palestre della salute”

La Lombardia dedica ampio spazio all'attività fisica come strumento terapeutico e preventivo.

La mozione promuove:

- programmi certificati di attività fisica;
- attività motoria adattata;
- collaborazioni tra scuole, Comuni e associazioni sportive;
- sviluppo delle “Palestre e Associazioni per la Salute”.

Questi spazi vengono concepiti come infrastrutture territoriali dedicate alle persone con:

- fattori di rischio metabolico;
- obesità;
- diabete;
- cronicità.

La Regione anticipa così molti dei principi contenuti nel DDL nazionale sull'esercizio fisico come strumento terapeutico.

Obesità, terapie innovative e reti multidisciplinari

Uno dei capitoli più avanzati della mozione riguarda la gestione terapeutica dell'obesità.

La Regione si impegna a:

- implementare la Legge 149/2025;
- sviluppare P-PDTA regionali;
- integrare MMG, specialisti, psicologi e dietisti;
- monitorare gli outcome clinici;
- ridurre le disuguaglianze territoriali.

Particolare attenzione viene dedicata:

- ai farmaci anti-obesità;
- alla chirurgia bariatrica;
- all'endoscopia bariatrica;
- all'appropriatezza clinica;
- ai follow-up nutrizionali e psicologici.

La Lombardia propone quindi una delle più avanzate esperienze italiane di medicina metabolica multidisciplinare.

Il piede diabetico come modello organizzativo

La gestione del piede diabetico viene considerata un esempio paradigmatico di integrazione multidisciplinare.

La Regione richiama:

- il ruolo delle equipe integrate;
- il modello Fast Track;
- la necessità di uniformità organizzativa;
- l'importanza della continuità assistenziale.

La rete regionale del piede diabetico viene quindi interpretata come modello replicabile anche nella gestione integrata dell'obesità.

Il ruolo dell'intergruppo consiliare

Particolarmente significativo è il ruolo dell'Intergruppo Consiliare bipartisan costituito nel 2024.

L'Intergruppo ha promosso:

- circa venti audizioni;
- coinvolgimento delle società scientifiche;
- ascolto delle associazioni dei pazienti;
- confronto multidisciplinare tra specialisti.

Questo modello rappresenta una forma avanzata di governance partecipata e trasversale della salute pubblica.

La lombardia come laboratorio nazionale della salute metabolica

L'esperienza lombarda dimostra come le politiche regionali possano trasformarsi in veri laboratori di innovazione nella governance delle malattie croniche non trasmissibili.

La Regione Lombardia propone infatti un modello integrato che collega:

dati;

- prevenzione;
- digitalizzazione;
- medicina territoriale;
- salute urbana;
- attività fisica;
- multidisciplinarietà;
- innovazione terapeutica;
- sostenibilità del sistema sanitario.

La sfida futura sarà trasformare questi indirizzi programmatici in:

modelli operativi omogenei;

- reti territoriali integrate;
- percorsi multidisciplinari strutturati;
- prevenzione permanente;
- infrastrutture di salute pubblica.

Perché la salute metabolica rappresenta oggi una delle principali priorità strategiche per il futuro della sanità regionale e nazionale.



Perchè l'Obesità
é una
malattia cronica



Premessa

Valeria Gugliemi

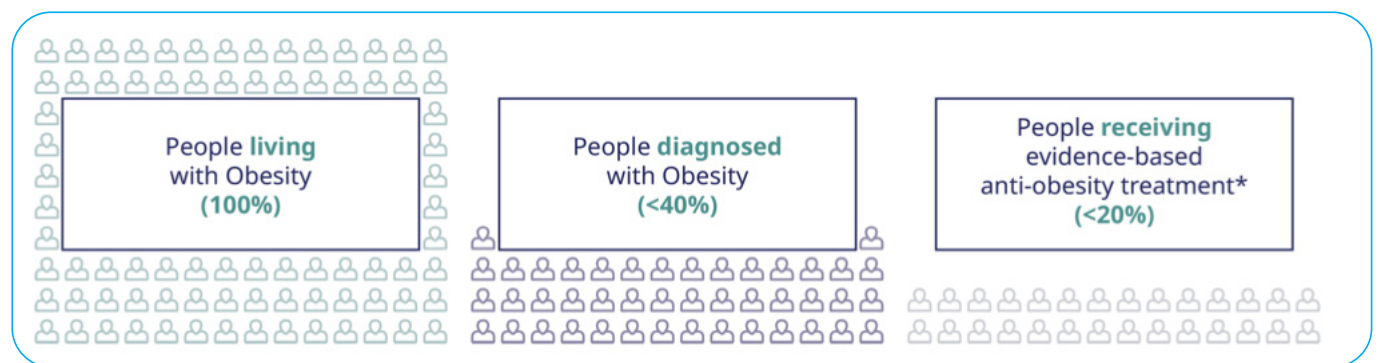
Professore Associato di Medicina Interna presso il Dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Direttrice della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", membro del CD di IBDO Foundation

L'obesità colpisce 650 milioni di adulti nel mondo, pari a circa il 13% della popolazione mondiale¹. È riconosciuta da operatori sanitari, organizzazioni e persone in tutto il mondo come una malattia cronica che richiede una gestione a lungo termine.²⁻⁶ Lo studio osservazionale internazionale ACTION IO* ha rilevato che il 68% delle persone con obesità e l'88% degli operatori sanitari ri-

tiene che l'obesità sia una malattia cronica.⁷

Sebbene sia le persone con obesità che gli operatori sanitari riconoscano l'obesità come una malattia cronica, questa condizione rimane sottodiagnosticata e sottotrattata.⁸⁻¹⁰



Quali fattori influenzano l'obesità come malattia?

Uno dei motivi per cui l'obesità continua a essere poco compresa, sottodiagnosticata e sottotrattata, è la natura multifattoriale delle sue cause. Queste possono essere fisiologiche, psicologiche, genetiche, ambientali o socio-economiche. Molti di questi fattori sono al di fuori del controllo del singolo individuo.^{11,12}

Ambientali:

Molti aspetti dell'ambiente in cui viviamo contribuiscono allo sviluppo dell'obesità: l'esposizione a porzioni di cibo di grandi dimensioni, la riduzione dell'attività legata anche all'elevato utilizzo di mezzi audiovisivi e il facile accesso ad alimenti poco salutari.¹³



Genetici:

Alcune persone sono geneticamente predisposte a sviluppare obesità, anche in relazione alla loro storia familiare.¹³



Genetici:

Il bilancio energetico è un meccanismo regolato a livello centrale dal cervello e influenzato da segnali ormonali periferici rilasciati dal tratto gastrointestinale, dal pancreas e dal tessuto adiposo. Questi segnali sono importanti per la regolazione dell'appetito e del dispendio energetico.¹⁴



Psicologici:



Stress¹³, noia¹³ e disturbi psicologici¹⁵ sono associati all'eccesso di cibo e possono contribuire allo sviluppo di obesità.^{13,1}

1. Organizzazione Mondiale della Sanità. Scheda informativa sull'obesità e il sovrappeso n. 311. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Ultimo accesso: Ottobre 2020.

2. Mechanick JI, Garber AJ e Garvey WT. Associazione Americana della dichiarazione di posizione degli endocrinologi clinici sull'obesità e Medicina dell'obesità. *Pratica endocrina*. 2012;18:642-648.

3. Allison DB, Downey M, Atkinson RL, et al. Obesità come Una malattia: un libro bianco sulle prove e gli argomenti commissionato da il Consiglio della Società dell'Obesità. *Obesità*. 2008;16:1161-1177.

4. Frühbeck G, Sbraccia P e Nisoli E. Dichiarazione di Milano 2015: Un invito all'azione sull'obesità - una dichiarazione di posizione dell'EASO sulla In occasione dell'EXPO 2015. *Fatti sull'obesità*. 2016;9:296-298.

5. Associazione medica americana. A.M.A adotta nuove politiche in materia di Secondo giorno di votazioni all'assemblea annuale. L'obesità come malattia. Disponibile all'indirizzo: <http://news.cision.com/american-medical-association/r/ama-adopts-new-policies-on-second-day-of-voting-at-annual-meeting,c9430649>. Ultimo accesso: ottobre 2020.

6. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH, et al. Obesità: a Processo progressivo della malattia cronica recidivante. Una presa di posizione di la World Obesity Federation. *Obesi Rev*. 2017;18:715-723.

7. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, et al. Lacune a ponte: Disallineamento tra percezione, realtà e azioni in obesità. *Diabete obesi Metab*. 2019; 21:1914-1924

8. Colby SL e Ortman JM. proiezioni delle dimensioni e Composizione della popolazione degli Stati Uniti: dal 2014 al 2060, popolazione attuale Rapporti, P25-1143, U.S. Census Bureau, Washington, DC, 2014. Disponibile presso: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p25-1143.pdf>. Ultimo accesso: ottobre 2020.

Politici e socioeconomici:



Le politiche sanitarie, il luogo in cui una persona vive, il contesto abitativo e sociale e il reddito possono influenzare il rischio di sviluppare obesità.^{12,16}

9. Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie. Obesità e Sovrappeso. Disponibile all'indirizzo: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/obesity-overweight.htm>. Ultimo aggiornamento il 13 giugno 2016. Ultimo accesso: ottobre 2020.

10. Ma J, Xiao L, Stafford R. Obesità adulta e Office-based Qualità delle cure negli Stati Uniti Obesità (Silver Spring). 2009; 17(5):1077-1085.

11. Wright SM e Aronne LJ. Cause di obesità. *Addominale Imaging*. 2012;37:730-732.

12. National Institutes of Health. Linee guida cliniche sul Identificazione, valutazione e trattamento del sovrappeso e dell'obesità in Adulti. Disponibile all'indirizzo: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf. Ultimo accesso: ottobre 2020.

13. NIH. Quali sono le cause del sovrappeso e dell'obesità? Disponibile all'indirizzo: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/obe/causes>. Ultimo accesso: ottobre 2020.

14. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al. Persistenza a lungo termine degli adattamenti ormonali alla perdita di peso. *N Engl J Med*. 2011;365:1597-1604.

15. Collins J e JE B. Fattori comportamentali e psicologici in Obesità. *Il giornale del Lancaster General Hospital*. 2009;4:124-127.

16. Pampel FC, Denney JT e PM K. Obesità, SES ed economia Sviluppo: un test dell'ipotesi dell'inversione. *Soc Sci Med*. 2013;74:1073-1081.

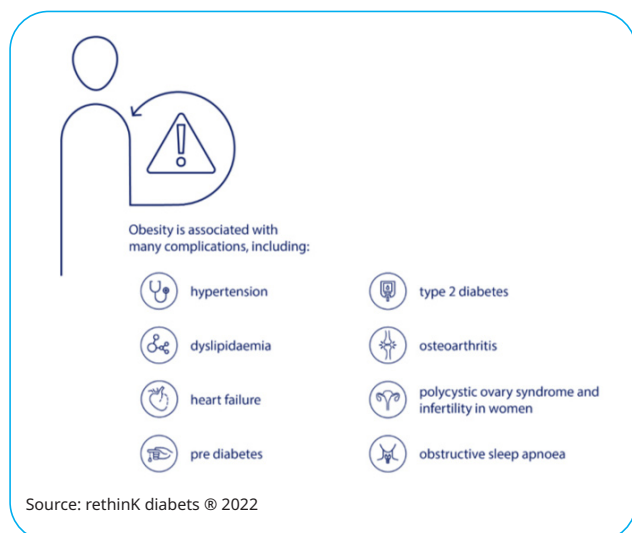
Complicanze/comorbidità dell'obesità

Comprendere le complicanze / comorbidità dell'obesità

L'obesità è molto più di un semplice eccesso di peso. È associata a oltre 200 complicanze che possono interessare la salute di un individuo e diversi sistemi di organi.¹⁻⁸

Di conseguenza, l'obesità presenta un'associazione significativa con morbidità e mortalità. L'obesità grave è stata associata a una diminuzione dell'aspettativa di vita e a un aumento del tasso di mortalità, indipendentemente da età, area geografica, titolo di studio o abitudine al fumo.⁹ Ciò include un maggiore rischio di sviluppare diabete¹⁰, ipertensione¹⁰ e iperlipidemia¹¹, insufficienza cardiaca¹², sindrome metabolica¹³ e ictus¹⁴ sono altre complicanze significative e ben documentate dell'obesità. Inoltre, l'obesità aumenta la mortalità associata ad alcuni tumori, tra cui, ad esempio, il cancro al seno¹⁰ e il cancro alla prostata¹⁰. Le persone con obesità presentano anche un rischio maggiore di depressione¹⁵; altri problemi correlati all'obesità riguardano la salute mentale¹⁵ e, nel complesso, la riduzione della qualità della vita.¹⁵ di comorbidità correlate all'obesità sottolinea.

L'elevato numero di comorbidità correlate all'obesità sottolinea l'importanza di un intervento precoce per prevenire esiti gravi.



Obesità e malattie cardiovascolari – ipertensione, dislipidemia e insufficienza cardiaca

Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di mortalità nelle persone con obesità.¹⁶ Esiste una chiara associazione tra BMI, ipertensione (pressione alta) e insufficienza cardiaca. Ad esempio, la prevalenza dell'ipertensione aumenta con l'aumentare del BMI¹⁷: le persone

con un BMI di 25,0-29,9 kg /m² hanno una probabilità tre volte superiore di sviluppare ipertensione rispetto agli individui con un BMI normale.¹⁷ Con un BMI più alto, il rischio di ipertensione aumenta, anche tra gli individui all'interno dell'intervallo BMI "normale" e leggermente "sovrappeso".¹⁷ Tra le persone con BMI normale, si osserva una prevalenza del 45% di ipertensione, rispetto al 67% nelle persone in sovrappeso, al 79% nelle classi di obesità I e II e fino all'87% nella classe di obesità III.¹⁸ L'obesità è inoltre associata a dislipidemia: circa il 60-70% dei pazienti con obesità presenta anche dislipidemia.¹⁹

Il 41% della mortalità cardiovascolare negli Stati Uniti è attribuibile a un alto indice di massa corporea.¹²

L'obesità non è solo una delle comorbidità più comuni dell'insufficienza cardiaca con frazione di eiezione preservata (HFpEF), ma anche uno dei principali fattori di rischio per il suo sviluppo.²⁰ Esiste, inoltre, un'associazione significativa tra ictus e obesità.²¹

Per le persone con obesità e ipertensione in stadio 1, la raccomandazione è di ridurre il peso attraverso modifiche dello stile di vita, trattamento farmacologico e/o chirurgia bariatrica.²² Questi risultati indicano che la perdita di peso è importante sia per la prevenzione che per il trattamento iniziale dell'ipertensione.

Obesità, pre-diabete e diabete di tipo 2

Gli uomini e le donne con obesità hanno rispettivamente quasi 7 e oltre 12 volte più probabilità di sviluppare diabete di tipo 2 rispetto agli individui senza obesità.¹⁰

Infatti, uno degli effetti collaterali a lungo termine dell'obesità è che è il principale fattore di rischio per il diabete di tipo 2.²³ L'American Diabetes Association raccomanda di eseguire lo screening del diabete e di valutarne il rischio negli individui asintomatici di età superiore ai 45 anni se sono in sovrappeso o obesi; Inoltre, lo screening dovrebbe essere effettuato indipendentemente dall'età nei pazienti con obesità grave.²⁴ Vivere con sovrappeso o obesità aumenta il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 rispettivamente di circa tre e sette volte.²⁴

Negli individui con pre-diabete, la perdita di peso non solo riduce il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 ma può anche contribuire alla remissione della malattia.²⁵ Gli studi sulla perdita di peso dimostrano che, in un periodo medio di follow-up di 2,8 anni, il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 può essere ridotto.² È importante sottolineare che, nei pazienti con obesità e pre-diabete, anche 10 anni dopo la perdita di peso iniziale, e nonostante un successivo recupero ponderale, si osserva una

significativa riduzione del rischio di sviluppare diabete di tipo 2 rispetto agli individui che non hanno perso peso.²⁶ Allo stesso modo, gli studi di perdita di peso dopo la chirurgia bariatrica hanno rilevato tassi di incidenza più bassi di diabete di tipo 2 a 2 e 10 anni dall'intervento.²⁷

Obesità e osteoartrite

Gli uomini e le donne con obesità hanno più di 2 e circa 2 volte più probabilità di sviluppare l'osteoartrite rispetto alle persone senza obesità, rispettivamente.¹⁰

Ogni 5 kg di aumento di peso conferisce un aumento del 36% del rischio di artrosi del ginocchio.²⁸ Un indice di massa corporea elevato durante l'età adulta aumenta tale rischio: l'associazione tra BMI e artrosi del ginocchio in età avanzata inizia già a 20 anni negli uomini e 11 anni nelle donne.²⁸

È interessante notare che l'aumento del BMI tra i 20 e i 29 anni predice il successivo rischio di artrosi del ginocchio successivo meglio del peso attuale, suggerendo che l'obesità sia una delle principali cause di osteoartrite, più che una conseguenza dell'inattività secondaria al deterioramento del ginocchio.²⁹

La perdita di peso – attraverso la dieta e l'attività fisica – è la prima raccomandazione in qualsiasi linea guida per l'artrosi del ginocchio.³⁰

La ricerca ha dimostrato che, tra i pazienti con sovrappeso e obesità affetti da artrosi del ginocchio, ogni chilogrammo di peso perso comporta una riduzione di quattro volte del carico esercitato sul ginocchio per ogni passo durante le attività quotidiane.²⁸

Gli studi suggeriscono che, se le persone con sovrappeso e obesità riducessero il loro peso di 5 kg o fino a rientrare nell'intervallo di BMI raccomandato, il 24% dei casi chirurgici di osteoartrosi del ginocchio potrebbe essere evitato.⁵ In questi casi, la perdita di peso è raccomandata come parte della gestione clinica e può contribuire al sollievo dei sintomi, migliorare lo stato funzionale e ridurre il dolore.⁶

Obesità, sindrome dell'ovaio policistico (pcos) e infertilità

La fisiopatologia della sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) è complessa e rimane in gran parte poco chiara; tuttavia, la condizione è strettamente legata all'obesità. Gli studi dimostrano che fino al 76% delle donne con PCOS presenta obesità. Si ritiene che l'obesità contribuisca e aggravi le complicanze della PCOS,³¹ tra cui lo sviluppo di insulino-resistenza e pre-diabete diabete di tipo

2,32 malattia cardiovascolare³³ e problemi di fertilità o infertilità.³²

La crescente epidemia di obesità suggerisce che questa prevalenza potrebbe aumentare in futuro.³⁴

Un'altra conseguenza comune dell'obesità nelle donne è rappresentata dalle irregolarità mestruali.²⁹

In uno studio in cui il 32,3% delle donne con obesità presentava irregolarità mestruali, una riduzione di peso di 7-8 kg ottenuta attraverso dieta ed esercizio fisico ha migliorato la regolarità mestruale nell'80% delle donne che avevano perso peso.³⁵

La perdita di peso è la raccomandazione principale nella PCOS³⁵ per migliorare le caratteristiche cliniche e la salute metabolica a lungo termine. Tra i miglioramenti osservati vi sono la riduzione dei livelli di insulina,³⁶ la diminuzione della resistenza all'insulina,³² la riduzione dei livelli di androgeni e dei fattori di rischio per le malattie cardiovascolari e il diabete di tipo 2.³³ È importante sottolineare che la ciclicità mestruale, l'ovulazione e la fertilità³⁷ possono migliorare dopo la perdita di peso.³²

Tra le donne con PCOS, si ritiene che la riduzione dell'insulina sia il principale fattore determinante della maggior parte dei 1

Obesità, apnea notturne e asma

Sebbene la frequenza della sindrome da apnea ostruttiva del sonno sia difficile da determinare con precisione, si stima che circa il 40% delle persone con obesità abbia apnea ostruttiva del sonno.³⁸

Una delle conseguenze dell'obesità è che la deposizione di grasso a livello del collo, della parete toracica e dell'addome, con effetti negativi sulla funzione polmonare, sulla mobilità della parete toracica e del diaframma e sui volumi polmonari,²⁹ causando dispnea e ipoventilazione.³⁹ Da svegli e in posizione eretta l'impatto è solitamente limitato, ma in posizione supina può peggiorare, favorendo l'apnea notturna.²⁹

L'asma è un'altra malattia respiratoria frequentemente collegata ai rischi per la salute associati all'obesità.⁴⁰ C'è un aumento del 92% del rischio di asma quando il BMI supera i 30 kg/m²⁴⁰; tuttavia, i meccanismi alla base di questa associazione sono ancora poco conosciuti.⁴⁰

La perdita di peso dovrebbe essere considerata come un intervento utile nei pazienti con obesità, poiché può aiutare a dormire meglio alleviando i sintomi dell'apnea ostruttiva del sonno. Gli studi suggeriscono che una perdita di peso del 7-11% può ridurre l'apnea e l'indice di apnea-ipopnea.⁴¹

La chirurgia bariatrica e le diete ipocaloriche hanno un impatto positivo sull'iperreattività bronchiale e sull'infiammazione delle vie aeree, nonché sugli esiti clinici nei pazienti con obesità, indicando un legame funzionale tra asma e obesità.⁴⁰

Obesità e covid-19

Vivere con l'obesità è un fattore di rischio per una maggiore gravità dell'infezione da Covid-19.⁴² Gli individui in sovrappeso o con obesità hanno un rischio sostanzialmente aumentato di ricovero in ospedale, terapia intensiva e morte a causa di Covid-19, anche senza altre comorbidità esistenti.^{43,44}

Le comorbidità dell'obesità tra cui ipertensione, malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2 sono associate a una grave infezione da Covid-19 tra i pazienti con obesità; sono stati registrati nel 24-51% dei pazienti ospedalizzati e osservati e nel 68-72% dei pazienti in terapia intensiva.⁴⁵

Gli studi hanno dimostrato che nei pazienti con obesità, ogni aumento di 1 unità del BMI è associato a un aumento del 12% del rischio di Covid-19 grave.⁴²

Vivere con l'obesità, in generale, è stato associato a un rischio circa triplo di avere COVID-19 grave.⁴²

Correlazione tra obesità, bmi e rischio di mortalità

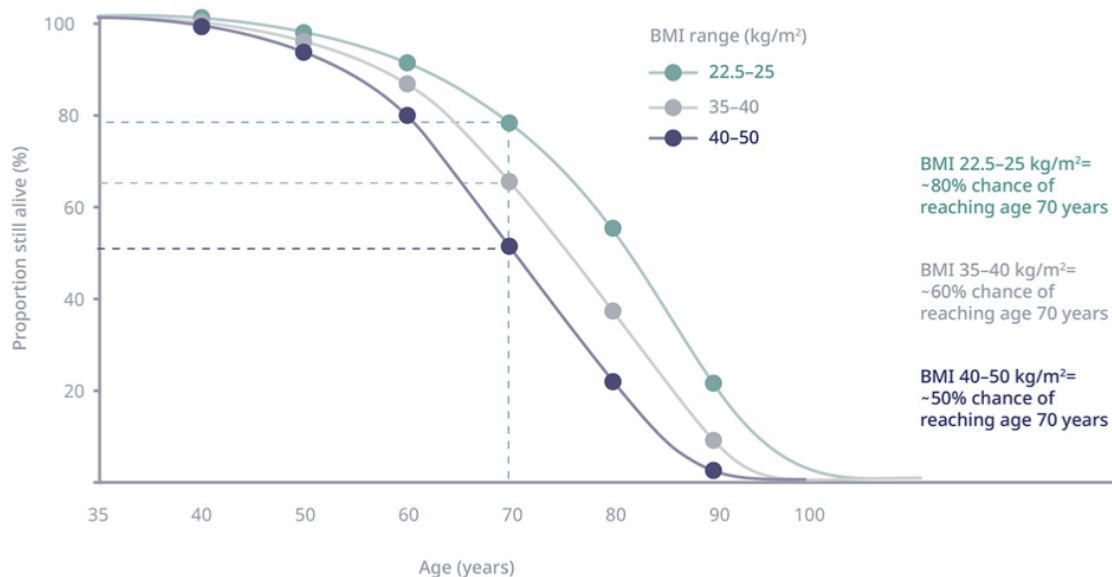
Le conseguenze negative dell'obesità e delle malattie ad essa correlate interessano molte aree della salute, e possono ridurre la durata della vita.⁴⁶

La ricerca mostra che un indice di massa corporea elevato è associato a una riduzione dell'aspettativa di vita fino a 10 anni.⁴⁷ Per ogni incremento di 5 kg/m² del BMI oltre l'intervallo 22,5-25,0 kg/m², si osserva un aumento del 30% della mortalità complessiva.⁴⁷

CONCLUSIONI

Le condizioni causate dall'obesità e dai loro determinanti sono complesse e possono portare a numerose comorbidità e complicanze mediche. Tuttavia, i progressi in ambito sanitario hanno fornito una serie di strumenti e strategie sempre più efficaci per trattare l'obesità. È necessario dare adeguata evidenza politico-sanitaria a questi dati affinché l'obesità sia riconosciuta come malattia cronica che ha un grande impatto sulla qualità e l'aspettativa di vita delle persone.

Increased BMI associated with decreased life expectancy



References

- Yuen M. ER, Kadambi N. A systematic review and evaluation of current evidence reveals 236 obesity-associated disorders. The obesity society 2016.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002;346(6):393-403.
- Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011;34(7):1481-6.
- Dattilo AM, Kris-Etherton PM. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1992;56(2):320-8.
- Coggon D, Reading I, Croft P, McLaren M, Barrett D, Cooper C. Knee osteoarthritis and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001;25(5):622-7.
- Christensen R, Bartels EM, Astrup A, Bliddal H. Effect of weight reduction in obese patients diagnosed with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66(4):433-9.
- Zelber-Sagi S, Godos J, Salomone F. Lifestyle changes for the treatment of nonalcoholic fatty liver disease: a review of observational studies and intervention trials. *Therap Adv Gastroenterol.* 2016;9(3):392-407.
- Glass LM, Dickson RC, Anderson JC, Suriawinata AA, Putra J, Berk BS, et al. Total body weight loss of $\geq 10\%$ is associated with improved hepatic fibrosis in patients with nonalcoholic steatohepatitis. *Dig Dis Sci.* 2015;60(4):1024-30.
- Jarolimova J, Tagoni J, Stern TA. Obesity: its epidemiology, comorbidities, and management. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2013;15(5).
- Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2009;9:88.
- Klop B, Elte JW, Cabezas MC. Dyslipidemia in obesity: mechanisms and potential targets. *Nutrients.* 2013;5(4):1218-40.
- Adair T, Lopez AD. The role of overweight and obesity in adverse cardiovascular disease mortality trends: an analysis of multiple cause of death data from Australia and the USA. *BMC Med.* 2020;18(1):199.
- Despres JP, Lemieux I. Abdominal obesity and metabolic syndrome. *Nature.* 2006;444(7121):881-7.
- Mitchell AB, Cole JW, McArdle PF, Cheng YC, Ryan KA, Sparks MJ, et al. Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke.* 2015;46(6):1690-2.
- Dong C, Sanchez LE, Price RA. Relationship of obesity to depression: a family-based study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004;28(6):790-5.
- Collaborators GBDO, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med.* 2017;377(1):13-27.
- Gelber RP, Gaziano JM, Manson JE, Buring JE, Sesso HD. A prospective study of body mass index and the risk of developing hypertension in men. *Am J Hypertens.* 2007;20(4):370-7.
- Landi F, Calvani R, Picca A, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, et al. Body Mass Index is Strongly Associated with Hypertension: Results from the Longevity Check-up 7+ Study. *Nutrients.* 2018;10(12).
- Feingold K. Obesity and Dyslipidemia. [Updated 2020 Nov 2]. Endotext [Internet]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305895/>. Last accessed: September 2021.
- Tadic M, Cuspidi C. Obesity and heart failure with preserved ejection fraction: a paradox or something else? *Heart Fail Rev.* 2019;24(3):379-85.
- Lee HJ, Choi EK, Lee SH, Kim YJ, Han KD, Oh S. Risk of ischemic stroke in metabolically healthy obesity: A nationwide population-based study. *PLoS One.* 2018;13(3):e0195210.
- Kotsis V, Jordan J, Micic D, Finer N, Leitner DR, Toplak H, et al. Obesity and cardiovascular risk: a call for action from the European Society of Hypertension Working Group of Obesity, Diabetes and the High-risk Patient and European Association for the Study of Obesity: part A: mechanisms of obesity induced hypertension, diabetes and dyslipidemia and practice guidelines for treatment. *J Hypertens.* 2018;36(7):1427-40.
- Barnes AS. The epidemic of obesity and diabetes: trends and treatments. *Tex Heart Inst J.* 2011;38(2):142-4.
- Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *Pharmacoeconomics.* 2015;33(7):673-89.
- Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019;7(5):344-55.
- Diabetes Prevention Program Research G, Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet.* 2009;374(9702):1677-86.
- Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med.* 2004;351(26):2683-93.
- Bliddal H, Leeds AR, Christensen R. Osteoarthritis, obesity and weight loss: evidence, hypotheses and horizons - a scoping review. *Obes Rev.* 2014;15(7):578-86.

Webber J. The comorbidities of obesity. *Practical Diabetes International*. 2001;18(8):293-6.

Glyn-Jones S, Palmer AJ, Agricola R, Price AJ, Vincent TL, Weinans H, et al. Osteoarthritis. *Lancet*. 2015;386(9991):376-87.

Fauser BC, Tarlatzis BC, Rebar RW, Legro RS, Balen AH, Lobo R, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril*. 2012;97(1):28-38 e25.

Panidis D, Farmakiotis D, Rousso D, Kourtis A, Katsikis I, Krassas G. Obesity, weight loss, and the polycystic ovary syndrome: effect of treatment with diet and orlistat for 24 weeks on insulin resistance and androgen levels. *Fertil Steril*. 2008;89(4):899-906.

Wild RA, Carmina E, Diamanti-Kandarakis E, Dokras A, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, et al. Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(5):2038-49.

Thomson RL, Buckley JD, Brinkworth GD. Exercise for the treatment and management of overweight women with polycystic ovary syndrome: a review of the literature. *Obes Rev*. 2011;12(5):e202-10.

Mrinal Kanti Kundu MR, Prakritis Ranjan Sasmal, Kamalika Das. A randomized prospective study of menstrual irregularities in relation to obesity in terms of body mass index. *International Journal of Scientific Research*. 2018;7(10).

Tolino A, Gambardella V, Caccavale C, D'Ettore A, Giannotti F, D'Anto V, et al. Evaluation of ovarian functionality after a dietary treatment in obese women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;119(1):87-93.

Dokras A, Sarwer DB, Allison KC, Milman L, Kris-Etherton PM, Kunselman AR, et al. Weight Loss and Lowering Androgens Predict Improvements in Health-Related Quality of Life in Women With PCOS. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(8):2966-74.

Modena DAO, Cazzo E, Candido EC, Baltieri L, Silveira L, Almeida AMN, et al. Obstructive sleep apnea syndrome among obese individuals: A cross-sectional study. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2017;63(10):862-8.

Masa JF, Pepin JL, Borel JC, Mokhlesi B, Murphy PB, Sanchez-Quiroga MA. Obesity hypoventilation syndrome. *Eur Respir Rev*. 2019;28(151).

Everaere L, Ait Yahia S, Boute M, Audousset C, Chenivesse C, Tsicopoulos A. Innate lymphoid cells at the interface between obesity and asthma. *Immunology*. 2018;153(1):21-30.

Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D, Farpour-Lambert N, Pryke R, Toplak H, et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 2019;12(1):40-66.

Feng Gao KIZ, Xiao-Bo Wang , Qing-Feng Sun , Ke-Hua Pan , Ting-Yao Wang , Yong-Ping Chen, Giovanni Targher, Christopher D Byrne, Jacob George, Ming-Hua Zheng. Obesity Is a Risk Factor for Greater COVID-19 Severity. *Diabetes Care*. 2020;43(7).

Min Gao CP, Nerys M Astbury, Julia Hippisley-Cox, Stephen O'Rahilly, Paul Aveyard, Susan A Jebb. Associations between body-mass index and COVID-19 severity in 6.9 million people in England: a prospective, community-based, cohort study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2021;9(6):350-9.

Bennett KE, Mullooly M, O'Loughlin M, Fitzgerald M, O'Donnell J, O'Connor L, et al. Underlying conditions and risk of hospitalisation, ICU admission and mortality among those with COVID-19 in Ireland: A national surveillance study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;5:100097.

Kwok S, Adam S, Ho JH, Iqbal Z, Turkington P, Razvi S, et al. Obesity: A critical risk factor in the COVID-19 pandemic. *Clin Obes*. 2020;10(6):e12403.

Global BMIMC, Di Angelantonio E, Bhupathiraju Sh N, Wormser D, Gao P, Kaptoge S, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016;388(10046):776-86.

Prospective Studies C, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373(9669):1083-96.

I dati



Premessa

Dati, evidenze e governance della salute metabolica in Italia

Paolo Sbraccia

Presidente IBDO Foundation

Comprendere l'obesità oggi significa prima di tutto comprendere i dati.

Per molti anni il dibattito pubblico sull'obesità è rimasto confinato prevalentemente all'interno di una dimensione culturale o comportamentale, spesso semplificata e non adeguatamente supportata da una lettura sistemica del fenomeno. Oggi, invece, sappiamo che l'obesità rappresenta una delle principali sfide epidemiologiche, cliniche, economiche e sociali del nostro tempo e che la sua gestione richiede una capacità crescente di integrare evidenze scientifiche, sistemi informativi, ricerca epidemiologica, governance sanitaria e programmazione delle politiche pubbliche.

In questo scenario, i dati assumono un ruolo strategico fondamentale.

Non può esistere una moderna politica della salute metabolica senza una solida infrastruttura epidemiologica capace di monitorare:

- diffusione dell'obesità;
- trend temporali;
- differenze territoriali;
- disuguaglianze socioeconomiche;
- impatto clinico;
- costi economici e sociali;
- accesso ai percorsi di cura;
- esiti terapeutici.

L'ottava edizione dell'Italian Barometer Obesity Report si colloca pienamente in questa prospettiva.

Il Report rappresenta oggi una delle più importanti piattaforme italiane di analisi integrata dell'obesità e delle malattie metaboliche croniche, grazie alla collaborazione tra:

- IBDO Foundation;
- ISTAT;
- BHAVE;
- CORESEARCH;
- Istituto Superiore di Sanità;
- società scientifiche;

- università;
- reti cliniche nazionali.

Questa alleanza multidisciplinare costituisce uno dei principali punti di forza del Report.

L'obesità è infatti una malattia complessa che richiede necessariamente una lettura integrata:

- epidemiologica;
- clinica;
- sociale;
- economica;
- territoriale;
- istituzionale.

I capitoli che seguono offrono una fotografia estremamente approfondita e articolata della salute metabolica nel nostro Paese, consentendo di leggere l'obesità non soltanto come fenomeno sanitario, ma come indicatore trasversale della qualità della vita, delle disuguaglianze sociali, della sostenibilità dei sistemi sanitari e della capacità delle istituzioni di costruire politiche pubbliche efficaci.

I dati come infrastruttura della governance

Uno degli elementi centrali di questa sezione del Report riguarda il ruolo dei dati come infrastruttura della governance sanitaria.

Nel corso degli ultimi anni, la crescente disponibilità di sistemi informativi, registri clinici, sorveglianze epidemiologiche e analisi territoriali ha profondamente modificato il modo in cui leggiamo le malattie croniche non trasmissibili.

L'obesità non può più essere affrontata attraverso percezioni generiche o approcci emergenziali.

- Servono invece:
- monitoraggio continuo;
- dati comparabili;
- letture territoriali;
- indicatori di outcome;
- integrazione tra epidemiologia e programmazione sanitaria.

Per questa ragione, il contributo di ISTAT all'interno dell'Italian Barometer Obesity Report assume un valore straordinariamente importante.

Le analisi sviluppate da Roberta Cialesi consentono infatti di leggere:

- l'evoluzione dell'obesità nella popolazione italiana;
- le differenze regionali;
- l'impatto socioeconomico;
- le fragilità territoriali;
- le correlazioni tra obesità, istruzione, reddito e condizioni sociali.

I dati epidemiologici rappresentano oggi uno strumento essenziale per:

- orientare le politiche pubbliche;
- programmare i servizi;
- identificare le popolazioni vulnerabili;
- valutare l'impatto delle strategie di prevenzione.

Le differenze territoriali e la questione dell'equità

Particolarmente rilevante è il focus dedicato ai dati regionali sull'obesità sviluppato da BHAVE, ISTAT, CORESE-ARCH e IBDO Foundation.

L'analisi territoriale consente infatti di evidenziare come l'obesità non sia distribuita uniformemente nel Paese, ma presenti profonde differenze legate:

- alle condizioni socioeconomiche;
- ai modelli urbani;
- agli stili di vita;
- all'accessibilità ai servizi sanitari;
- ai livelli di istruzione;
- alle opportunità di attività fisica;
- alla qualità degli ambienti di vita.

La salute metabolica diventa quindi anche una questione di equità territoriale e giustizia sociale.

Comprendere queste differenze è fondamentale per costruire politiche regionali e locali realmente efficaci.

La crescente attenzione verso la salute urbana, la medicina territoriale e la prevenzione comunitaria nasce proprio dalla consapevolezza che i determinanti dell'obesità siano profondamente radicati negli ecosistemi sociali e ambientali nei quali le persone vivono quotidianamente.

L'obesità infantile come priorità strategica

Di straordinaria importanza sono anche i dati provenienti dai sistemi di sorveglianza OKkio alla Salute ed Epicentro, illustrati grazie al contributo dell'Istituto Superiore di Sanità e di Giovanni Capelli.

L'obesità infantile rappresenta infatti una delle principali emergenze di salute pubblica del XXI secolo.

I dati relativi ai bambini e agli adolescenti costituiscono oggi uno dei più importanti indicatori predittivi della futura sostenibilità sanitaria e sociale del Paese.

Le nuove generazioni stanno crescendo in ambienti sempre più caratterizzati da:

- sedentarietà;
- urbanizzazione;
- esposizione ai sistemi alimentari obesogenici;
- povertà educativa;
- riduzione dell'attività fisica spontanea;
- vulnerabilità psicologica.

Per questa ragione, la prevenzione precoce rappresenta oggi uno dei pilastri fondamentali delle future politiche pubbliche sulla salute metabolica.

L'importanza dei registri clinici e dei dati real world

Una moderna governance dell'obesità non può inoltre prescindere dai registri clinici e dai dati real world.

Lo studio ITROS e il Registro Italiano della Chirurgia Bariatrica rappresentano strumenti estremamente preziosi per comprendere:

- caratteristiche cliniche delle persone con obesità;
- percorsi terapeutici;
- esiti dei trattamenti;
- impatto delle complicanze;
- efficacia degli interventi multidisciplinari.

Il contributo di SIO, SICOB e delle principali reti cliniche italiane permette al Report di integrare epidemiologia e pratica clinica reale, offrendo una lettura estremamente avanzata della gestione dell'obesità in Italia.

Particolarmente importante è il Registro Italiano della Chirurgia Bariatrica, che rappresenta uno dei principali strumenti nazionali di monitoraggio della chirurgia metabolica e dei relativi outcome clinici.

L'integrazione tra dati epidemiologici e dati clinici rap-

presenta oggi uno dei principali strumenti di evoluzione della medicina dell'obesità.

Il costo economico dell'obesità

Uno degli aspetti più rilevanti affrontati in questa sezione del Report riguarda il costo economico dell'obesità.

L'analisi sviluppata dal CEIS dell'Università di Roma Tor Vergata evidenzia come l'obesità rappresenti non soltanto una sfida clinica, ma anche una delle principali minacce alla sostenibilità economica dei sistemi sanitari contemporanei.

- L'impatto economico dell'obesità comprende:
- costi diretti sanitari;
- ospedalizzazioni;
- spesa farmaceutica;
- complicanze croniche;
- perdita di produttività;
- invalidità;
- costi indiretti sociali ed economici.

Comprendere questi costi significa comprendere perché la prevenzione non debba essere considerata una spesa accessoria, ma un investimento strategico per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale.

Dai dati alle politiche

L'elemento forse più importante di questa sezione del Report è proprio la capacità di trasformare i dati in strumenti di governance.

L'obiettivo dell'Italian Barometer Obesity Report non è infatti soltanto descrivere il fenomeno, ma fornire evidenze scientifiche capaci di:

- orientare le decisioni politiche;
- supportare la programmazione sanitaria;
- promuovere equità;
- rafforzare prevenzione e medicina territoriale;
- migliorare accesso alle cure;
- valutare l'impatto delle politiche pubbliche.

In questo senso, il Report rappresenta oggi una delle più importanti piattaforme italiane di "knowledge translation" nel campo della salute metabolica.

Una nuova cultura della salute metabolica

La crescente disponibilità di dati, registri clinici, sistemi di sorveglianza e analisi economiche sta contribuendo alla costruzione di una nuova cultura della salute metabolica.

Una cultura fondata:

- sulle evidenze scientifiche;
- sulla multidisciplinarietà;
- sull'integrazione tra epidemiologia e clinica;
- sulla centralità della prevenzione;
- sulla lotta alle disuguaglianze;
- sulla sostenibilità dei sistemi sanitari;
- sulla centralità della persona.

La sfida futura sarà trasformare questa crescente conoscenza in:

- organizzazione territoriale;
- politiche pubbliche strutturali;
- prevenzione permanente;
- innovazione sanitaria;
- governance data-driven della salute.

Perché oggi più che mai comprendere l'obesità significa comprendere il futuro stesso della salute pubblica.

L'obesità in Italia

Roberta Crialesi
Lidia Gargiulo
Laura Iannucci
Emanuela Bologna
Istat

L'Italia è tra i primi paesi ad aver riconosciuto l'obesità come una vera e propria malattia cronica, attraverso la legge 149/25, in quanto patologia multifattoriale, complessa, progressiva e recidivante. L'obesità può in tal modo beneficiare di un inserimento strutturato dei relativi percorsi di cura all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), favorendo un accesso più equo, sistematico e continuativo ai trattamenti.

In questo contesto normativo un ruolo centrale è attribuito al potenziamento dei programmi di prevenzione, con un'attenzione particolare al contesto scolastico, considerato strategico per promuovere stili di vita sani fin dall'infanzia. Parallelamente, è previsto un aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), al fine di includere in modo più completo visite specialistiche, terapie farmacologiche e interventi di chirurgia bariatrica¹.

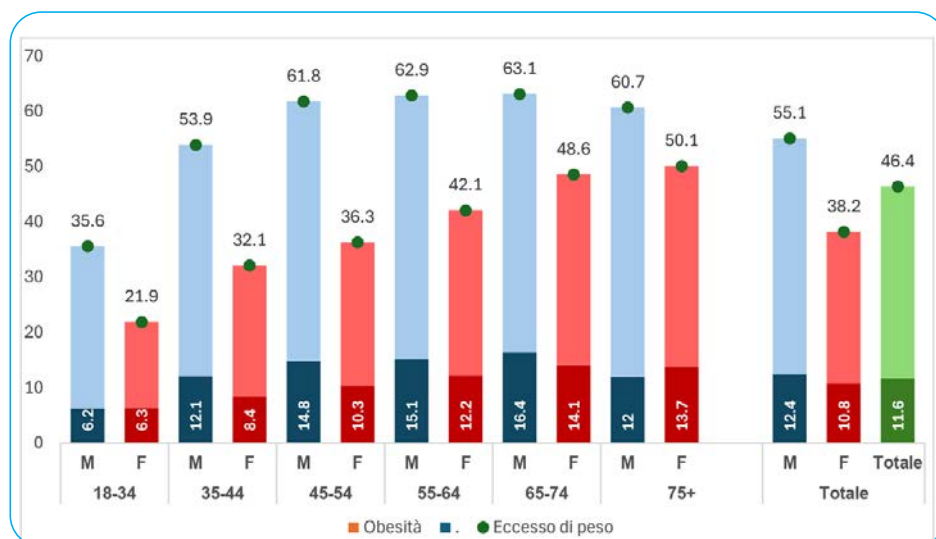
Partendo da questo riconoscimento, si stima che oltre la metà della popolazione adulta italiana convive con almeno una patologia cronica — obesità compresa — raggiungendo il 51,1% nel 2025; mentre la quota di persone che associa all'obesità almeno un'altra malattia cronica si attesta in Italia a circa il 29,1%.

Le persone di 18 anni e più con problemi di obesità si stimano pari a 5 milioni 750mila, ossia l'11,6% della popolazione adulta: il 12,4% degli uomini e il 10,8% delle donne adulte. Se a questa quota si aggiunge quella delle persone in sovrappeso, pari al 34,8%, emerge che quasi un adulto su due risulta in eccesso di peso, per una stima complessiva del 46,4% (BMI ≥ 25 ²), ovvero circa 23 milioni di persone.

Permangono le differenze di genere: oltre la metà della popolazione adulta maschile risulta essere in eccesso di peso (55,1%), mentre la quota scende al 38,2% tra le donne. I livelli di eccesso ponderale, anche nel 2025, mo-

strano un andamento crescente con l'età. Tra i giovani maschi di 18-34 anni, più di uno su tre (35,6%) è in eccesso di peso e il 6,2% in condizione di obesità; tra le coetanee, invece, più di una su cinque ha problemi di eccesso di peso (21,9%), ma è simile la quota di obesità (6,3%). La classe di età con i divari di genere maggiori è quella dei 45-54enni: tra gli uomini l'eccesso di peso è pari al 61,8% e tra le coetanee è 36,3%, per l'obesità i valori sono rispettivamente 14,8% e 10,3%. Il valore massimo della prevalenza di obesità si osserva tra i 65-74enni, sia per gli uomini (16,4%) che per le donne (14,1%) (Figura 1).

Figura 1. Persone di 18 anni e più in eccesso di peso, di cui con obesità, per classe di età e genere. Anno 2025 (tassi per 100 persone).



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Nel confronto con il 2016, a fronte di un incremento non significativo dell'eccesso di peso, da 45,9% al 46,4% nel 2025, l'obesità registra circa un 12% in più in 10 anni - passando da 10,4% all'11,6% - con un incremento inferiore per le donne (10%). In particolare, l'aumento dell'obesità appare rilevante tra i giovani, soprattutto tra le giovani donne, nonostante restino le fasce di età con la prevalenza più bassa: tra le giovani donne dai 18 ai 34 anni, l'obesità incrementa del 75%, passando dal 3,6% nel 2016 al 6,3% nel 2025, e tra i coetanei aumenta dal 4,6% al 6,2%. Il fenomeno aumenta anche nelle fasce di età contigue: tra i 35-44enni passa da 8,5% a 10,3% - dovuto soprattutto all'incremento di 2,6 punti percentuali tra gli uomini - e tra i 45-54 anni dall'11,1% nel 2016 al 12,5% nel 2025. Nelle classi di età successive la crescita dei tassi di obesità rispetto al 2016 è più contenuta o assente.

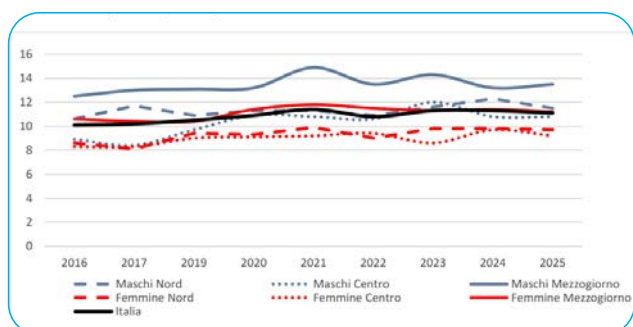
¹ Inoltre, tale provvedimento prevede l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale per lo Studio dell'Obesità (OSO) presso il Ministero della Salute, con il compito di monitorare la diffusione della patologia sul territorio nazionale nonché le politiche adottate a livello regionale, garantendo una gestione più coordinata del fenomeno.

² L'indice di massa corporea o Body Mass Index (BMI) è dato dal rapporto tra il peso e il quadrato dell'altezza espressa in metri. I dati antropometrici di peso e altezza sono autoriferiti. I cut-off della classificazione del BMI per gli adulti sono: BMI <18,50 sottopeso; 18,50-24,99 normopeso; 25,00-29,99 sovrappeso; $\geq 30,00$ obeso.

Come già documentato nei precedenti rapporti, si è registrato un picco di eccesso di peso e di obesità in concomitanza della crisi pandemica: nel 2020 la prevalenza di eccesso di peso tra gli adulti ha raggiunto il 47,6% e nel 2021 per l'obesità è arrivata al 12,0%.

Analizzando l'intero arco temporale degli ultimi 10 anni, si osservano tendenze del fenomeno diverse per genere e aree territoriali. Considerando le dinamiche a parità di età – con l'utilizzo di tassi standardizzati – la figura 2 conferma il gradiente territoriale Nord-Sud, con livelli superiori di obesità nel Mezzogiorno rispetto alle altre

Figura 2. Persone di 18 anni e più con obesità, per sesso e ripartizione geografica. Anni 2016-2025 (tassi standardizzati* per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

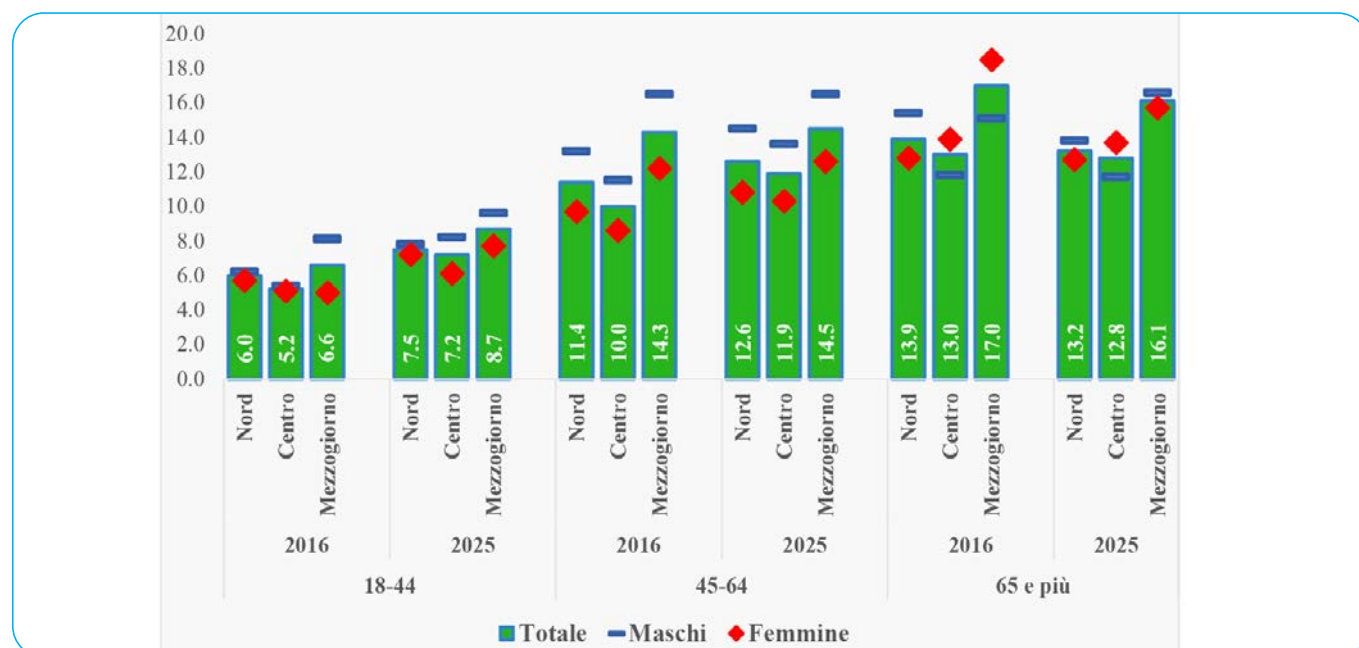
(*) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione europea (Eurostat 2013).

ripartizioni geografiche, sia per gli uomini che per donne. Inoltre, dal grafico emerge che il divario territoriale del Mezzogiorno rispetto alla media complessiva dell'Italia è dovuto sistematicamente a valori più elevati dei tassi di obesità degli uomini; anche le donne residenti nel Meridione presentano sempre livelli superiori a quelle delle altre aree, e raggiungono livelli che spesso si sovrappongono a quelli della media italiana complessiva (di uomini e donne). Infatti, se nel 2025 il tasso standardizzato di obesità in Italia, senza distinzione di genere, si attesta all'11,1%, quello delle donne adulte residenti nel Mezzogiorno è molto simile (è pari all'11,2%), più elevato rispetto a quello delle coetanee del Nord (9,7%) e del Centro (9,2%). Per gli uomini, a fronte di un tasso standardizzato di 11,5% al Nord e 10,8% al Centro, nel Mezzogiorno si raggiunge il 13,5%, il dato comunque è in flessione rispetto al valore massimo registrato nel 2021 quando sfiorò il 15%. L'andamento nel tempo, nonostante le diverse oscillazioni del fenomeno, mostra nel territorio incrementi maggiori soprattutto per gli uomini residenti al Centro, che pur essendo nel 2025 i più virtuosi, registrano rispetto al 2016 un aumento dell'obesità del 21% (a fronte di circa +8% delle altre due ripartizioni).

Il confronto tra il 2016 e il 2025 consente di apprezzare in dettaglio in quali aree e per quali fasce di età e genere si sono registrati incrementi o flessioni delle prevalenze.

La figura 3 evidenzia, infatti, che tra i giovani adulti (18-

Figura 3. Persone di 18 anni e più affette da obesità per sesso, età e ripartizione geografica. Anni 2016 e 2025 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

44 anni) gli incrementi sono trasversali in tutte e tre le aree territoriali considerate: nel Nord si passa dal 6,0% del 2016 al 7,5% del 2025, mentre per il Centro e il Mezzogiorno l'aumento in 10 anni è di circa 2 punti percentuali. In queste due aree si passa dal 5,2% al 7,2% nel Centro e dal 6,6% all'8,7% nel Mezzogiorno, ma il contributo a tali incrementi per il Centro è dovuto soprattutto agli uomini (dal 5,4% all'8,2%), generando un gap di genere a loro svantaggio, mentre per il Mezzogiorno sono le giovani donne che registrano un aumento significativo passando dal 5,0% nel 2016 al 7,7% nel 2025, con il risultato che si annulla il divario di genere registrato nel 2016.

Tra gli adulti di 45-64 anni, si registrano lievi incrementi statisticamente non significativi al Nord e in particolare al Centro (quasi 2 punti percentuali), sia per gli uomini che per le donne, mentre il Mezzogiorno conserva i livelli di 10 anni prima: la quota di obesità è pari al 14,5% nel 2025, che permane nel tempo significativamente superiore a quella delle altre aree territoriali. Inoltre, in tutte le aree si confermano i divari di genere a svantaggio dei coetanei uomini.

Tra gli anziani si registra una tendenziale riduzione dell'obesità rispetto al 2016 nel Nord e nel Mezzogiorno di quasi un punto percentuale, che - pur non risultando significativa - riguarda in particolare gli uomini al Nord (dal 15,4% al 13,8%) e le donne nel Mezzogiorno (dal 18,5% del 2016 al 15,7% nel 2025). In quest'area, al contrario, per gli uomini il dato mostra un lieve incremento (dal 15,1% al 16,6%).

Differenze regionali e disuguaglianze sociali nell'obesità

La mappa della Figura 4 (a sinistra) evidenzia un chiaro gradiente Nord-Sud, con livelli di obesità più contenuti nelle regioni settentrionali e centrali e valori sensibilmente più elevati nel Mezzogiorno. Le prevalenze più basse si osservano in particolare in Toscana (8,7%), Province Autonome di Bolzano (8,8%) e Trento (9,6%), Liguria (9,3%) e Piemonte (9,8%), territori che si collocano stabilmente al di sotto della media nazionale. Al contrario, le prevalenze più alte si concentrano nel Sud e nelle Isole, con valori particolarmente elevati in Molise (14,0%), Puglia (13,2%), Sicilia (12,5%), Abruzzo (12,3%), Calabria (12,1%) e Campania (12,0%), tutte regioni nettamente al di sopra del dato medio italiano.

Altrettanto evidente è il gradiente sociale secondo cui questa patologia risulta sistematicamente più diffusa nei

gruppi sociali più svantaggiati e aumenti al diminuire del livello socioeconomico e culturale della popolazione.

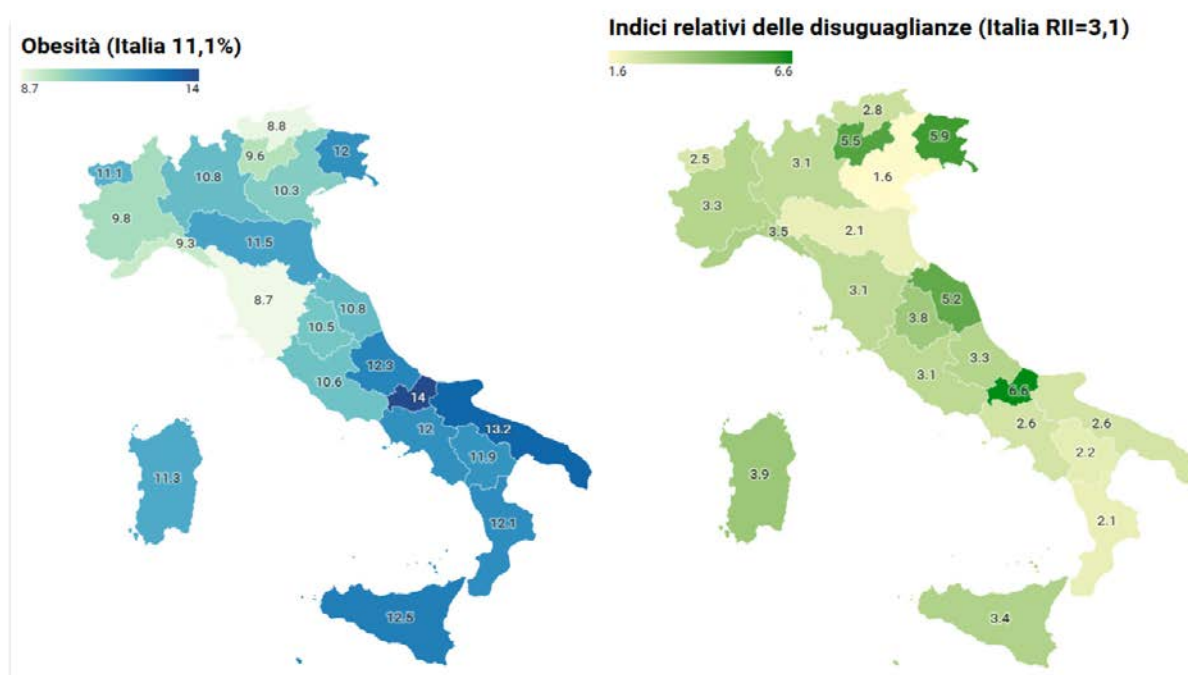
Nell'ambito di ciascuna regione, sono state analizzate le disuguaglianze sociali nell'obesità attraverso l'indicatore Relative Index of Inequality (RII)³. Con tale indicatore si intende misurare l'ampiezza del divario per titolo di studio nella prevalenza dell'obesità: esso assume un valore pari a 3,1 a livello nazionale, indicando che l'obesità è circa tre volte più frequente tra i gruppi socialmente meno avvantaggiati rispetto a quelli più favoriti. Anche in questo caso emergono significative differenze territoriali (Figura 4 - a destra): valori di RII particolarmente elevati si osservano in Molise (6,6), Friuli-Venezia Giulia (5,9), Provincia autonoma di Trento (5,5) e Marche (5,2). In questi contesti, pur in presenza di prevalenze talvolta non particolarmente elevate, le disuguaglianze sociali risultano molto marcate. Al contrario, RII più contenuti si registrano in Veneto (1,6) e, in misura minore, in Emilia-Romagna, Calabria e Basilicata (valori intorno a 2), suggerendo una distribuzione dell'obesità più omogenea tra i diversi gruppi socio-economici.

L'analisi congiunta dei due indicatori consente di distinguere diversi profili regionali: l'associazione tra alta prevalenza e alto RII (come nel Molise) segnala una situazione di doppia criticità, caratterizzata da livelli elevati di obesità e forti disuguaglianze sociali; prevalenze basse o intermedie accompagnate da RII elevati (ad esempio in Trentino-Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia) indicano invece una forte concentrazione del fenomeno nei gruppi più svantaggiati; infine, prevalenze medio-alte associate a RII contenuti (come in Veneto) suggeriscono una diffusione più uniforme dell'obesità tra le classi sociali.

Nel complesso, nel 2025 l'obesità in Italia si conferma un problema di sanità pubblica rilevante, non solo per la sua diffusione, ma anche per le marcate disuguaglianze socio-economiche che la caratterizzano, con intensità variabile tra le regioni. I dati sottolineano la necessità di strategie di prevenzione mirate, capaci di intervenire sia sui livelli complessivi di prevalenza sia sul gradiente di disuguaglianza, con particolare attenzione ai territori in cui l'indicatore RII risulta più elevato.

³ Il Relative Index of Inequality (RII) è un indice sintetico che permette di riassumere in un solo valore - e quindi di confrontare - tutto il differenziale di rischio espresso dalla scala sociale (in questo caso è misurata attraverso il titolo di studio conseguito), nel manifestarsi di un evento avverso (morte, malattia, determinate di salute, ecc.). L'indice RII, stimato mediante regressione logistica, sintetizza il rischio di obesità tra le persone con al massimo licenza media comparato alle persone che hanno conseguito la laurea. Ad esempio RII=2 indica che le persone con la licenza media hanno un rischio doppio di sperimentare l'eccesso di peso rispetto alle persone con la laurea.

Figura 4. Persone di 18 anni e più affette da obesità per regione (tassi standardizzati per 100 persone) (a sinistra) e disuguaglianze sociali nelle regioni italiane (Indici relativi di disuguaglianza*) (a destra). Anno 2025



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

* Gli indici relativi di disuguaglianza (Relative Index of Inequality - RII) consentono di documentare i livelli di disuguaglianza sociale (rispetto al titolo di studio) del fenomeno (l'obesità) all'interno di ciascuna regione (cfr. nota 3).

La diffusione della sedentarietà in Italia

Il contrasto alla diffusione dell'obesità passa anche attraverso l'adozione di stili di vita salutari nel corso della vita, e tra questi la pratica regolare di esercizio fisico - sia che si tratti di uno sport o di una qualsiasi attività motoria che impegni in modo armonico l'apparato muscolo scheletrico - rappresenta un fattore rilevante per il benessere e la salute a tutte le età. Nonostante il trend sia in miglioramento rispetto ai decenni passati, i livelli di attività fisica nel nostro paese rimangono tra i più bassi in Europa, con quote maggiori di popolazione del tutto sedentarie.

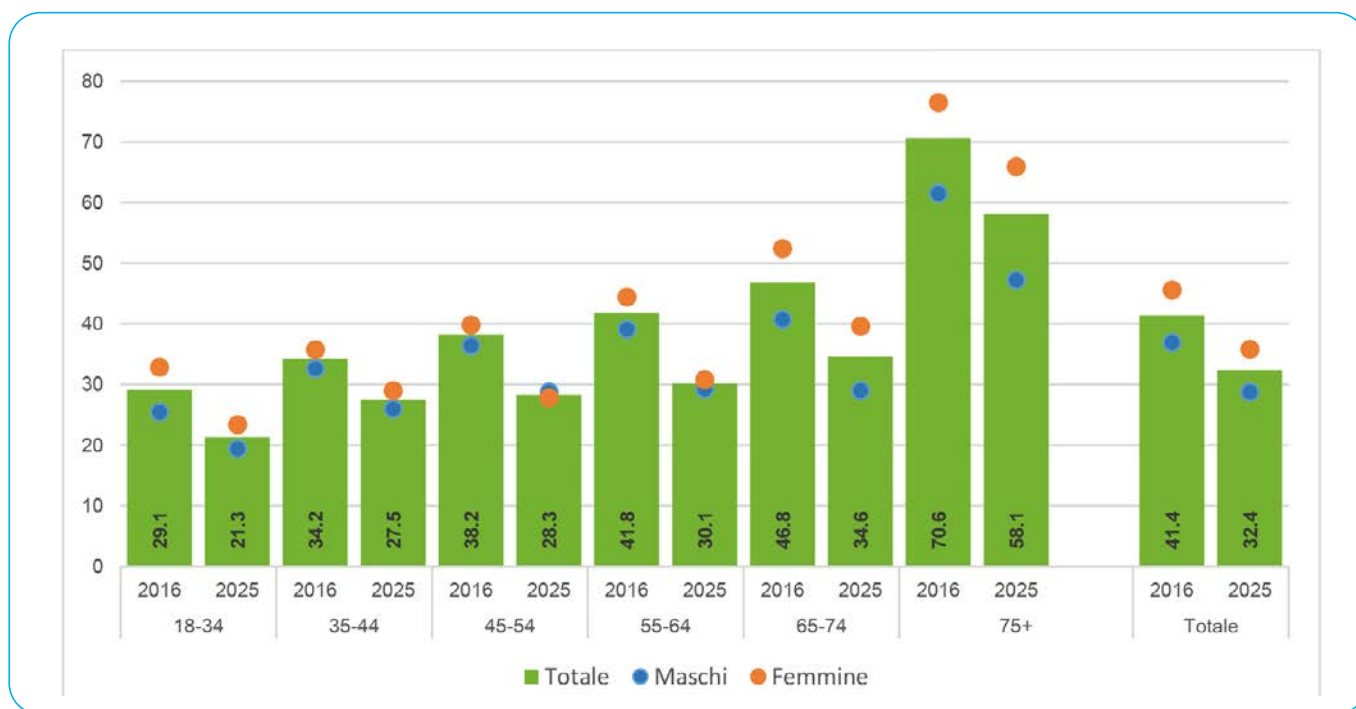
Nel 2025 in Italia la quota di persone adulte che dichiara di non praticare sport, né di svolgere qualche attività fisica come, ad esempio, fare passeggiate di almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta nel tempo libero, si attesta al 32,4%, collocando l'Italia agli ultimi posti nella graduatoria dei Paesi europei.

Tuttavia, negli ultimi 10 anni la riduzione complessiva della sedentarietà è di quasi 10 punti percentuali (era pari a 41,4% nel 2016). Il calo interessa entrambi i sessi e tutte le classi di età, seppur con intensità differenziata. Si confermano le ben note differenze di genere a svan-

taggio delle donne: nel 2025 la quota di persone sedentarie è pari al 35,8% tra le donne, a fronte del 28,8% tra gli uomini; nel 2016 i valori erano rispettivamente del 45,6% e del 36,9%. Anche quando si confrontano i tassi depurati dalla diversa distribuzione per età e genere, e nel tempo, le distanze tra donne e uomini restano nette (rispettivamente 32,9% vs 28,1% nel 2025 e 43,7% vs 37,1% nel 2016).

L'analisi per età evidenzia una relazione crescente tra sedentarietà ed età anagrafica. Le percentuali più contenute si rilevano tra i giovani di 18-34 anni (21,3% nel 2025), mentre i livelli aumentano progressivamente nelle classi di età successive, raggiungendo i valori massimi tra le persone di 75 anni e oltre. Rispetto al 2016, si è ridotta la sedentarietà in tutte le fasce di età, con decrementi che risultano significativi anche tra gli anziani (Figura 5): in particolare tra le persone di 65-74 anni la quota passa dal 46,8% nel 2016 al 34,6% nel 2025 e tra gli over 75, a fronte di oltre il 70% del 2016, la percentuale scende al 58,1% della popolazione, con un maggior contributo della componente maschile (dove si riduce dal 61,5% al 47,2%).

Figura 5. Persone di 18 anni e più sedentarie per sesso e classe di età. Anni 2016 e 2025 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Sul territorio persiste il gradiente Nord-Sud nella popolazione di 18 anni e più. In 10 anni la riduzione della sedentarietà è più elevata al Centro-Nord: infatti al Nord la quota si riduce del 38% (da 30,5% al 22,1% tassi standardizzati), di un terzo nel Centro, invece nel Mezzogiorno il calo è del 26% (da 55,0% a 43,5%). In quest'area del paese i tassi sono quasi doppi tra gli adulti (18-64 anni) rispetto al Nord e comunque molto elevati tra gli anziani (59,3% del Mezzogiorno vs 35,0% del Nord). Nonostante i miglioramenti, anche nel 2025 emergono livelli di sedentarietà ancora elevati, soprattutto nella popolazione anziana e in particolare tra le donne. La quota più elevata di donne anziane sedentarie, pari al 66,9%, si registra nel Mezzogiorno.

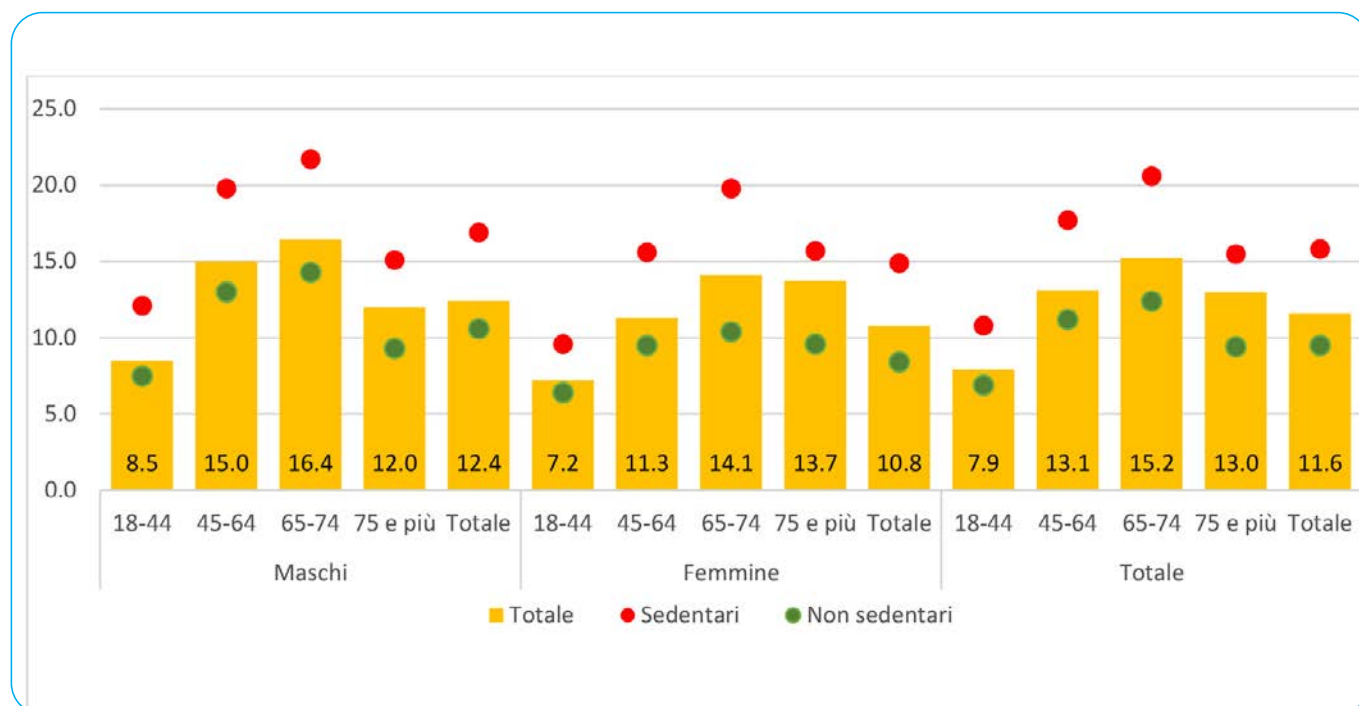
Stili di vita delle persone con obesità

La quota di persone con problemi di obesità aumenta tra le persone sedentarie: a fronte del tasso di obesità complessivo dell'11,6%, tra i sedentari raggiunge il 15,8% e tra i non sedentari si attesta al 9,5%. Questo divario non dipende dalla maggiore presenza di anziani tra le persone sedentarie, così come tra le persone con obesità, perché si verifica in tutte le classi di età, sia tra gli uomini che tra le donne. Tra tutti i giovani adulti (18-44 anni), le

quote di obesità sono pari a 10,8% tra i sedentari e 6,9% tra i non sedentari, con un divario ancora maggiore tra i giovani maschi (12,1% vs 7,5%), come evidenzia la figura 6. Il divario più ampio si rileva tra i giovani anziani (65-74 anni), in particolare tra le donne, con un tasso di obesità quasi doppio, pari al 19,8% tra quante non svolgono alcuna attività fisica, rispetto al 10,4% tra chi invece la pratica.

Inoltre, le persone con obesità, rispetto a quelle normopeso, sembrano prestare minore attenzione al controllo del consumo quotidiano di alimenti ricchi di grassi, sale e zuccheri, come snack salati (ad esempio patatine o salatini o salumi), dolci (torte farcite, gelati) e bevande zuccherate o alcoliche, come bibite gassate (esclusa l'acqua) e birra. Differenze significative di oltre 4 punti percentuali si rilevano in tutte le fasce di età, e in particolare tra gli adulti di 45-64 anni, dove tra i normopeso il 28,2% dichiara di assumere almeno uno di questi alimenti con una frequenza giornaliera, mentre tra le persone con obesità la quota aumenta al 34,2% e ancor più se uomini (40,4%). Tra i giovani adulti (18-44enni) le differenze riguardano solo le donne: il 29,9% delle donne normopeso dichiara un consumo giornaliero degli alimenti conside-

Figura 6. Persone di 18 anni e più affette da obesità, per presenza di sedentarietà, sesso e classe di età. Anno 2025 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

rati a fronte del 35,8% delle coetanee affette da obesità. Tra gli anziani nel complesso la quota tra i normopeso è pari al 21,7%, contro il 26,4% tra le persone con obesità.

Riguardo ad altri comportamenti poco salutari, come l'abitudine al fumo, le persone con obesità mostrano quote di fumatori superiori rispetto al gruppo delle persone normopeso solo tra gli adulti più giovani (18-44 anni), tra cui dichiara di fumare il 28,8% se si tratta di persone obese e il 24,3% se non hanno problemi di peso. Nelle altre fasce di età non si notano differenze e tra gli anziani le prevalenze di fumatori sono più basse tra le persone obese rispetto a quelle normopeso (9,1% vs 11,9%), in particolare tra le donne (6% vs 10,7%).

L'eccesso di peso nell'età evolutiva

Nel biennio 2024-2025 si stima che in Italia oltre un ragazzo su quattro tra i 3 e i 17 anni (26,0%) sia in eccesso di peso. Analizzando il fenomeno per fasce d'età, emerge come la diffusione sia particolarmente elevata tra i bambini di 3-10 anni, dove la quota raggiunge il 32,3%. I va-

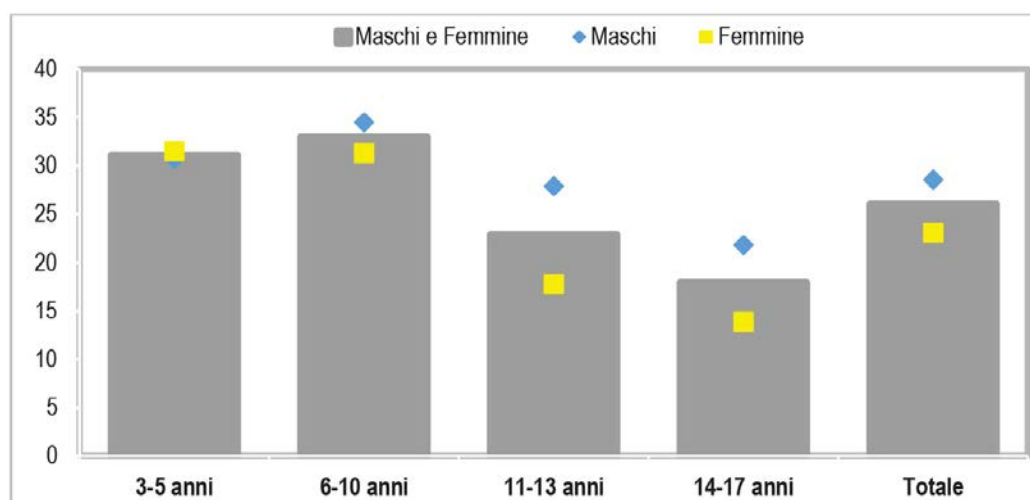
lori più elevati si registrano tra le bambine di 3-5 anni e i bambini maschi di 6-10 anni (Figura 7).

All'aumentare dell'età, la prevalenza di sovrappeso e obesità tende progressivamente a ridursi, fino a toccare il valore minimo tra gli adolescenti di 14-17 anni (17,9%). La relazione tra età ed eccesso di peso si conferma stabile nel tempo, con livelli sistematicamente più elevati nelle fasce più giovani della popolazione.

Come già osservato in passato, anche nel biennio 2024-2025 si conferma una marcata differenza di genere: i maschi presentano una prevalenza più alta di eccesso di peso rispetto alle femmine (28,6% contro 23,1%). Queste differenze diventano particolarmente evidenti a partire dalla fascia d'età 6-10 anni e tendono ad aumentare nelle età successive.

L'andamento degli ultimi anni evidenzia una diminuzione del fenomeno tra il 2010-2011 e il 2016-2017, con un calo dal 28,5% al 25,5%, seguita da una fase di sostanziale stabilità fino al 2018-2019. A partire dal 2020-2021 si registra invece una nuova crescita, proseguita fino al 2021-2022,

Figura 7. Bambini e ragazzi di 3-17 anni in eccesso di peso per sesso e classe di età. Media 2024-2025 (tassi per 100 persone)



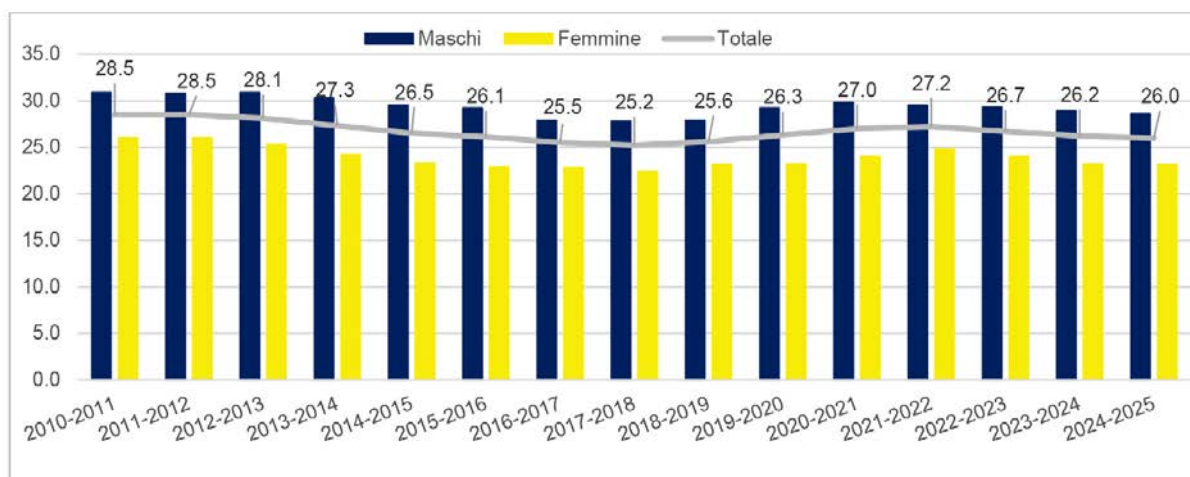
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

quando il valore ha raggiunto il 27,2%. Dal biennio 2022-2023 si osserva una nuova flessione, che sta progressivamente riportando i livelli verso i valori prepandemici. (34,6%) (Figura 8).

Come per gli adulti, anche per i bambini e i ragazzi si osserva un significativo gradiente territoriale, consolidatosi nel tempo. Le prevalenze di sovrappeso e obesità tra i mi-

nori aumentano significativamente, infatti, passando dal Nord al Sud del Paese. La geografia del problema è tale che delle otto regioni che presentano valori di eccesso di peso superiori alla media nazionale sette si trovano nel Mezzogiorno; si aggiunge il Lazio, sostanzialmente in linea con la media (26,1%). I livelli più elevati, con oltre un terzo di ragazzi in eccesso di peso, si registrano in Campania (36,8%), Calabria (35,7%) e Sicilia.

Figura 8. Bambini e ragazzi di 3-17 anni in eccesso di peso per genere. Media 2010-2011 - 2024-2025 (tassi per 100 persone)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Familiarità dell'eccesso di peso nei minori

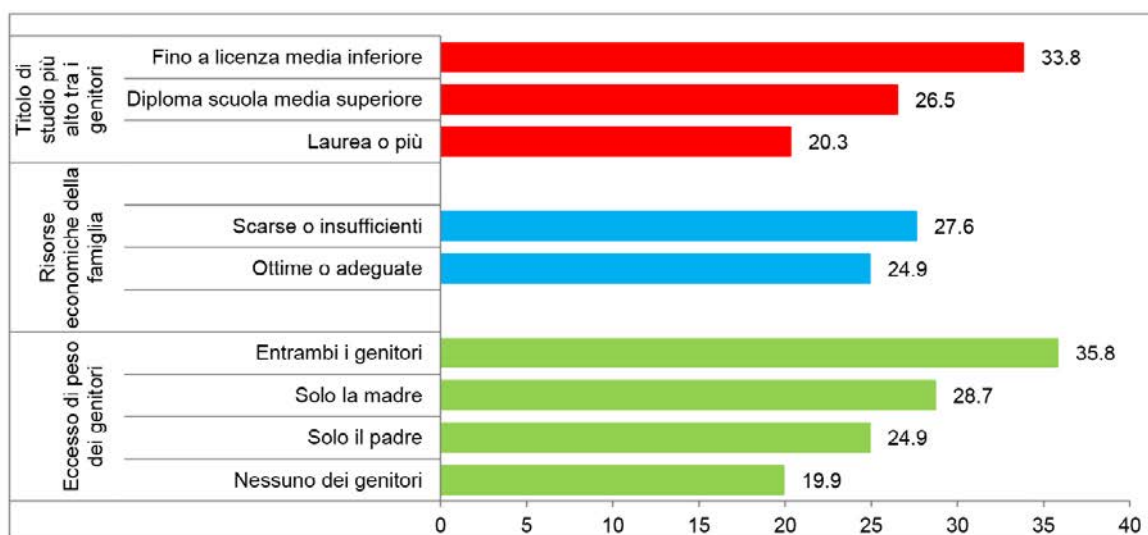
I comportamenti dei genitori influenzano in misura significativa quelli dei figli, soprattutto durante l'infanzia e l'adolescenza. La famiglia costituisce infatti un contesto centrale nella trasmissione intergenerazionale di abitudini, conoscenze, valori e stili di vita. A questo si aggiunge la condivisione dello stesso contesto socio-economico, che può incidere sulla maggiore o minore propensione a adottare comportamenti a rischio, come emerge anche considerando il livello di istruzione dei genitori.

L'eccesso di peso presenta una marcata componente familiare: tra bambini e ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in sovrappeso o obeso, la prevalenza dell'eccesso ponderale risulta costantemente più elevata rispetto a quella osservata tra i coetanei con ge-

nitori normopeso. Nel biennio 2024-2025, la quota raggiunge il 35,8% quando entrambi i genitori sono in eccesso di peso, il 28,7% se la condizione riguarda soltanto la madre e il 24,9% se interessa esclusivamente il padre; il valore scende invece al 19,9% quando nessuno dei due genitori presenta tale condizione (Figura 9).

Anche le condizioni socioeconomiche e culturali della famiglia incidono in modo rilevante: l'eccesso di peso è infatti più diffuso tra i minori che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti (27,6%, contro il 24,9% di chi dispone di risorse adeguate o ottime). Analogamente, il fenomeno risulta più frequente nelle famiglie con un basso livello di istruzione (33,8%), rispetto a quelle in cui almeno un genitore possiede un titolo universitario o superiore (20,3%).

RFigura 9. Bambini e ragazzi di 3-17 anni in eccesso di peso per genere, titolo di studio più alto dei genitori, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori (*) - Media 2024-2025 (tassi per 100 persone)



*Si considerano solo i bambini e ragazzi che vivono con almeno un genitore

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Dati regionali sull'obesità

Alessia D'Errico

Laura Iannucci

Istat

Antonio Nicolucci

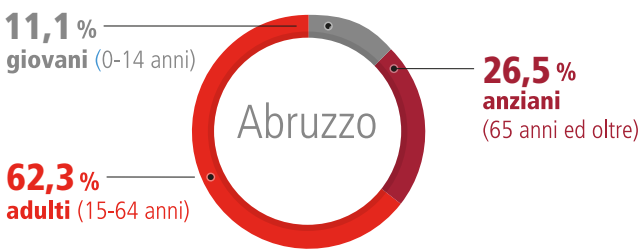
Coresearch

Federico Serra

IBDO Foundation

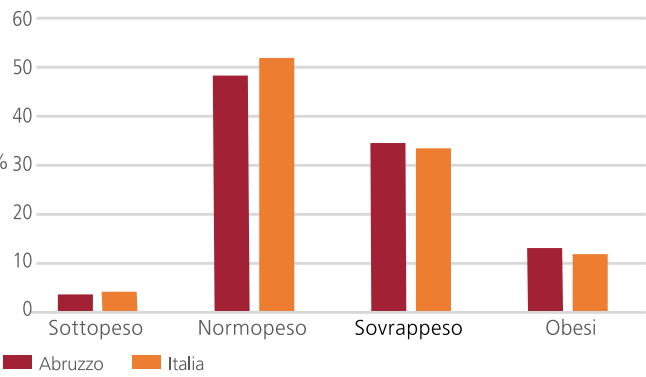
I dati dell'obesità in Abruzzo (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)



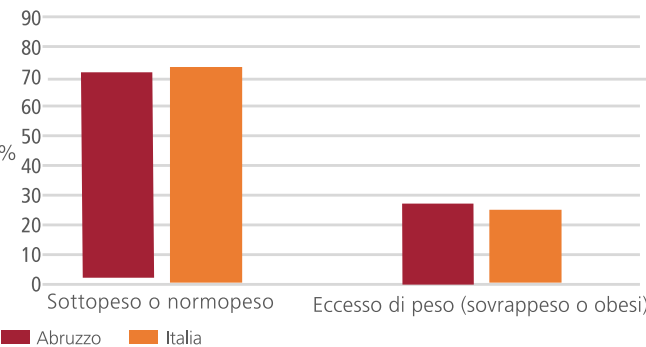
	Abruzzo	Italia
Popolazione residente	1.267.200	58.942.800
Età media	47,9	46,6
Speranza di vita (M/F)	81,7/85,8	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	7,5%	9,4%

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



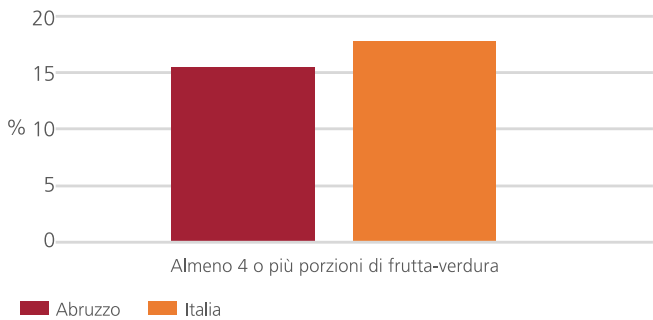
Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)

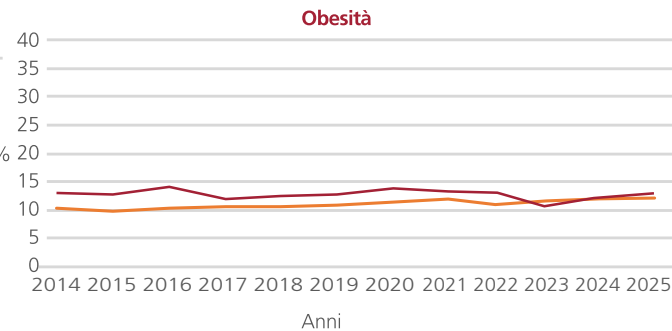
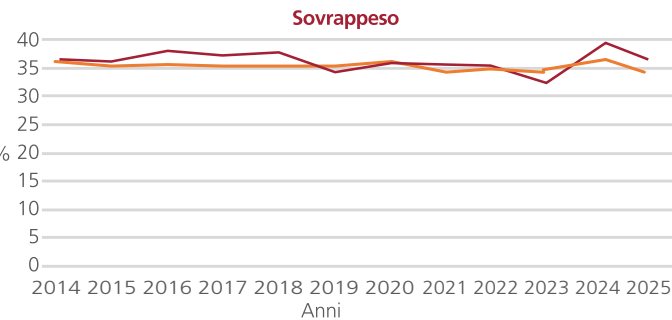


Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)

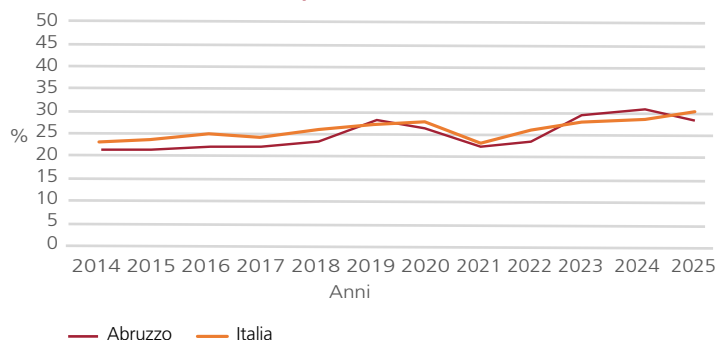


% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025

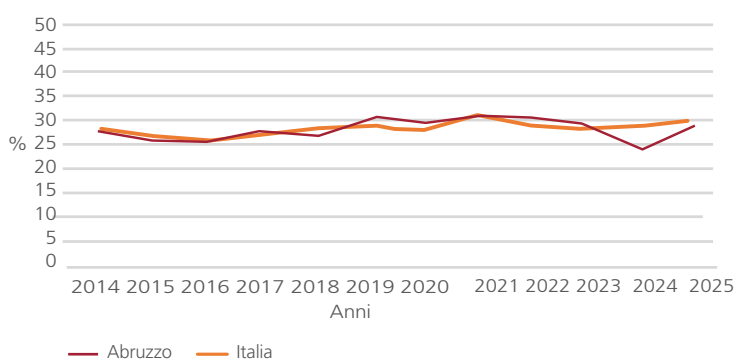


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT ANNI 2014 - 2025

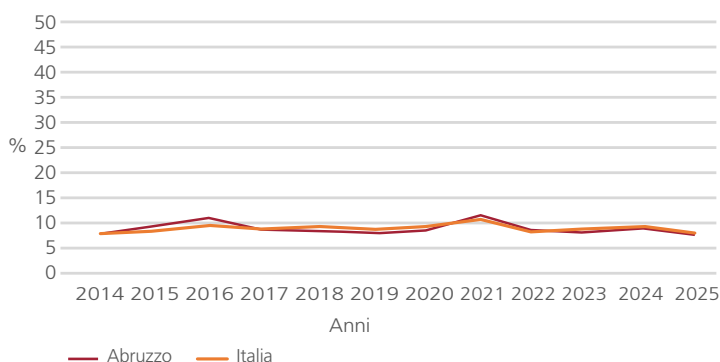
Praticano sport in modo continuativo



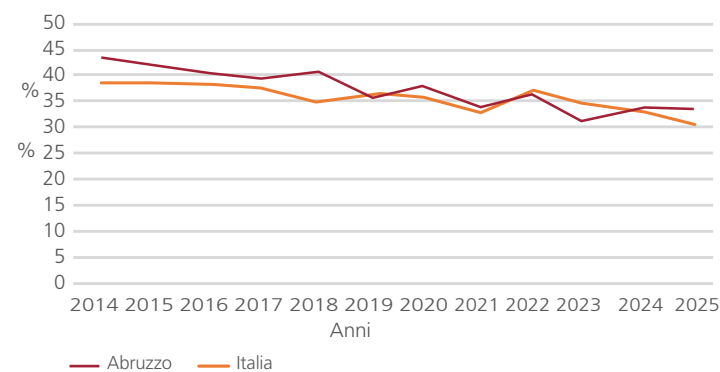
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



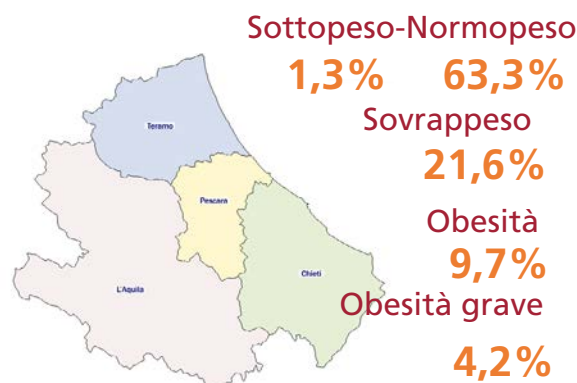
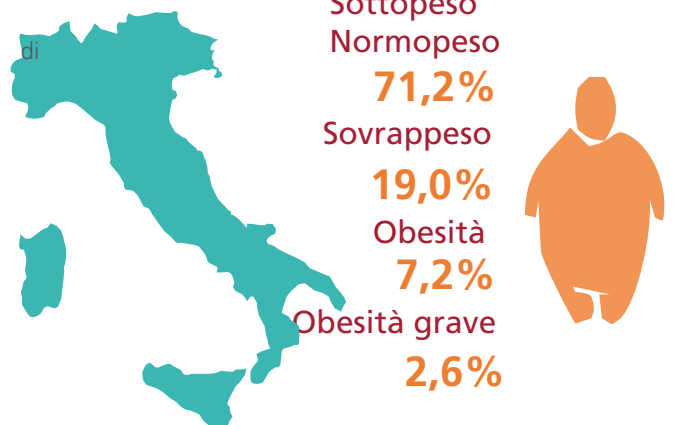
Non praticano né sport né attività fisica



Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

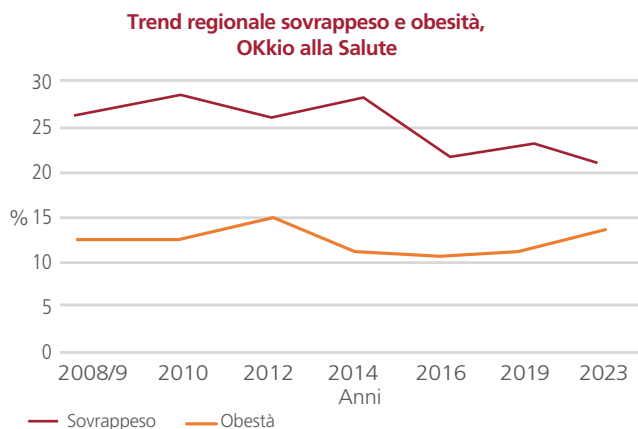
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023

Il 35% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 24.060, di cui obesi 7.974.

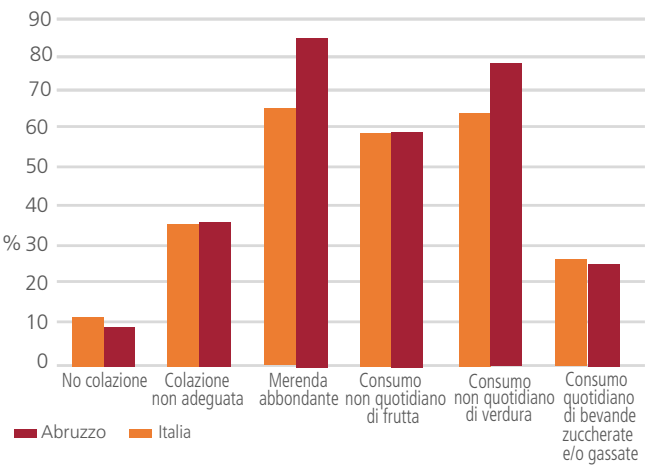


CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

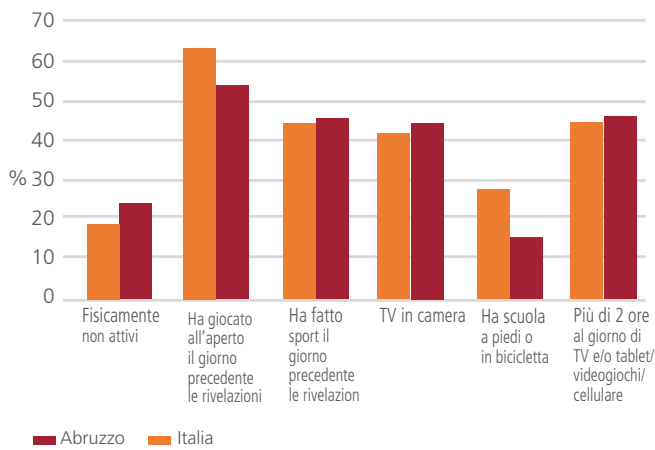
Rispetto alle precedenti rilevazioni nella regione Abruzzo si assiste ad un leggero aumento della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.



CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI
OKKIO ALLA SALUTE, 2023



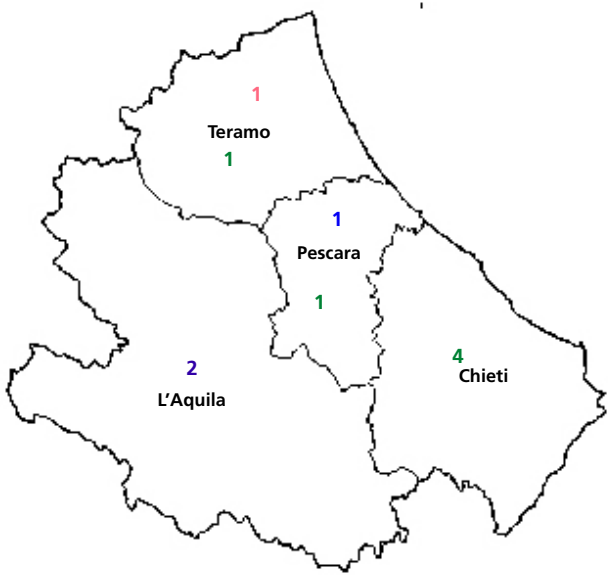
ATTIVITÀ FISICA-SEDENTARIETÀ



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	62.1	55.4	68.4	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	76.2	73.0	79.7	74.5	73.6	75.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	54.0	47.2	60.7	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	24.8	21.6	28.2	33.1	32.2	34.0

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, ABRUZZO



- 1 Centri SIO
- 3 Centri SICOB
- 6 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno-2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilslkFOljoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0>

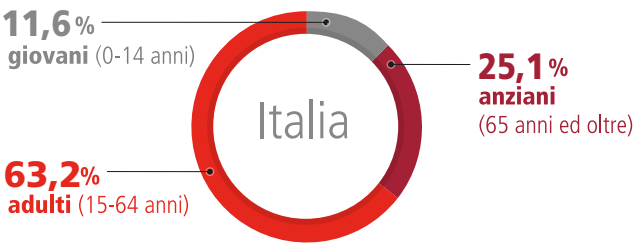
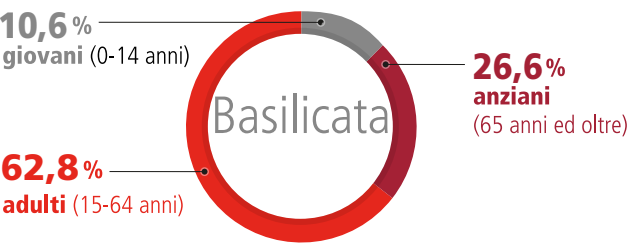
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3FIl3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilslkFOljoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVT110a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

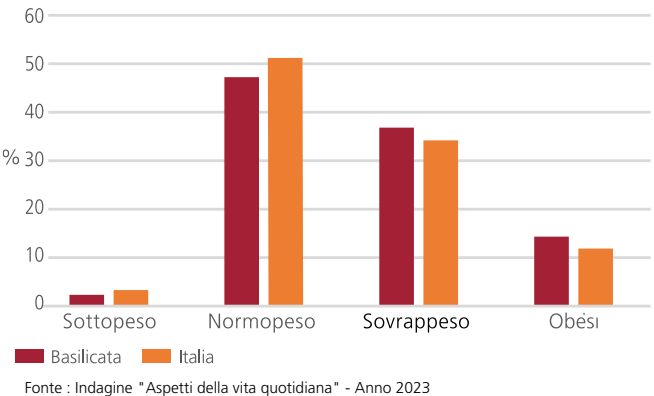
I dati dell'obesità in Basilicata (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

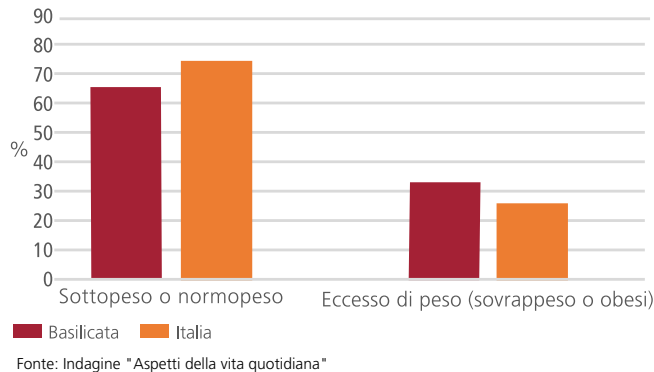


	Basilicata	Italia
Popolazione residente	525.300	58.942.800
Età media	47,9	47,1
Speranza di vita (M/F)	80.9/85.4	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	7,5%	9,4%

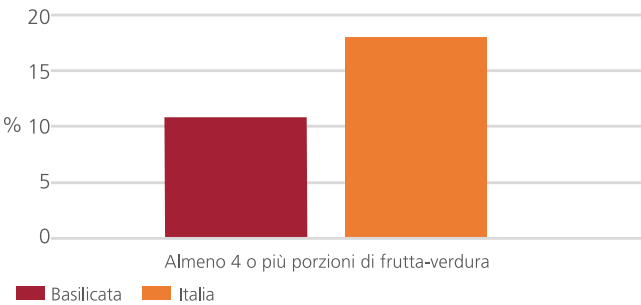
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



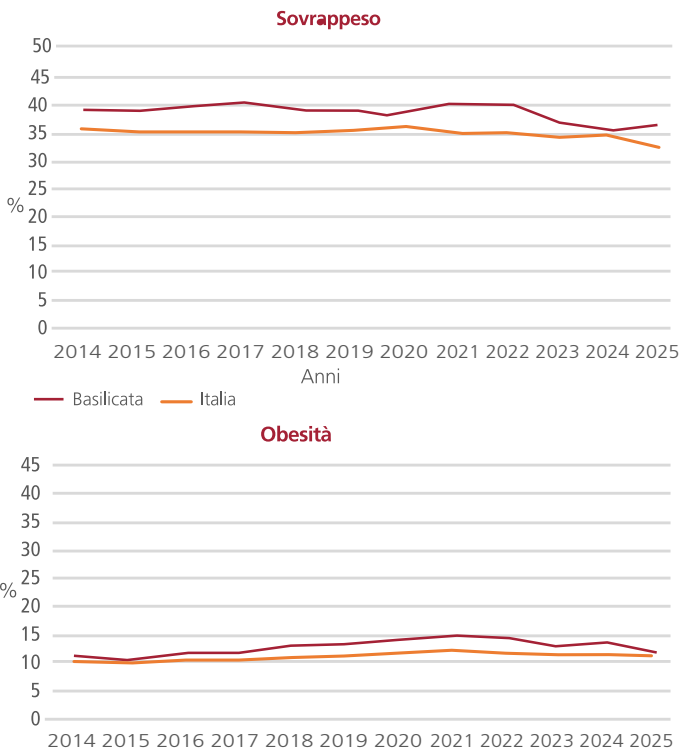
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)

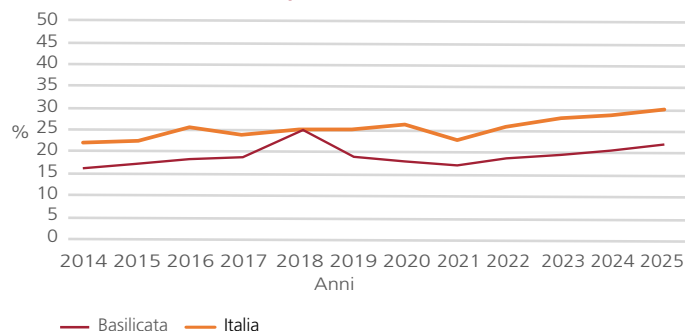


% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025

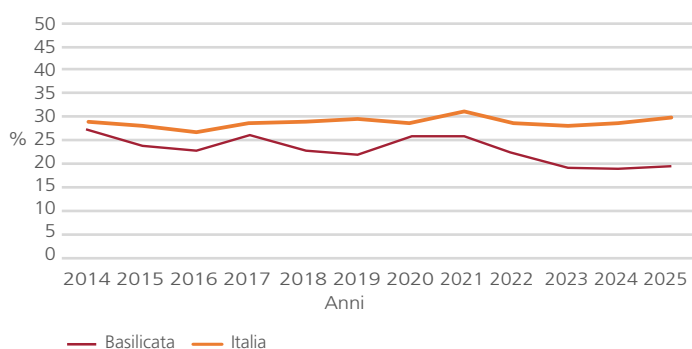


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2014 - 2025

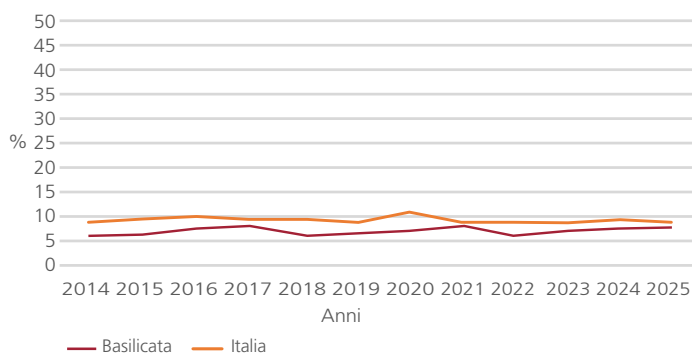
Praticano sport in modo continuativo



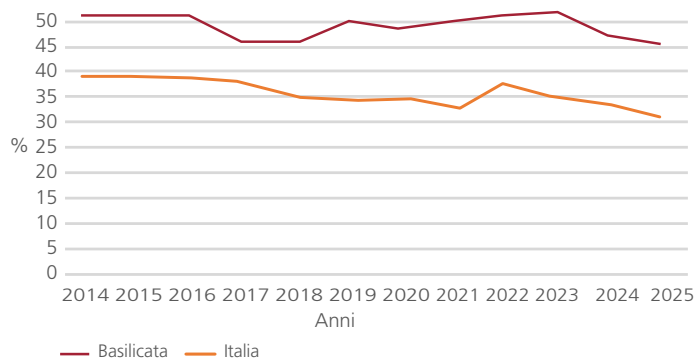
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



Non praticano nè sport nè attività fisica



Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2023

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI %, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2016 i bambini in sovrappeso sono il 23,9% e gli obesi sono il 13,1%, compresi i gravemente obesi che rappresentano il 4,5%.



Sottopeso

Normopeso

71,2%

Sovrappeso

19,0%

Obesità

7,2%

Obesità grave

2,6%



(DATI 2016)

Sottopeso-Normopeso

1,1% - 61,9

Sovrappeso

23,9%

Obesità

8,7%

Obesità grave

4,5%

(DATI 2023)

Sottopeso

Normopeso

63,5%

Sovrappeso

22,5%

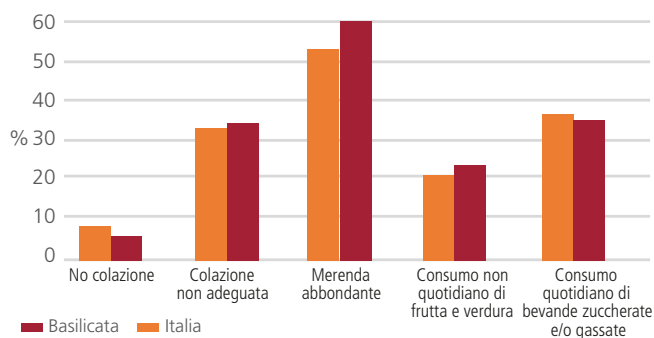
Obesità

Obesità grave

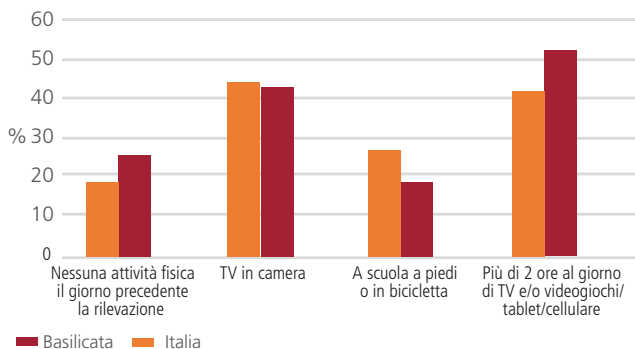
14,0%



CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI OKKIO ALLA SALUTE, 2023



ATTIVITÀ FISICA-SEDENTARIETÀ



Attenzione degli operatori sanitari

	Regione			Italia			Valore più basso	Valore nazionale	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup			
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	76.9	68.7	83.4	68.0	66.5	69.5			
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	38.4	33.7	43.4	34.5	33.6	35.5			
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	58.3	49.7	66.5	50.3	48.6	51.9			
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	39.5	34.6	44.6	33.1	32.2	34.0			



- 0 Centri SIO
- 1 Centri SICOB
- 5 Centri Obesity Day

REFERENCE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWfpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUslYiOilwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilslkFOLjoiTWfPbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

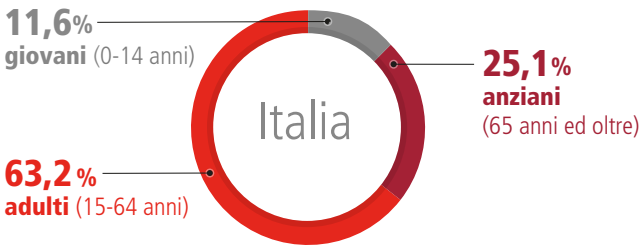
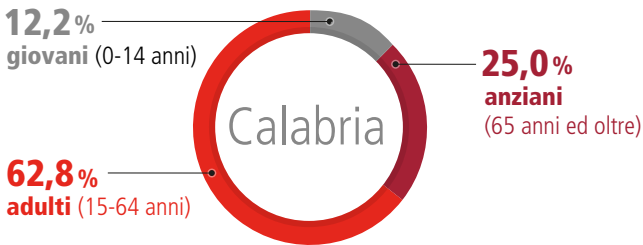
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWfpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUslYiOilwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilslkFOLjoiTWfPbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wI69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

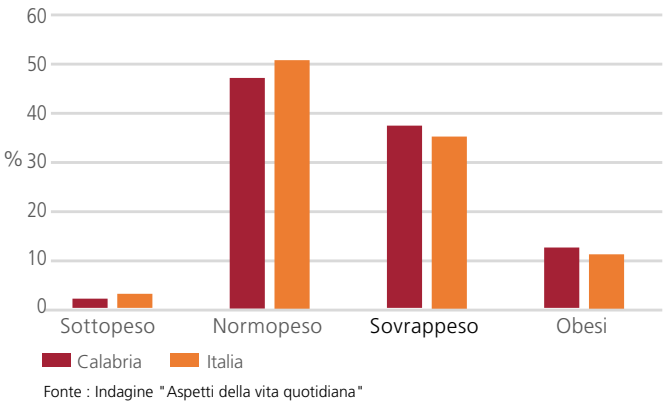
I dati dell'obesità in Calabria (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

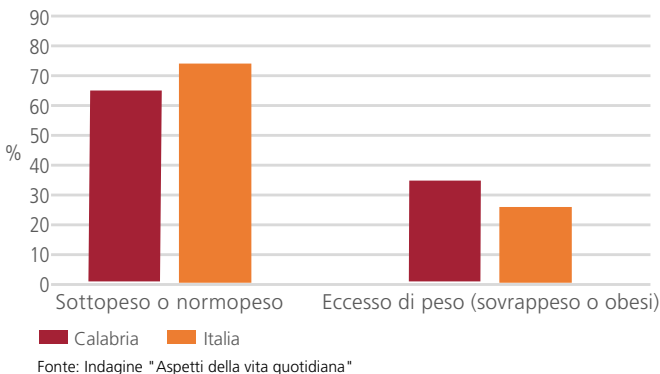


	\$GKGNRIG	-HGKI
Popolazione residente	1.827.600	58.942.800
Eta media	47,9	46,5
Speranza di vita (M/F)	80,8/85,0	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	7,5%	9,4%

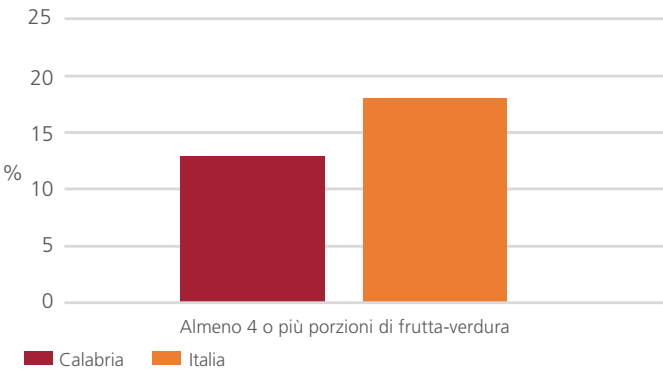
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



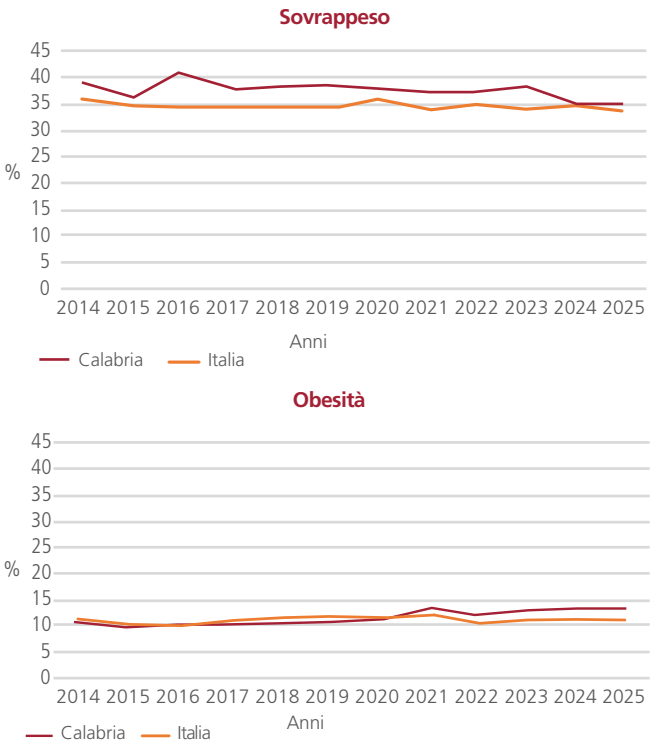
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)

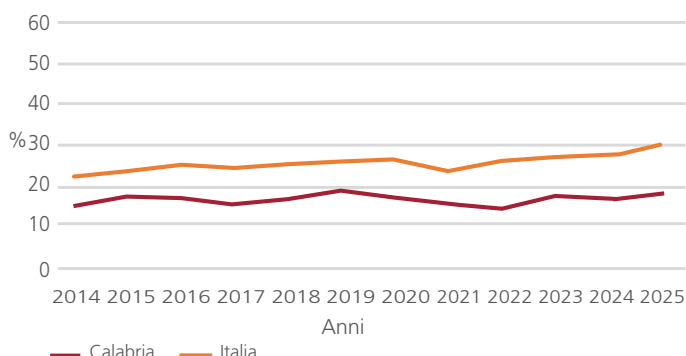


% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025

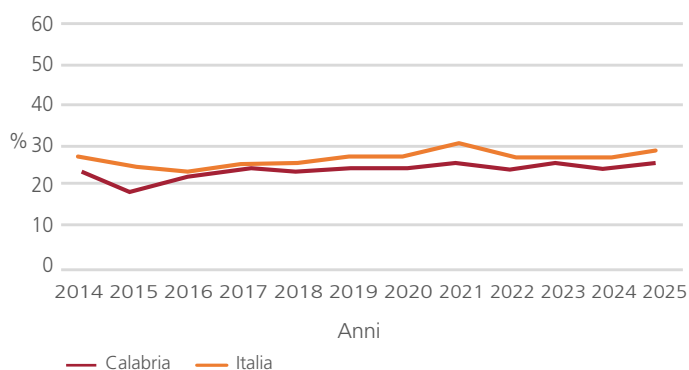


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014 - 2025

Praticano sport in modo continuativo



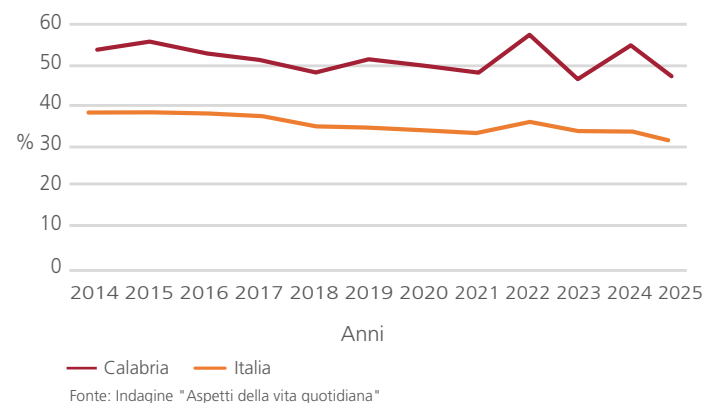
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



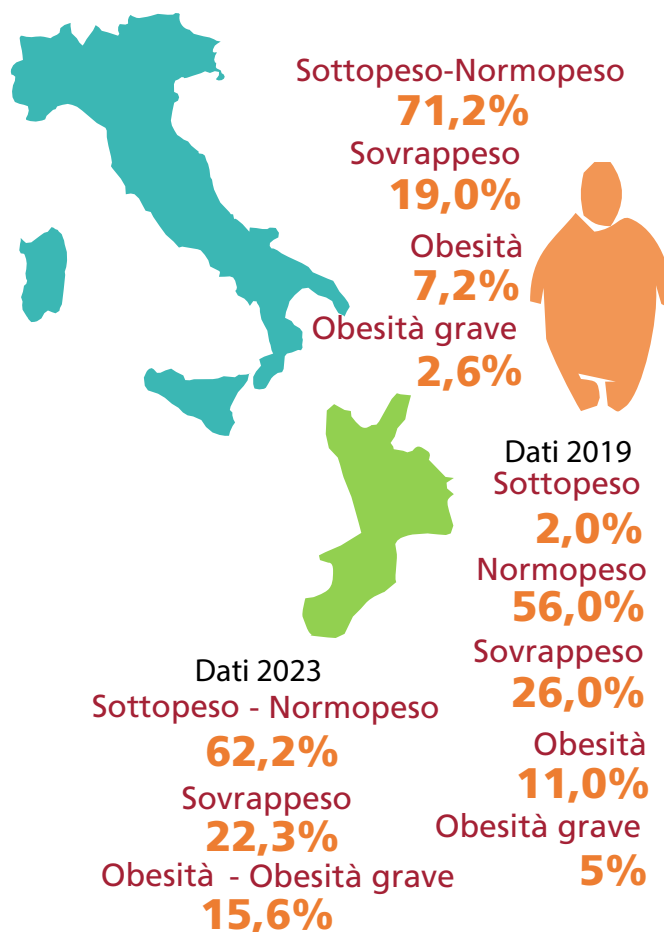
Non praticano nè sport nè attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023

Sovrappeso e obesità nei bambini

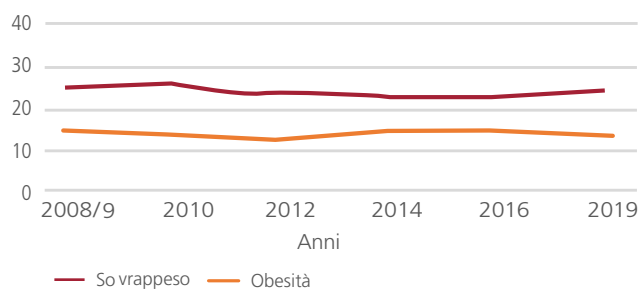
Nel 2019 complessivamente il 42,1% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità, con valori che vanno ben oltre la media nazionale.



Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)

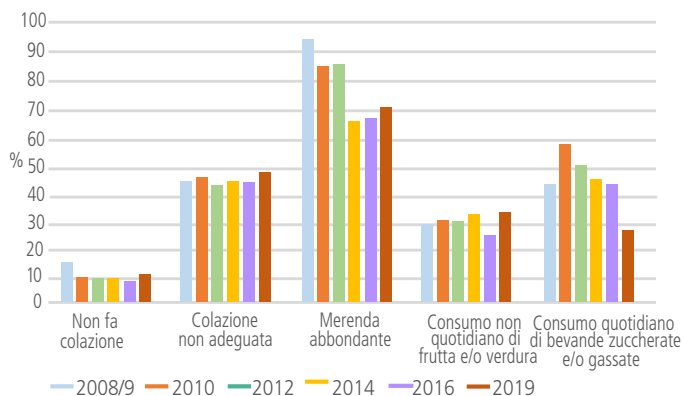
SOVRAPPESO - OBESITÀ

Rispetto alle precedenti rilevazioni permane il problema dell'eccesso di di peso nella popolazione infantile. Non si assiste infatti a grandi variazioni nella prevalenza di bambini in sovrappeso (26,4% nel 2019 versus 25,8% nel 2008/9) e obesi (15,7% nel 2019 versus 15,9% nel 2008/9).



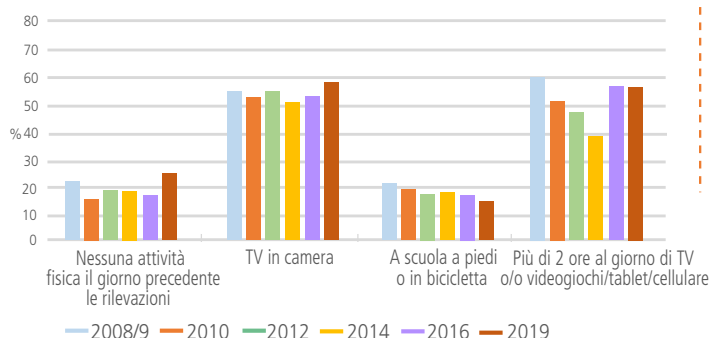
Cattive abitudini alimentari

Confrontando gli ultimi dati con quelli della rilevazione precedente si nota l'aumentata diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Unica nota positiva è la sensibile diminuzione della percentuale di bambini che assumono bibite zuccherate e/o gassare almeno una volta al giorno. Si è passato da un 45% nel 2016 al 28% nel 2019.



Attività fisica e sedentarietà

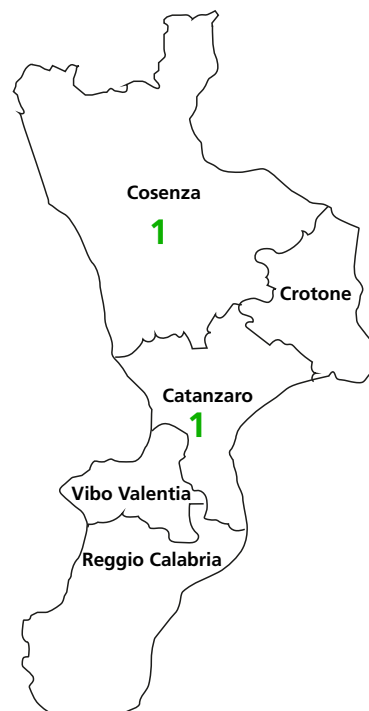
Vi è un preoccupante peggioramento generale delle variabili in studio. I bambini impegnano molto tempo in attività sedentarie, principalmente davanti agli schermi e fanno poca attività fisica, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

	Regione			Italia			Valore più basso	Valore più alto	Valore più alto
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup			
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	46.8	39.2	54.6	68.0	66.5	69.5			
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	28.1	23.1	33.6	34.5	33.6	35.5			
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	28.1	21.8	35.5	50.3	48.6	51.9			
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	25.4	20.9	30.6	33.1	32.2	34.0			

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, CALABRIA



2 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoITWVpbCIsIldlUlJvbnQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

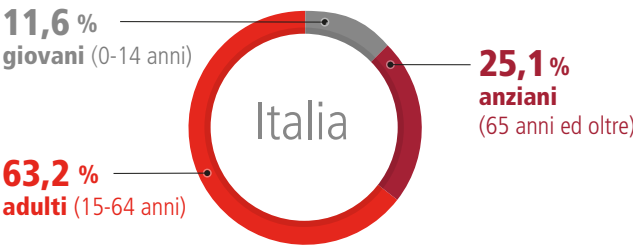
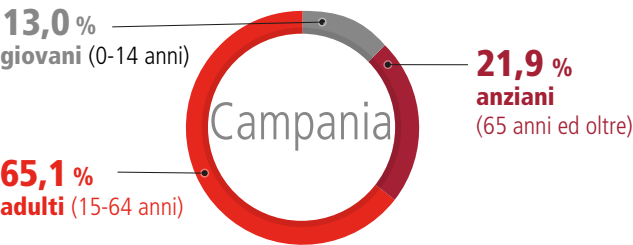
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoITWVpbCIsIldlUlJvbnQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

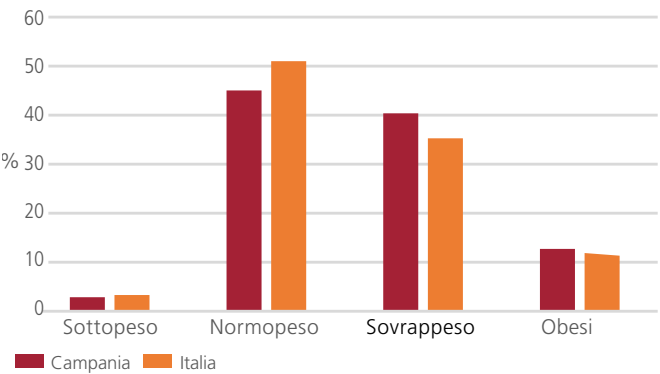
I dati dell'obesità in Campania (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)



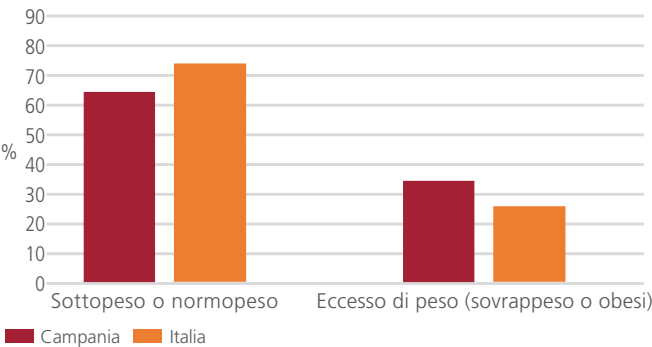
	Campania	Italia
Popolazione residente	5.568.700	58.942.800
Età media	44,8	47,1
Speranza di vita (M/F)	80,1/84,1	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	5,3 %	9,4 %

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



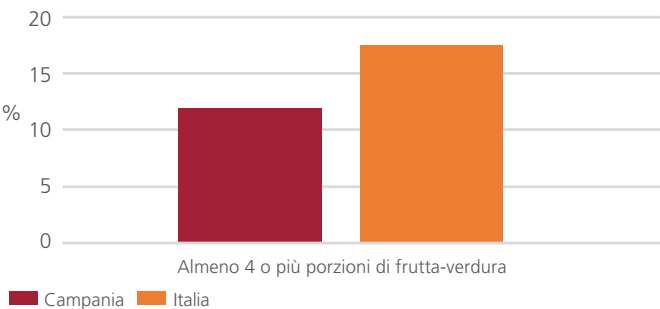
Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)

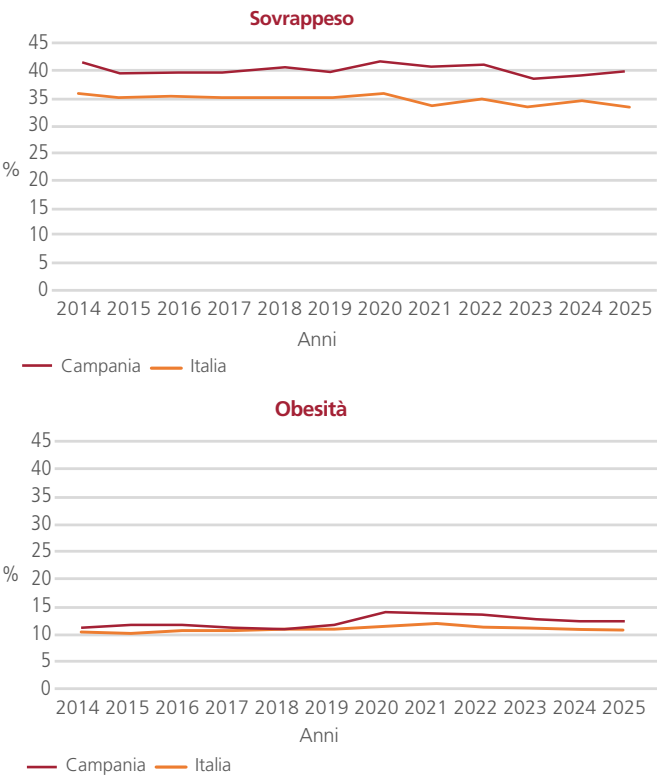


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)

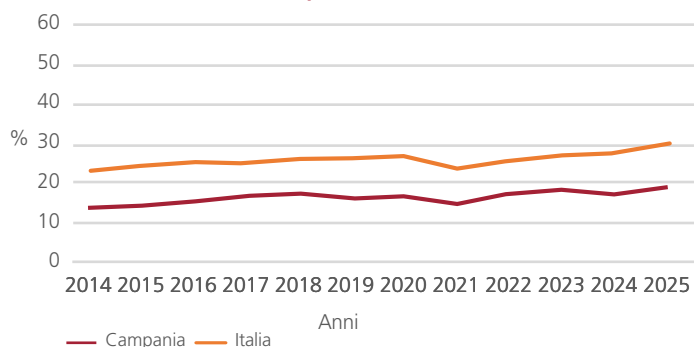


% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025

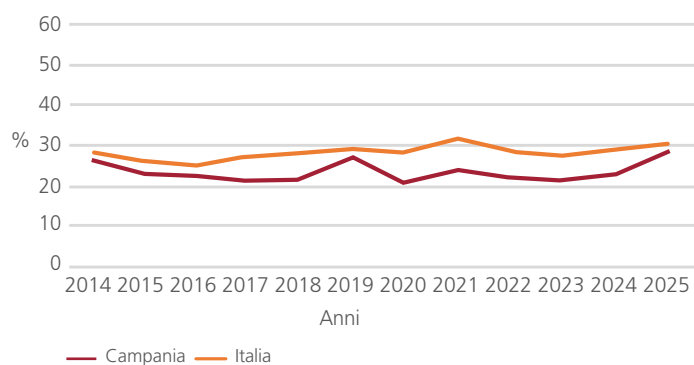


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2014 - 2025

Praticano sport in modo continuativo



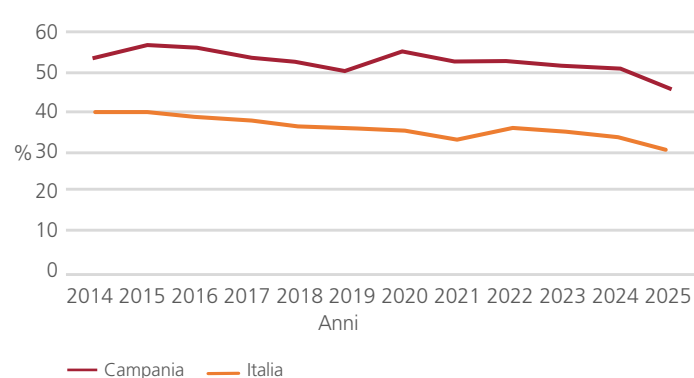
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



Non praticano né sport né attività fisica

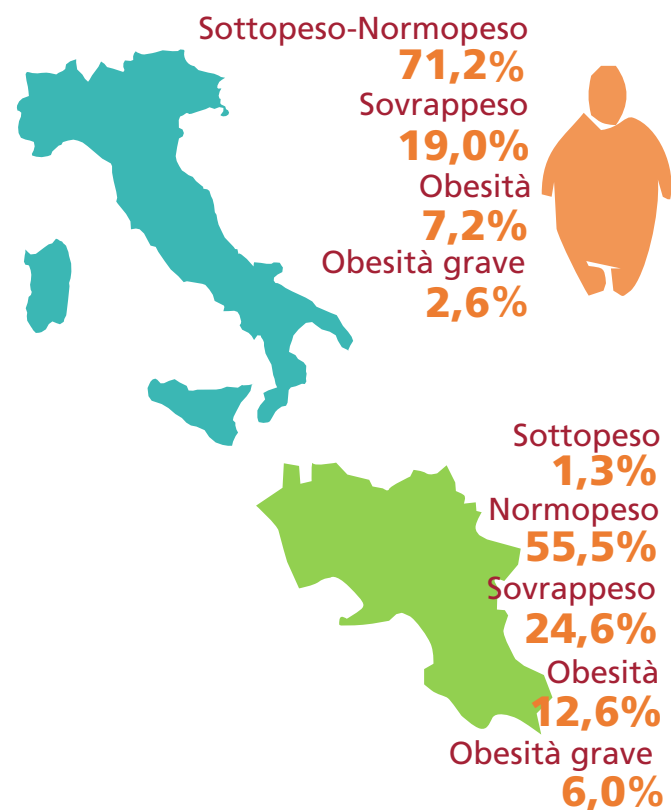


Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023

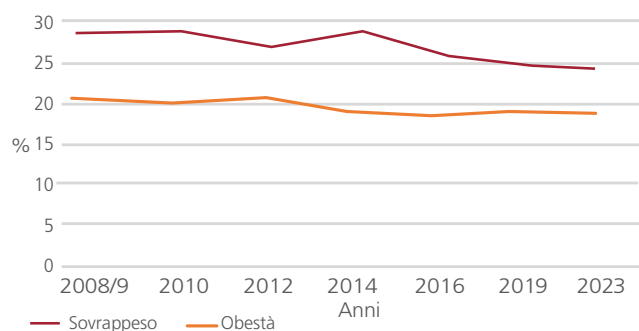
Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 la prevalenza dell'eccesso ponderale nei bambini della Regione Campania è rimasta stabile rispetto al 2016. Rispetto alle altre regioni italiane la Campania continua a mostrare la più alta prevalenza di obesità e, dato ancor più preoccupante, di obesità grave



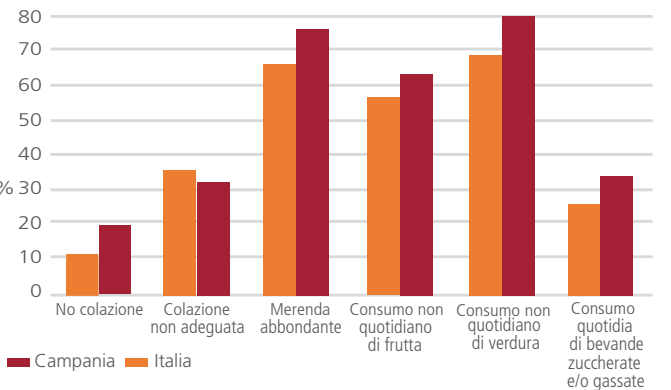
CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Campania OKkio alla Salute



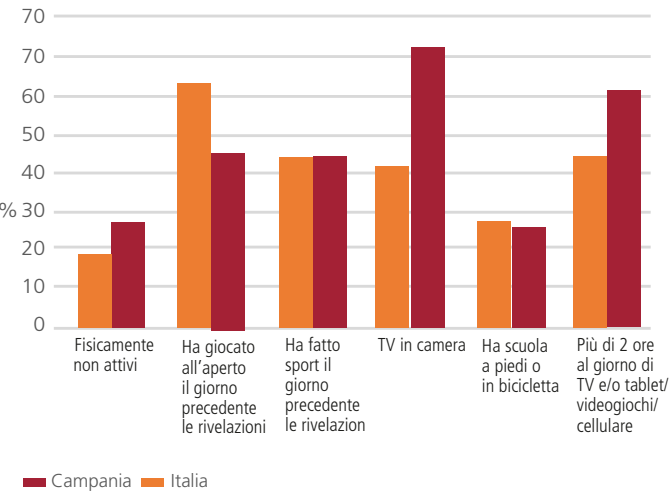
CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI
OKKIO ALLA SALUTE 2023

L'unica abitudine che è costantemente e sensibilmente migliorata è relativa alla merenda inadeguata consumata a scuola; tale risultato è verosimilmente associato a una maggiore efficacia delle azioni degli operatori sanitari del personale della scuola. Anche il consumo di bibite gassate/zuccherate tende a ridursi.



ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ

Non si apprezzano miglioramenti di rilievo relativamente a tutti i dati relativi all'attività fisica. Tale situazione risente molto della scarsa disponibilità di spazi verdi, strutture pubbliche per lo sport. Anche la situazione poco favorevole dei trasporti (contesto urbano, assenza di piste ciclabili traffico) influisce molto negativamente.



REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno-2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C63883592792958907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoITWVpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0>

ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

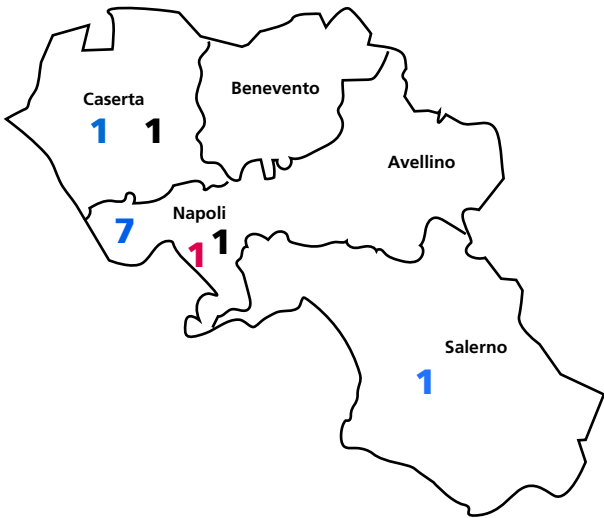
<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoITWVpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nJcrPP4BIRnuOVT110a9wI69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	68.4	63.9	72.5	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	29.9	27.3	32.5	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	44.4	39.6	49.2	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	28.4	25.8	31.2	33.1	32.2	34.0

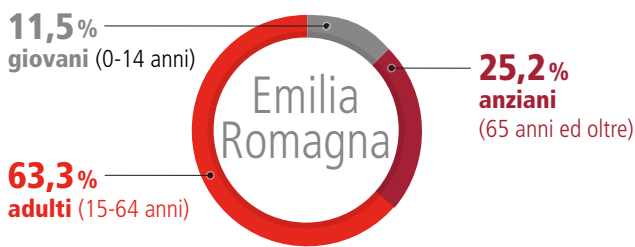
CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, CAMPANIA



- 1 Centri SIO
- 11 Centri SICOB
- 2 Centri Obesity Day

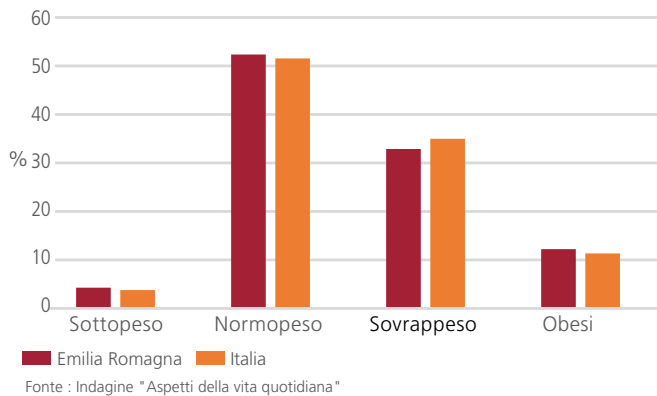
I dati dell'obesità in Emilia Romagna (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

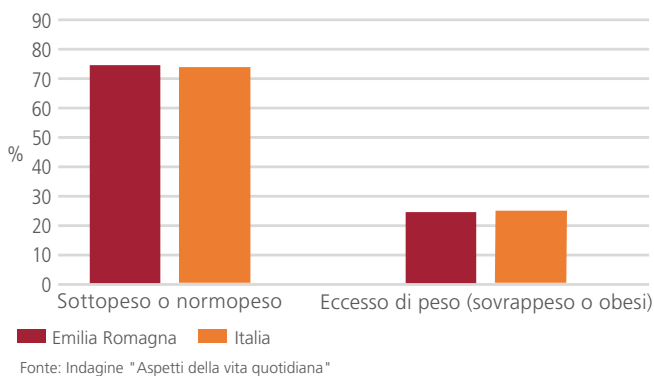


	Emilia Romagna	Italia
Popolazione residente	4.777.000	58.942.800
Età media	47,3	47,1
Speranza di vita (M/F)	82,5/86,1	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	12,9%	9,4%

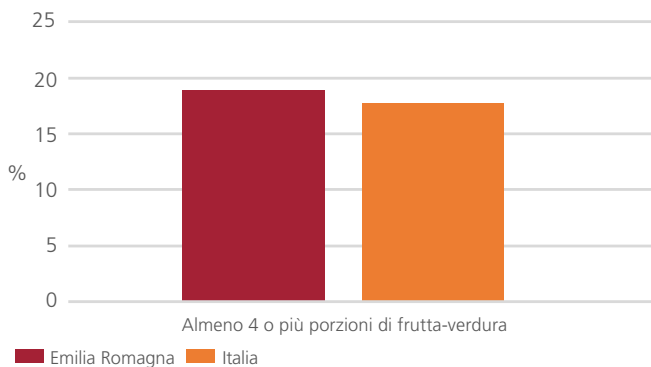
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



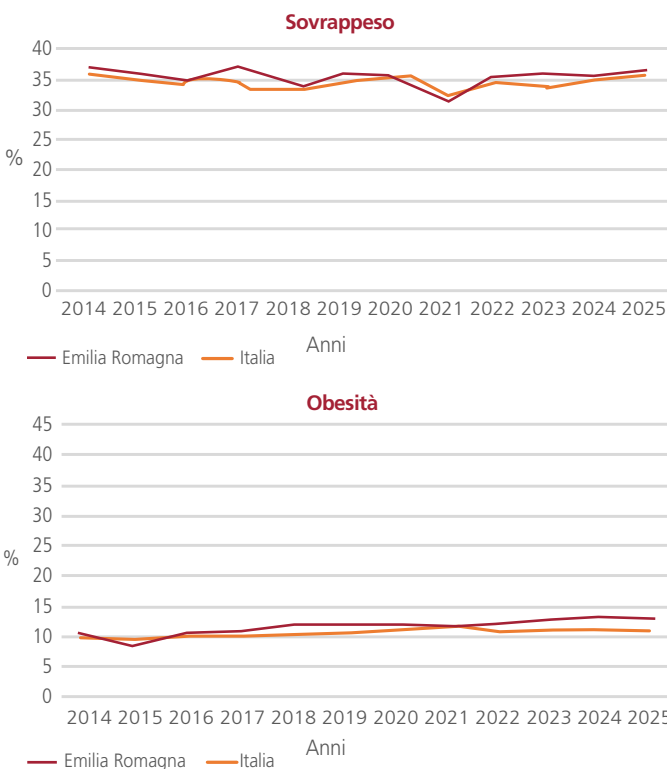
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



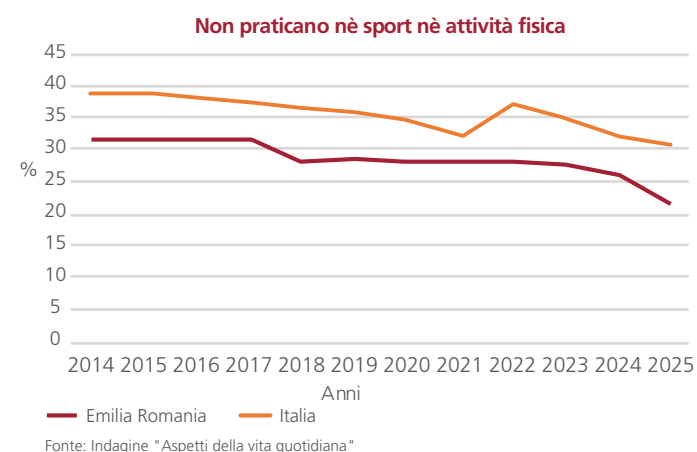
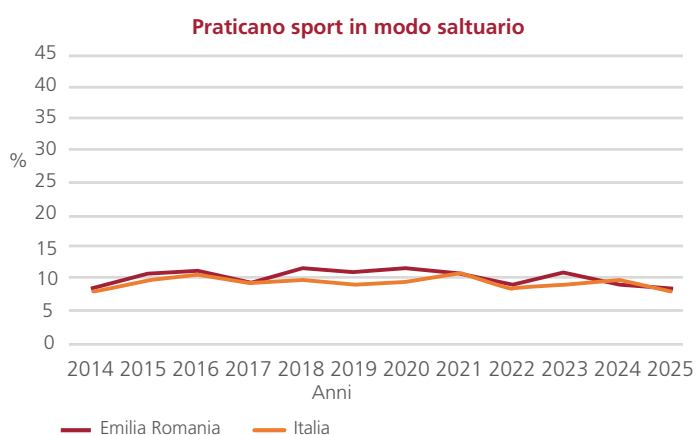
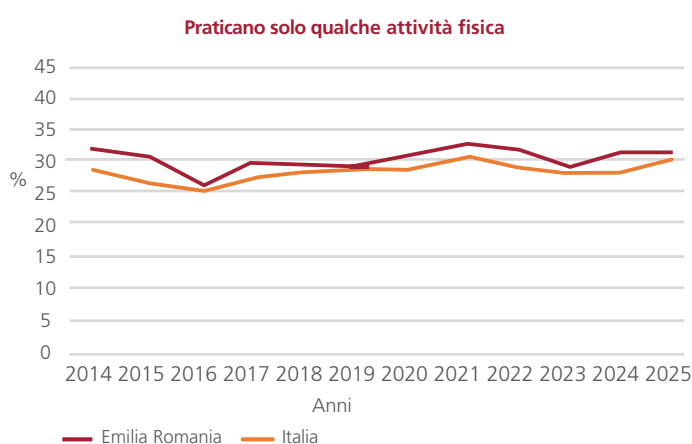
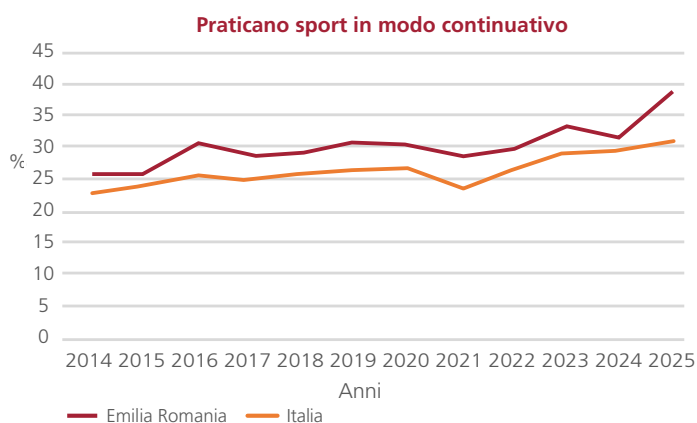
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014 - 2025



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014 - 2025

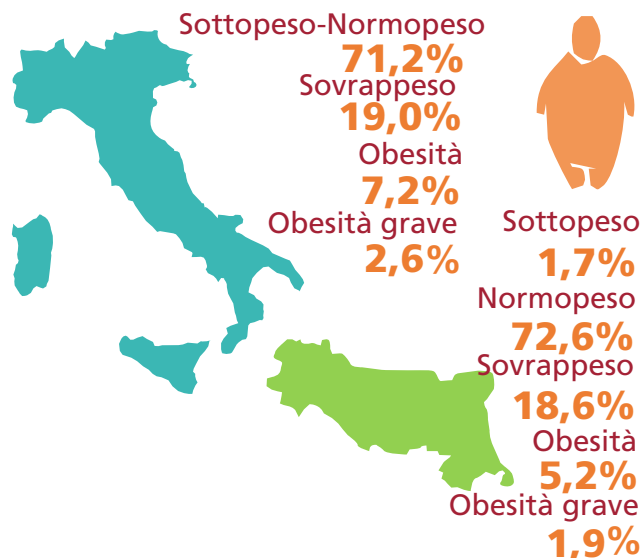


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023

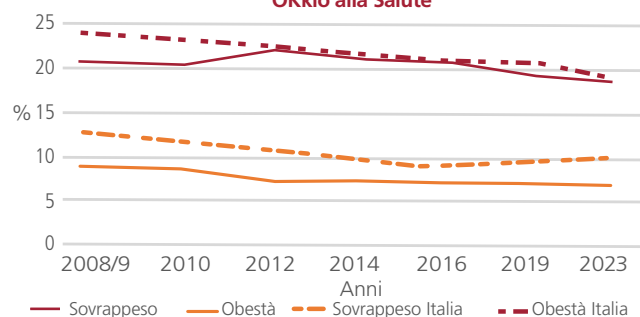
Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 si conferma il trend in lieve discesa per quanto riguarda la prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini della Regione Emilia-Romagna, rispetto all'Italia una minor tendenza al sovrappeso e all'obesità in Regione. Confrontando i dati nazionali con i regionali, si evidenzia



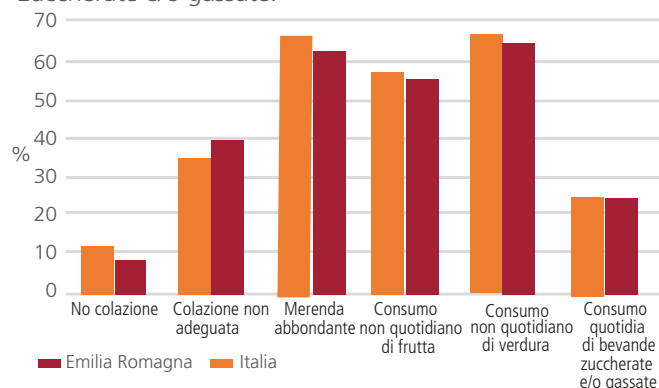
CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Emilia Romagna OKKio alla Salute



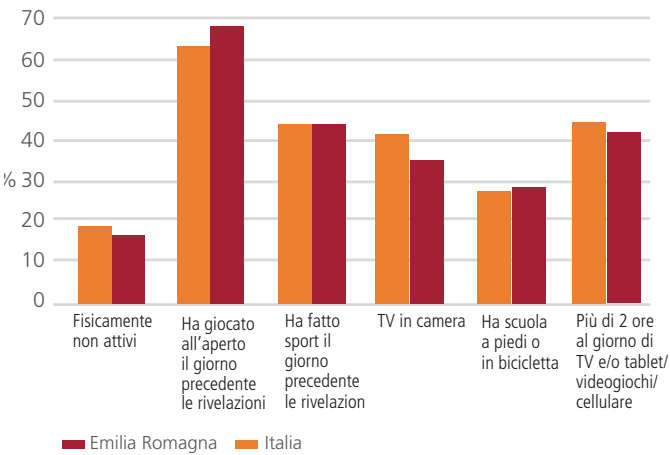
CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI OKKIO ALLA SALUTE 2023

L'abitudine a non consumare la prima colazione o a consumarla in maniera inadeguata persiste negli anni; così come la fruizione di una merenda abbondante di metà mattina. Il basso consumo quotidiano (meno di 5 porzioni) di frutta e/o verdura dei bambini rimane troppo elevato; diminuisce, invece, l'assunzione giornaliera di bevande zuccherate e/o gassate.



ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ
OKKIO ALLA SALUTE 2023

Nella nostra Regione i bambini trascorrono molto tempo in attività sedentarie, principalmente davanti agli schermi anche se in misura minore rispetto alla media nazionale.
Solo 6 bambini su 10 trascorrono meno di due ore al giorno



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari									
	Regione			Italia			Valore più basso		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	Valore più alto		
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	70.6	66.7	74.2	68.0	66.5	69.5	Valore peggiore rispetto al valore nazionale		
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	36.5	34.0	39.1	34.5	33.6	35.5	Valore migliore rispetto al valore nazionale		
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	54.9	50.6	59.2	50.3	48.6	51.9	Valore peggiore rispetto al valore nazionale		
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	36.0	33.5	38.5	33.1	32.2	34.0	Valore migliore rispetto al valore nazionale		

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, EMILIA ROMAGNA



- 3 Centri SIO
- 8 Centri SICOB
- 6 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOlJoiTWFpbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F1%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOlJoiTWFpbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

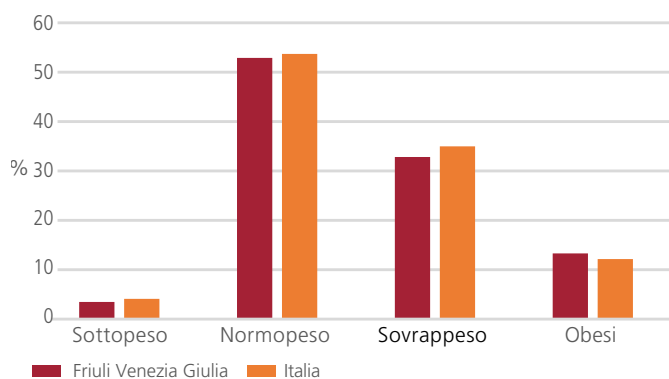
I dati dell'obesità in Friuli Venezia Giulia (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

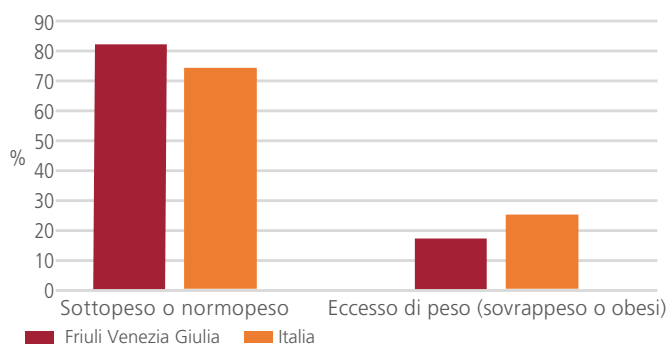


	Friuli Venezia Giulia	Italia
Popolazione residente	1.193.496	58.942.800
Età media	48,8	47,1
Speranza di vita (M/F)	81,9/86,4	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	10,1%	9,4%

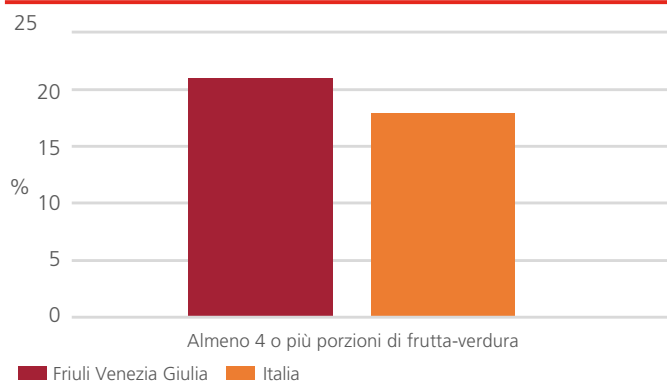
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



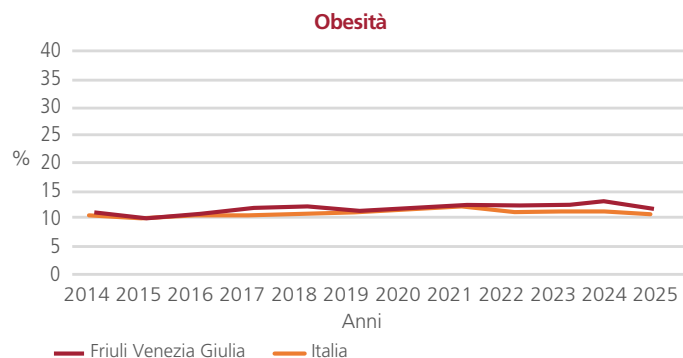
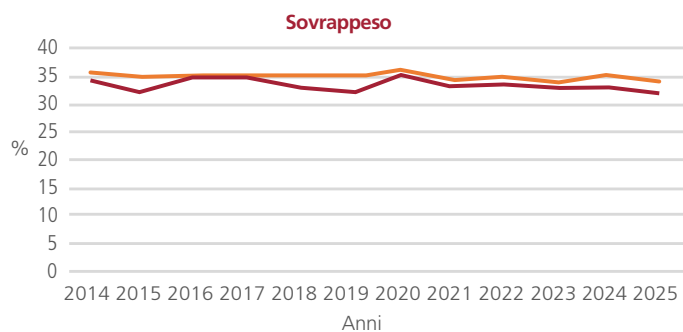
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)

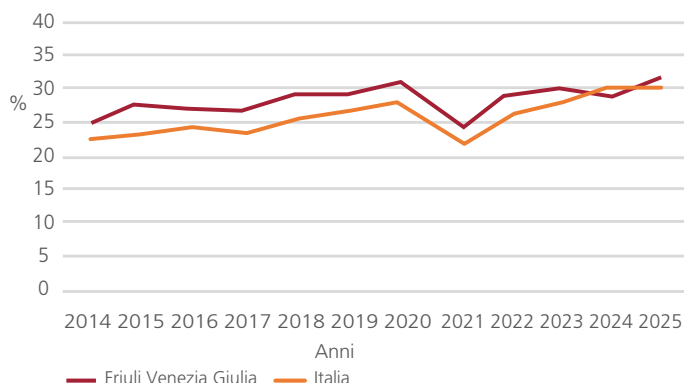


% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025

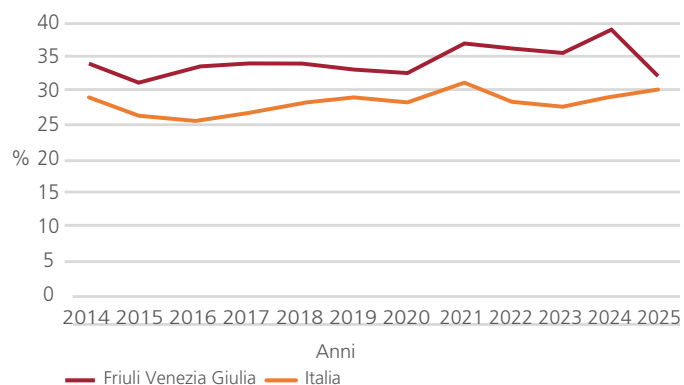


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2014-2025

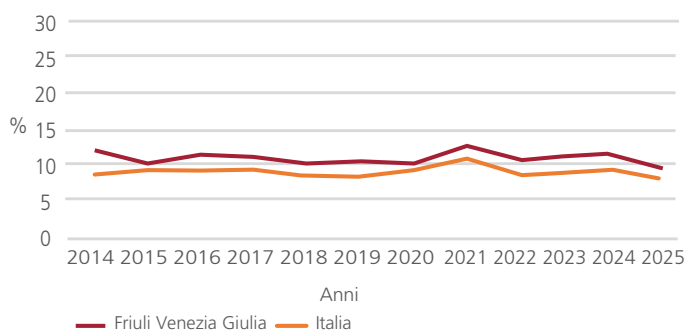
Praticano sport in modo continuativo



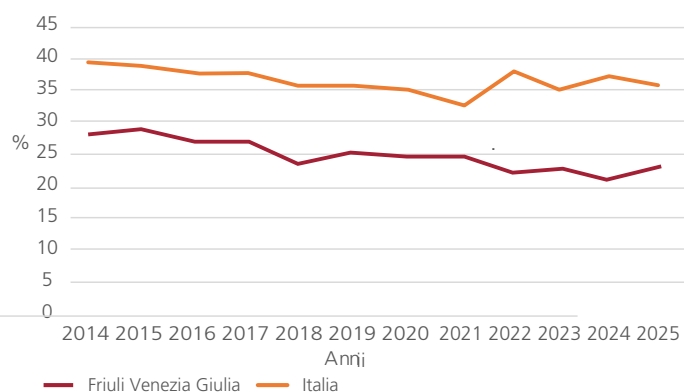
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



Non praticano né sport né attività fisica

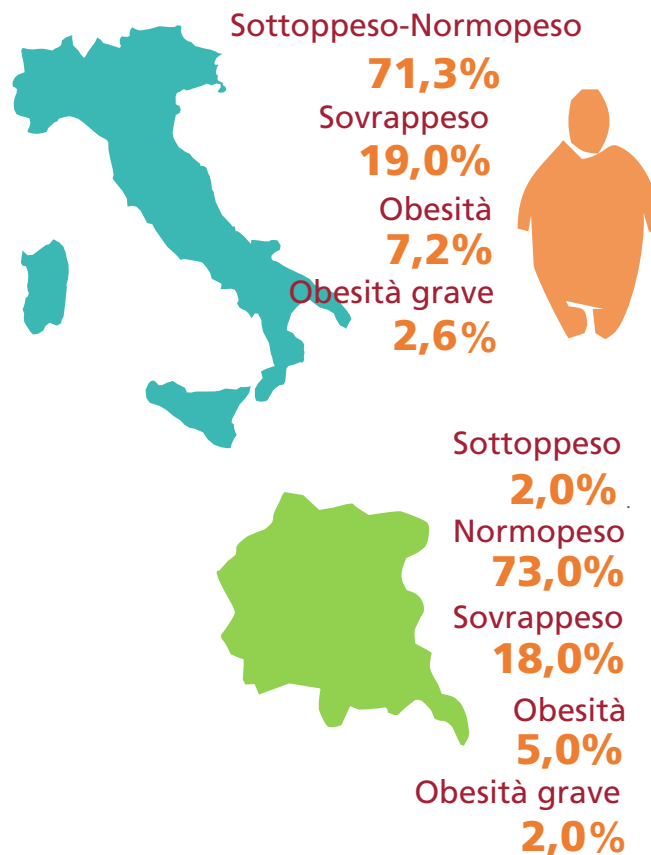


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023

Sovrappeso e obesità nei bambini

Tra i bambini della Regione Friuli Venezia Giulia l'1,7% risulta in condizioni di obesità grave, il 4,9% risulta obeso, il 19,1% sovrappeso. Questi dati sono inferiori rispetto alla media Italiana.

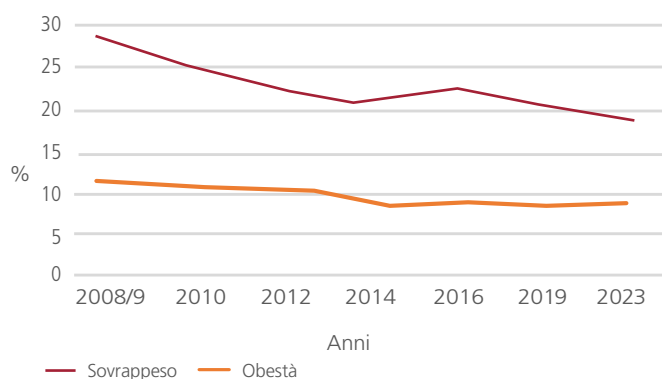


CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

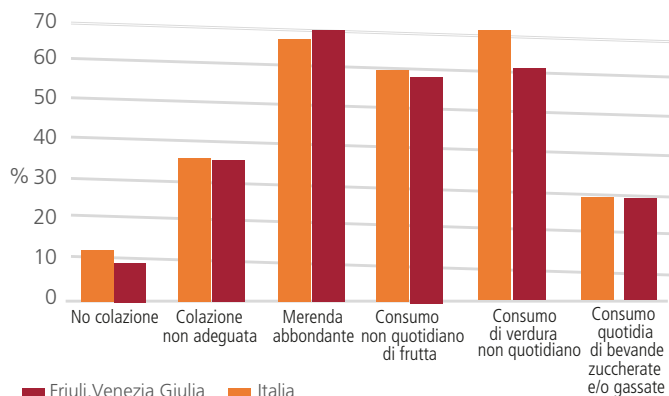
Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Friuli.Venezia Giulia
OKkio alla Salute

SOVRAPPESO - OBESITÀ

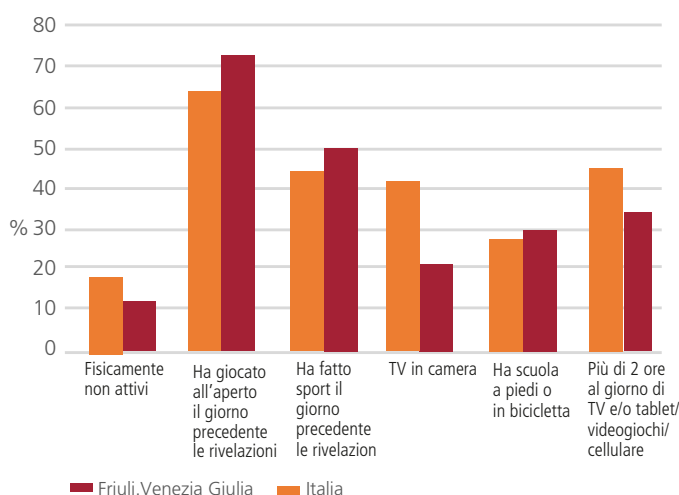
Rispetto alle precedenti rilevazioni si assiste ad una generale situazione di stallo della prevalenza di bambini in sovrappeso, mentre si osserva un aumento dei bambini obesi.



CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI OKKIO ALLA SALUTE 2023



ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

	Regione			Italia			Valore più basso			Valore più alto		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	peggiore	simile	migliore	peggiore	simile	migliore
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	75.8	71.8	79.4	68.0	66.5	69.5						
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	44.3	41.5	47.0	34.5	33.6	35.5						
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	66.0	61.8	70.1	50.3	48.6	51.9						
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	43.4	40.6	46.1	33.1	32.2	34.0						

Centri medici e chirurgici Friuli Venezia Giulia



- 0 Centri SIO
- 2 Centri SICOB
- 2 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8Zl%3D&reserved=0

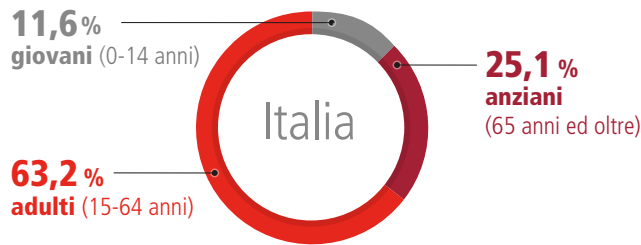
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

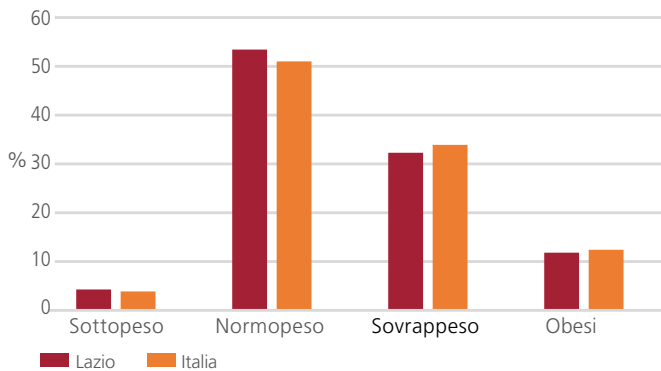
I dati dell'obesità nel Lazio (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)



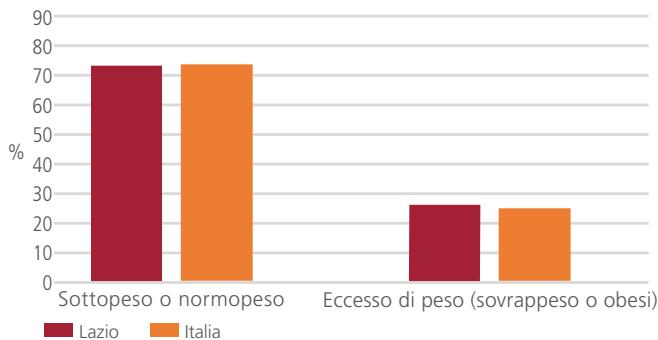
	Lazio	Italia
Popolazione residente	5.709.400	58.942.800
Età media	47,0	47,1
Speranza di vita (M/F)	81,7/85,7	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	10,9%	9,4%

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



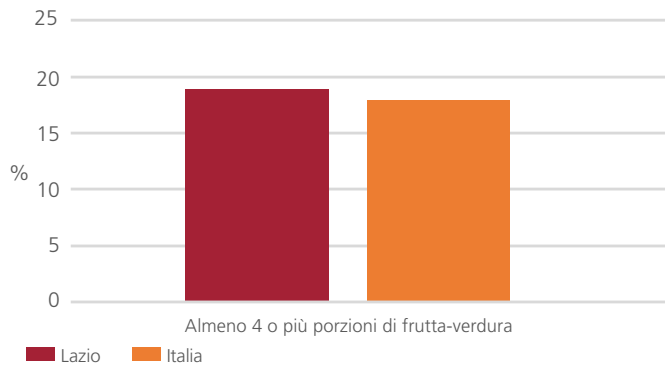
Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)

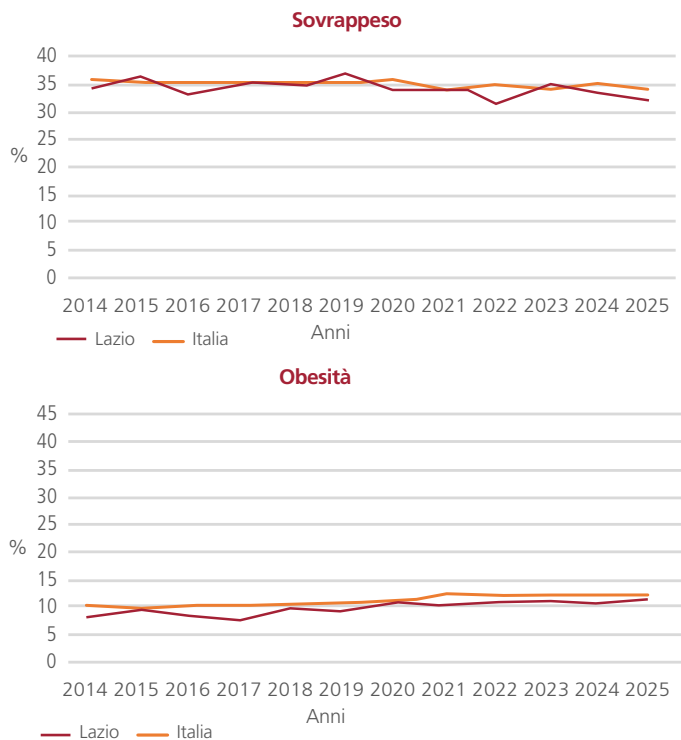


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

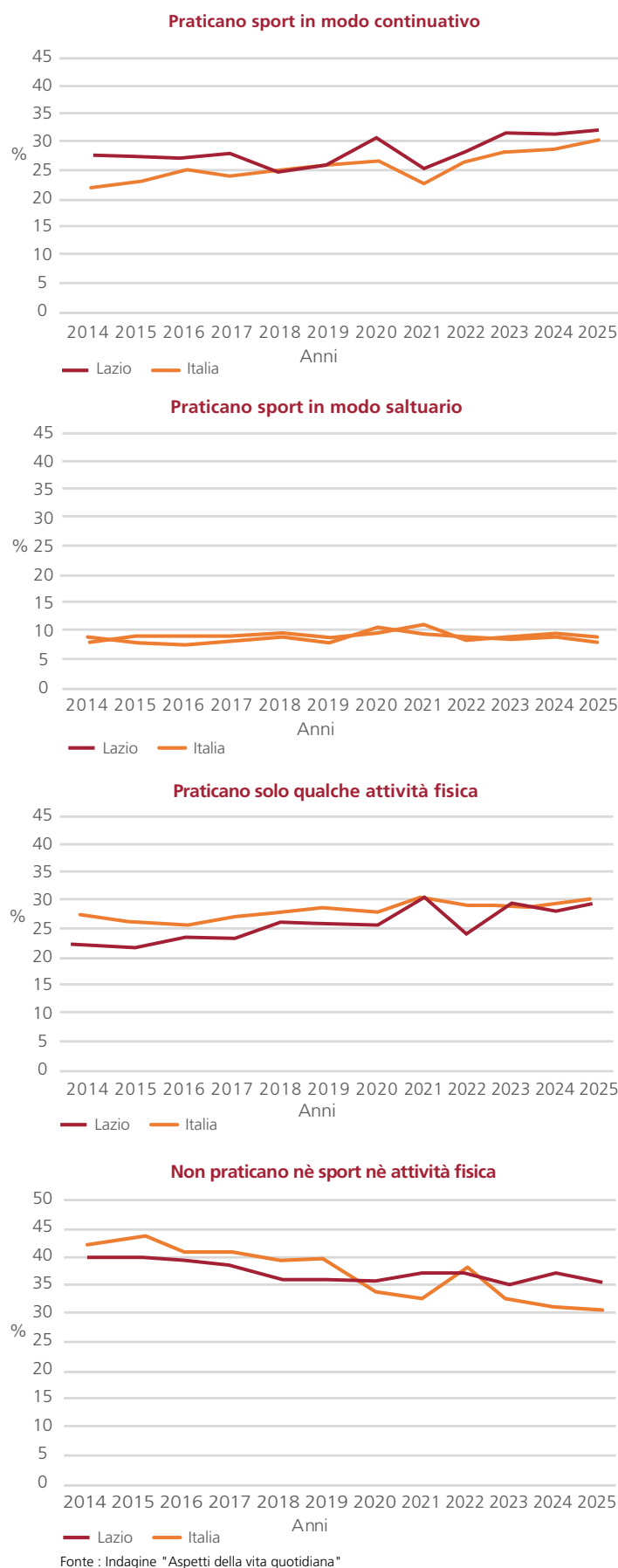
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



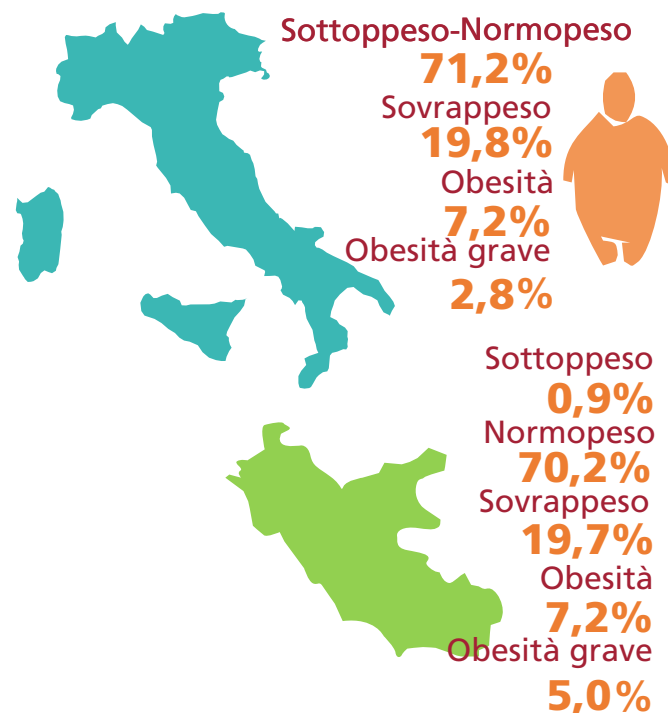
ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014-2025



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 i valori regionali di sovrappeso e obesità sono stati tra i più bassi riscontrati dall'inizio delle rilevazioni (2008) e simili alla media nazionale italiana; i significativi risultati raggiunti confermano l'importanza degli interventi di prevenzione realizzati nell'ambito del piano regionale di Prevenzione.



CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9 2023

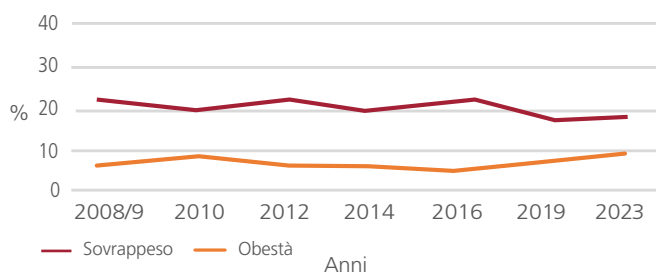
Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Lazio OKkio alla Salute

SOVRAPPESO

La prevalenza del sovrappeso si è ridotta del 5% circa in 10 anni

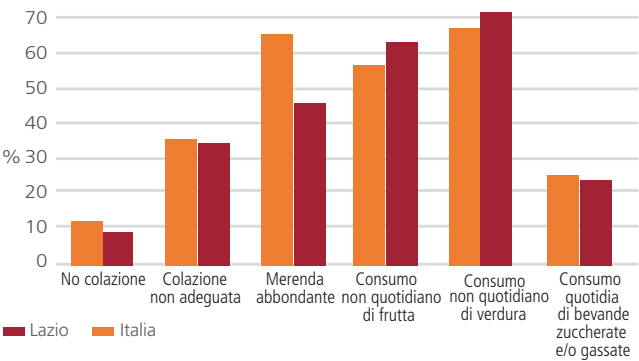
OBESITÀ

La prevalenza di obesità si è ridotta 4% in circa 10 anni.



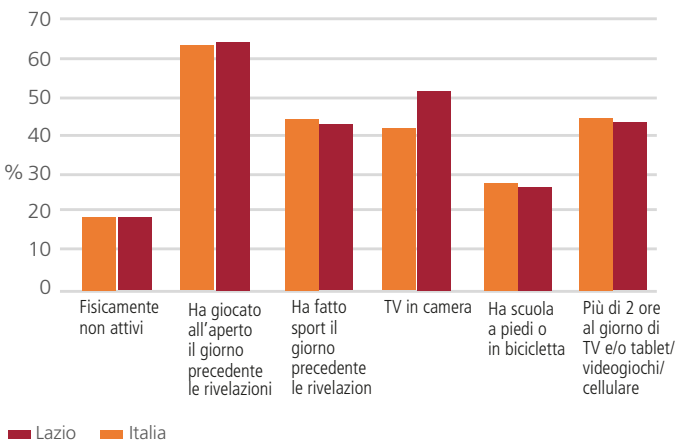
CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI, OKKIO ALLA SALUTE 2023

Continua a diminuire il consumo giornaliero di bevande gassate e zuccherate ma 1 bambino su 3 non consuma quotidianamente frutta e/o verdura e 1 su 2 consuma una merenda abbondante. Gli interventi di prevenzione in collaborazione con la famiglia e la scuola devono essere di supporto alla modifica di questi comportamenti.



ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ

Non si apprezzano miglioramenti di rilievo relativamente a tutti i dati relativi all'attività fisica ed aumenta la percentuale di bambini che trascorre più di due ore al giorno con TV e videogiochi/tablet/cellulare. L'organizzazione urbana deve favorire opportunità per l'attività motoria in sicurezza; le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica



REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno

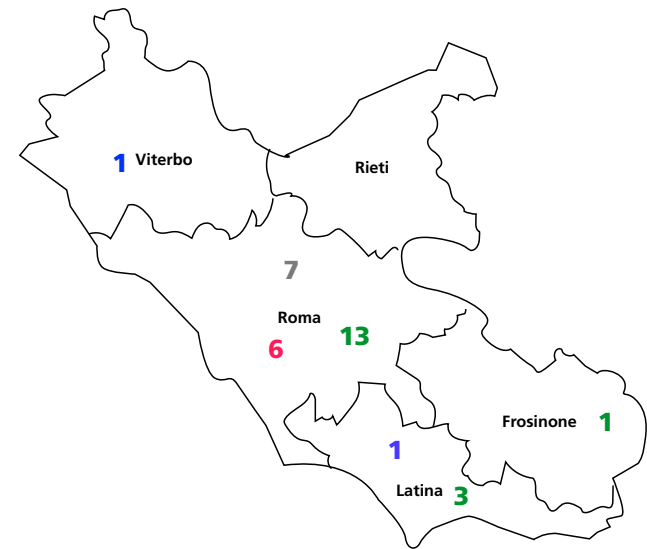
2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFpbGlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F1%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaa%7C1%7C0%7C6388359279295584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFpbGlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVT10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, LAZIO



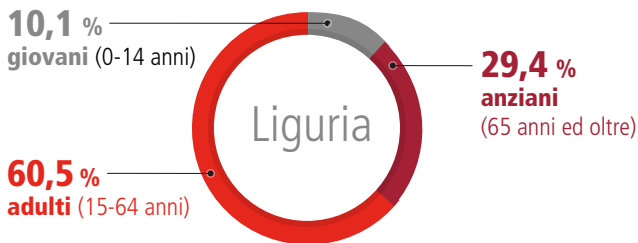
6 Centri SIO
9 Centri SICOB
18 Centri Obesity Day

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022 -2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	75.6	71.7	79.2	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	43.7	41.3	46.2	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	60.3	55.8	64.6	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	41.3	38.8	43.9	33.1	32.2	34.0

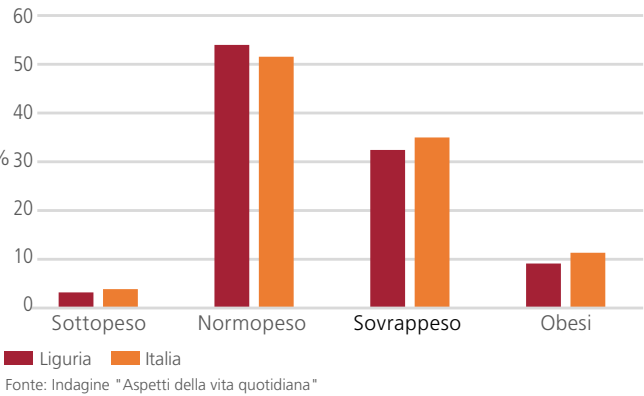
I dati dell'obesità nella Liguria (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

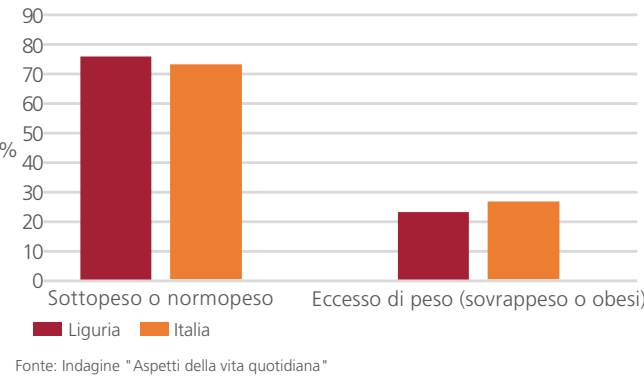


	Liguria	Italia
Popolazione residente	1.511.988	58.942.800
Età media	49,6	47,1
Speranza di vita (M/F)	81,8/85,8	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	10,9%	9,4%

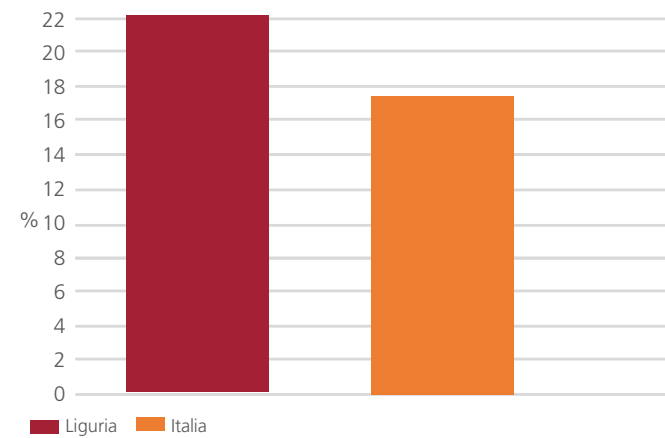
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



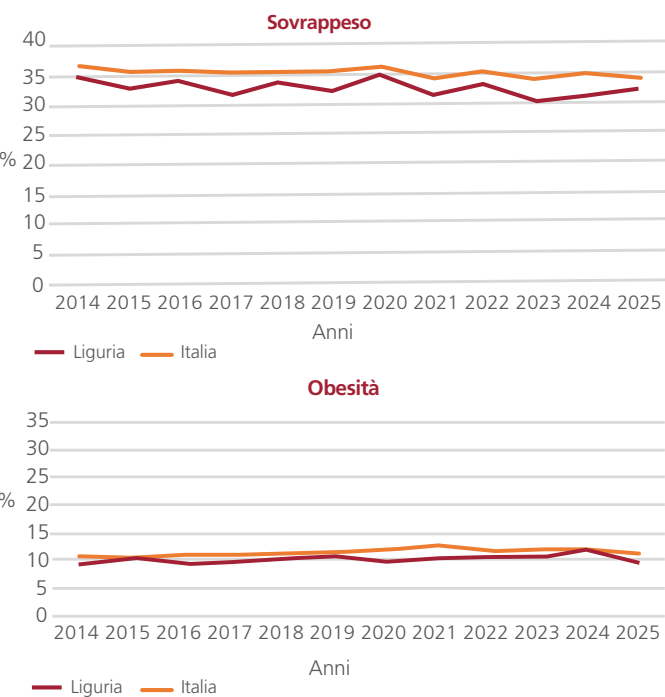
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



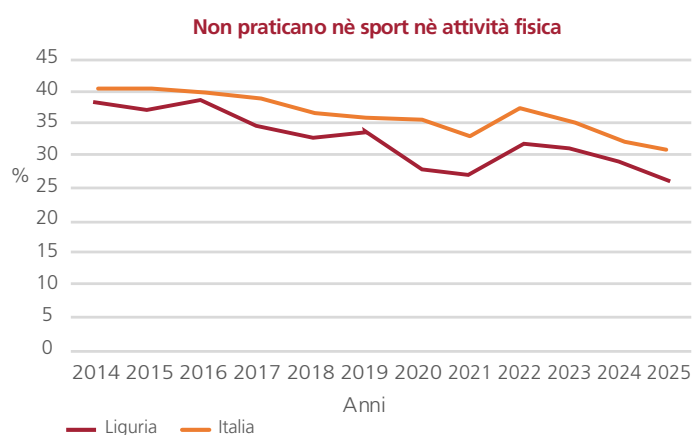
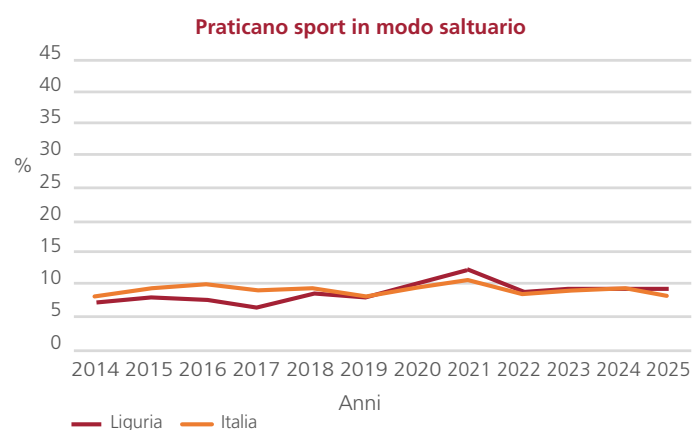
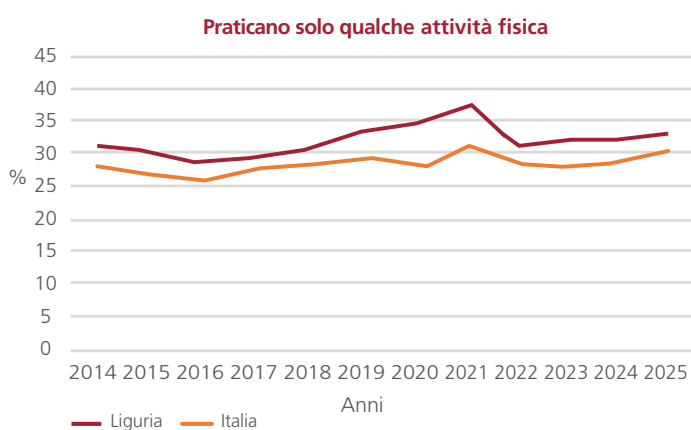
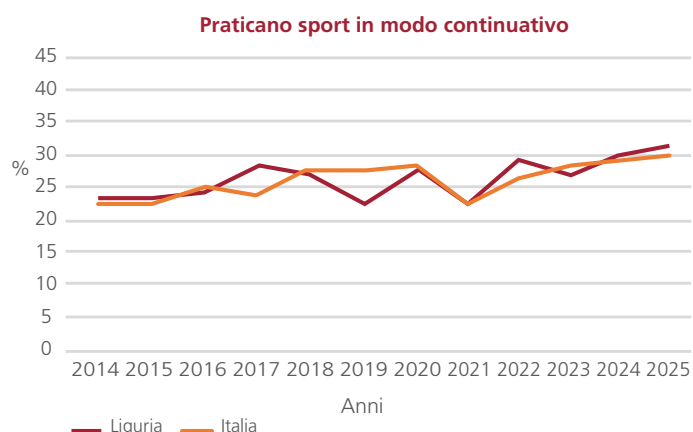
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2014-2025

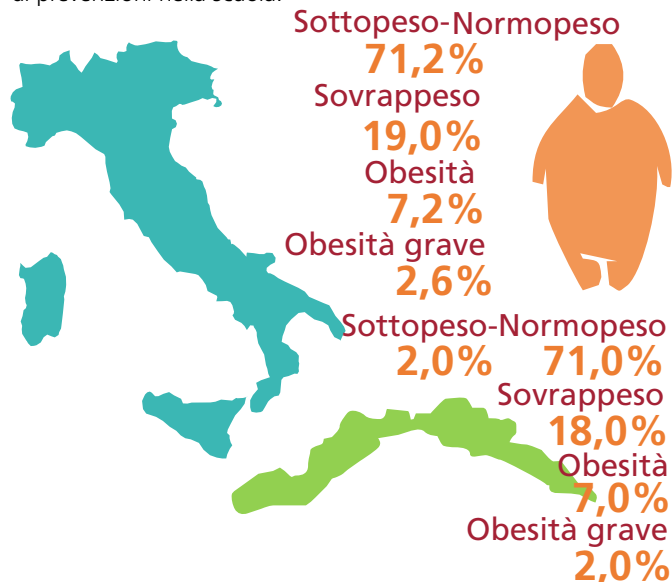


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - LIGURIA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 i valori di sovrappeso sono stati i più bassi dall'inizio delle rilevazioni mentre i valori dell'obesità rimangono costanti e comunque entrambi al di sotto della media italiana. Tali risultati testimoniano comunque la necessità e l'importanza delle azioni di prevenzioni nella scuola.

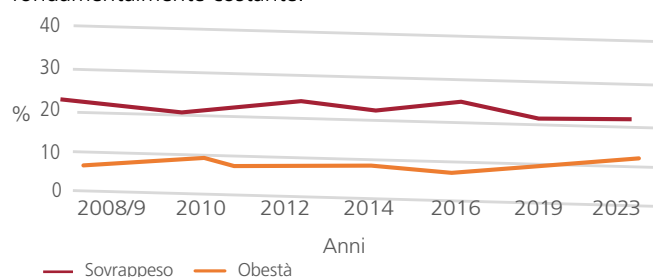


CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

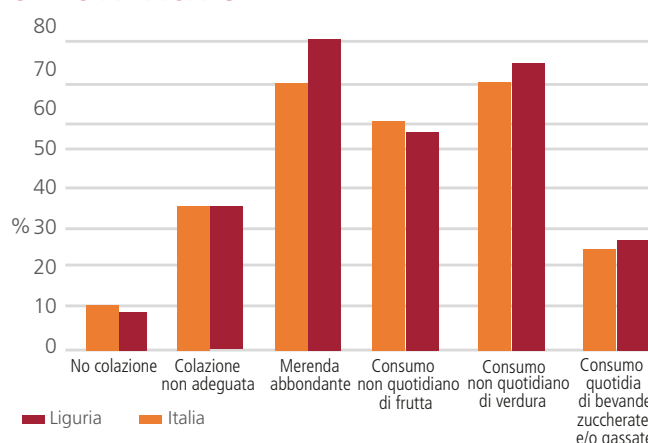
Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Liguria OKkio alla Salute

SOVRAPPESO-OBESITÀ

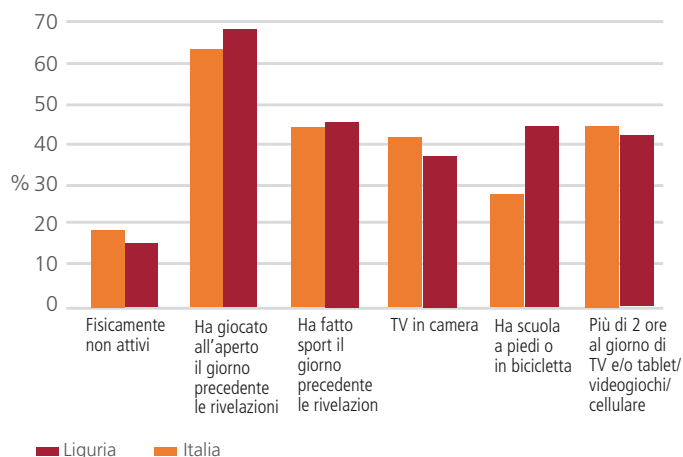
Rispetto alle precedenti rilevazioni della nostra regione si assiste ad una diminuzione della prevalenza di bambini in sovrappeso. La prevalenza dei bambini obesi/gravemente obesi rimane fondamentalmente costante.



CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI OKKIO ALLA SALUTE



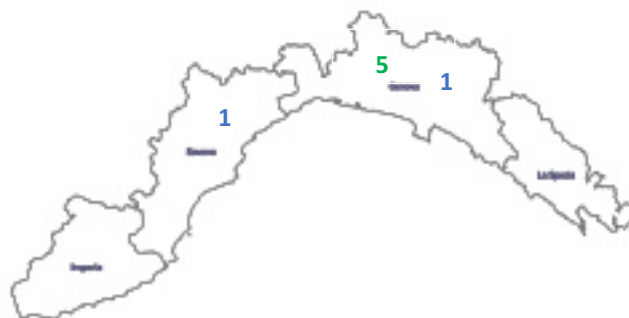
ATTIVITÀ FISICA-SEDENTARIETÀ OKKIO ALLA SALUTE



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	68.4	61.6	74.5	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	32.5	28.8	36.5	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	49.3	42.2	56.3	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	31.7	28.1	35.6	33.1	32.2	34.0

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, LIGURIA



- 0 Centri SIO
- 2 Centri SICOB
- 5 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWfPbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11u xpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

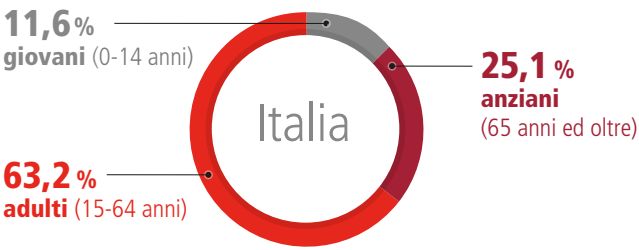
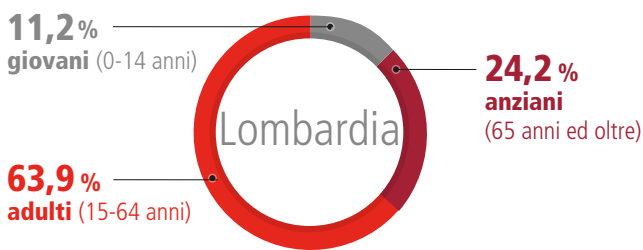
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWfPbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wI69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

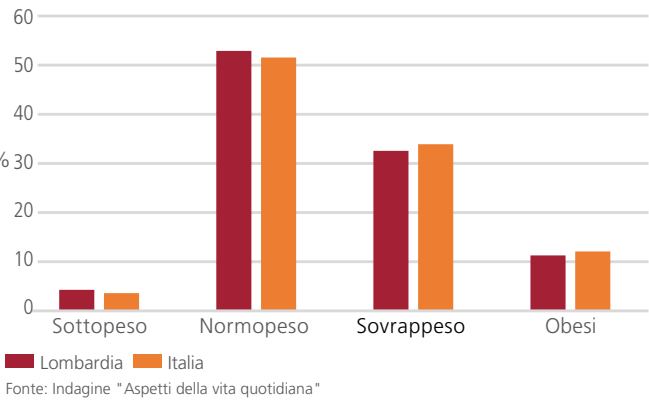
I dati dell'obesità nella Lombardia (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

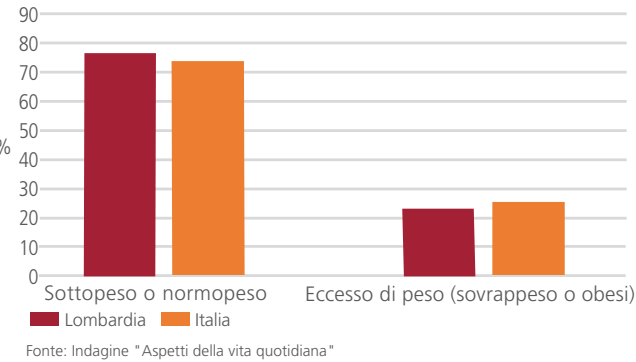


	Lombardia	Italia
Popolazione residente	10.065.694	58.942.800
Età media	46,6	47,1
Speranza di vita (M/F)	82,4/86,2	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	12,3%	9,4%

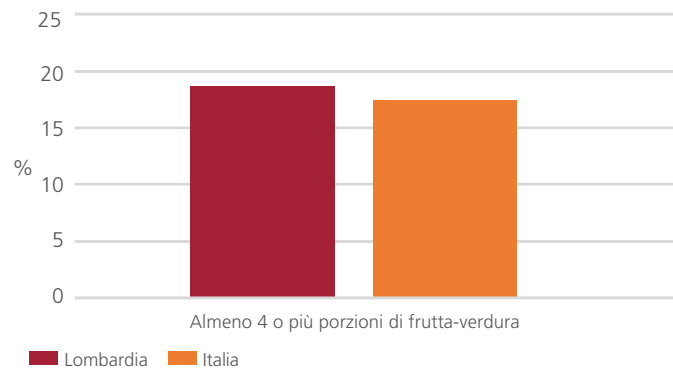
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA- ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



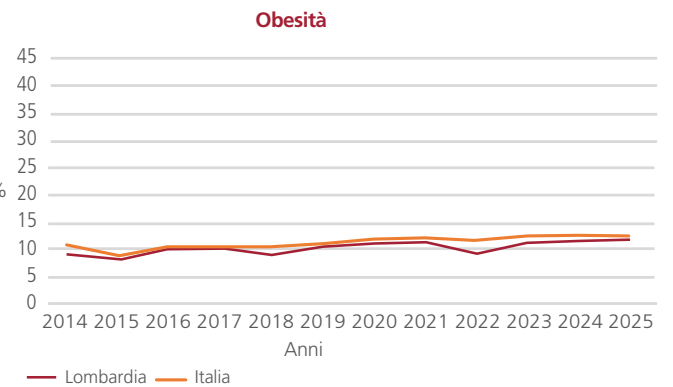
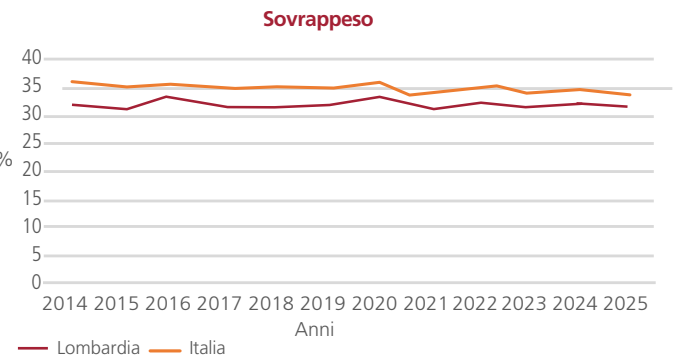
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



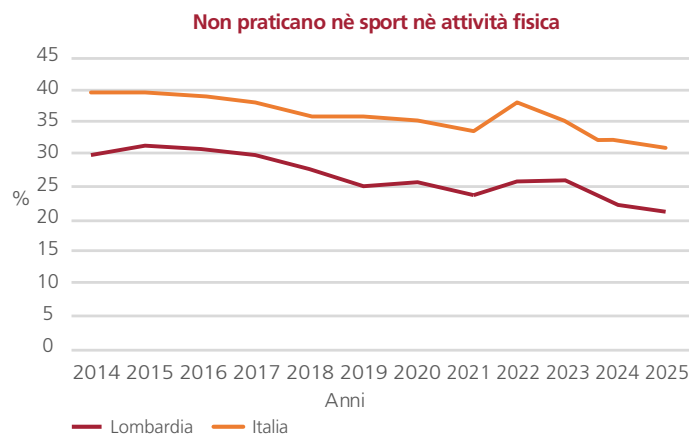
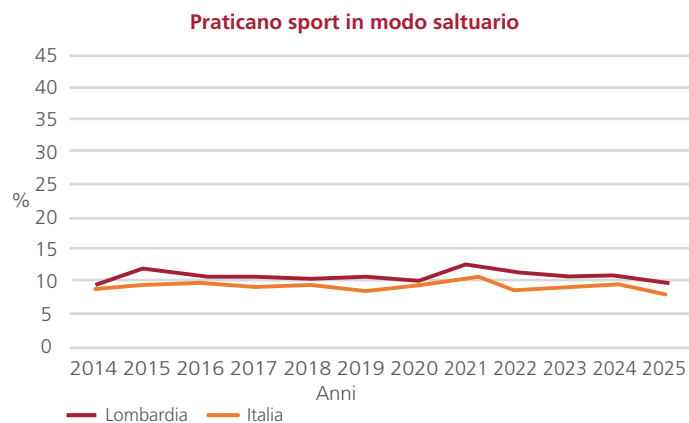
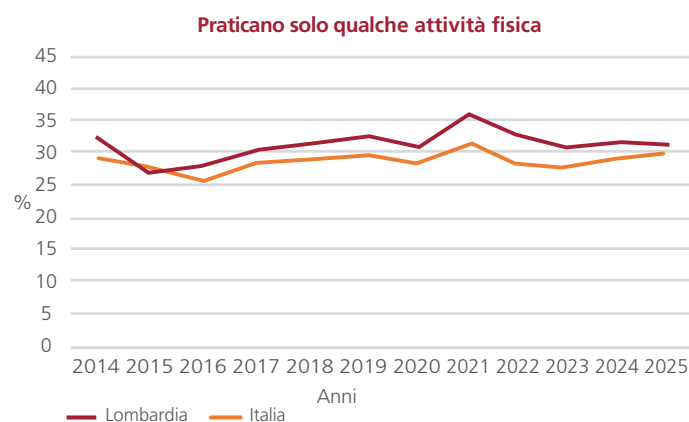
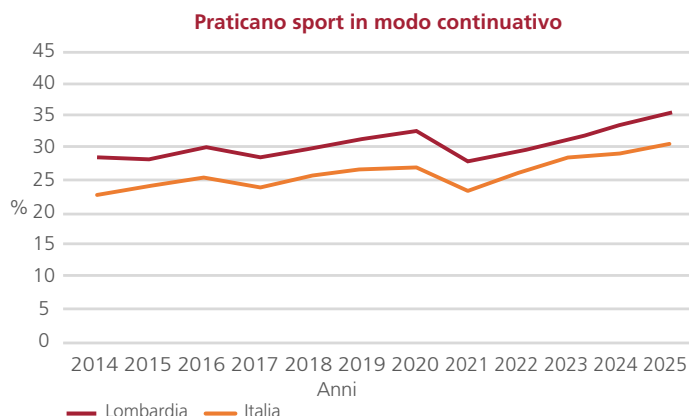
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014- 2025

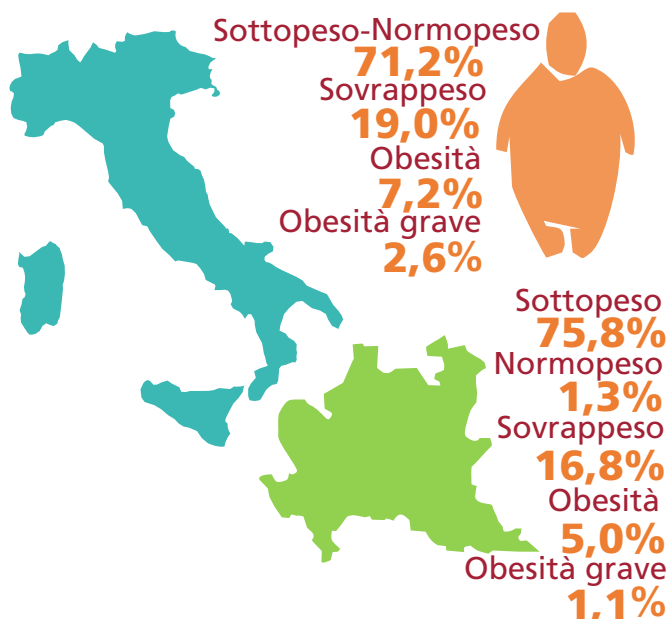


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2023

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - LOMBARDIA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 il 75,4% dei bambini lombardi è risultato normopeso. Sovrappeso e obesità sono inferiori alla media nazionale e la Lombardia, nella classifica delle regioni con i valori ponderali più salutari, si posiziona al quarto posto.



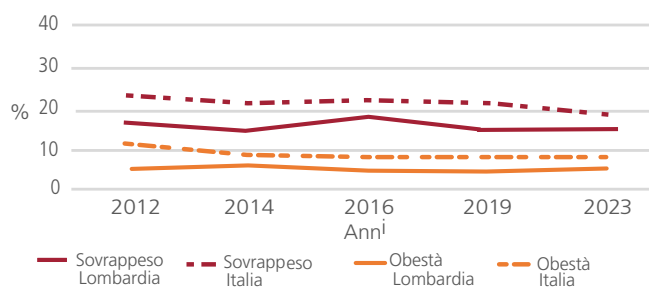
CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Lombardia OKkio alla Salute

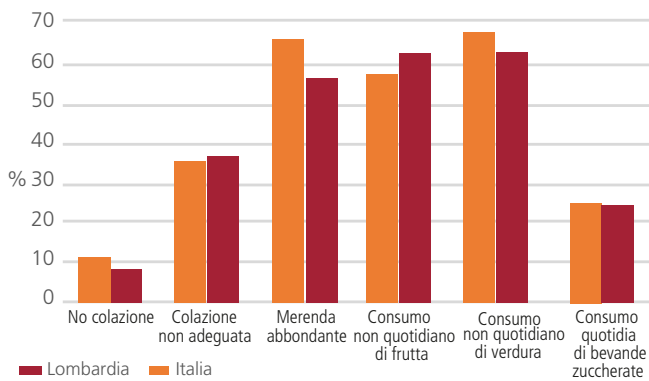
SOVRAPPESO-OBESITÀ

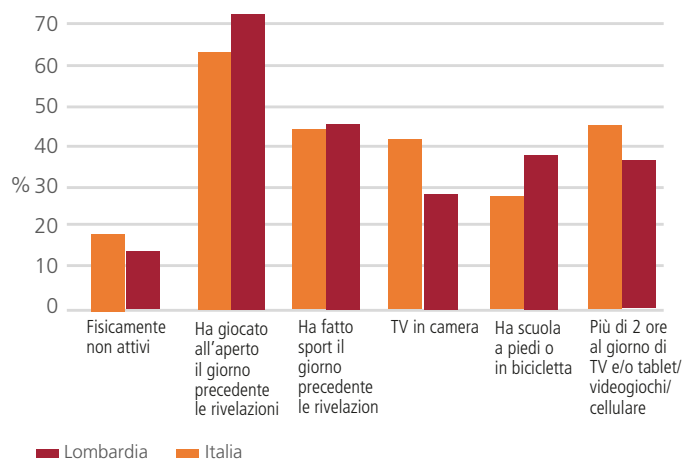
I dati raccolti dal 2012 ad oggi sul sovrappeso in Lombardia mostrano un andamento discontinuo ma si registra un calo nel 2019.

Dal 2012 ad oggi il trend dell'obesità in Lombardia è in calo.



CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI, OKKIO ALLA SALUTE 2023



ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ
OKKIO ALLA SALUTE

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	6%	IC95% Inf	IC95% sup	6%	IC95% Inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso				66.0	66.5	66.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso				34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica				50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica				33.1	32.2	34.0

5 Centri SIO
21 Centri SICOB
36 Centri Obesity Day (ADI)

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFPbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFPbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

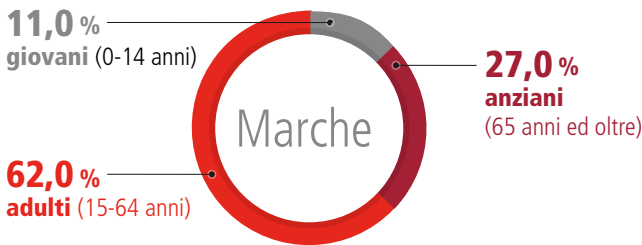
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F1%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C6388359279295584865%7CUnknown%7CTWFPbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFPbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

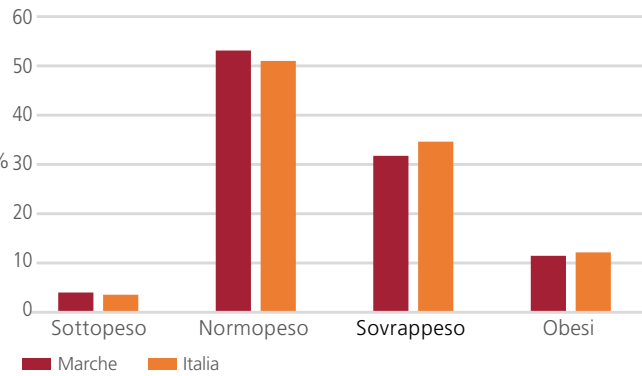
I dati dell'obesità nelle Marche (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)



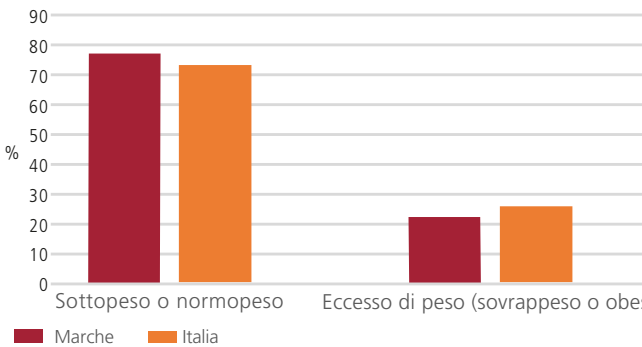
	Marche	Italia
Popolazione residente	1.479.832	58.942.800
Età media	48,1	47,1
Speranza di vita (M/F)	82,6/86,4	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	9,5%	9,4%

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



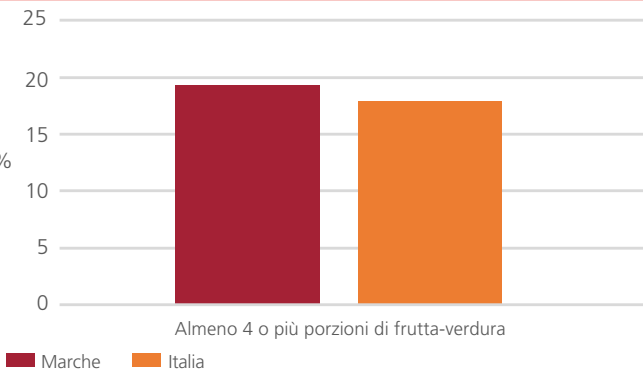
Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)

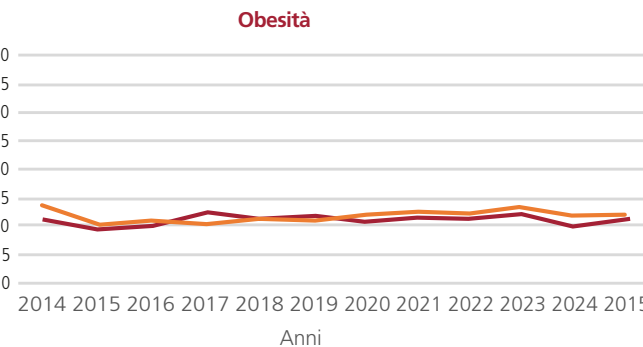
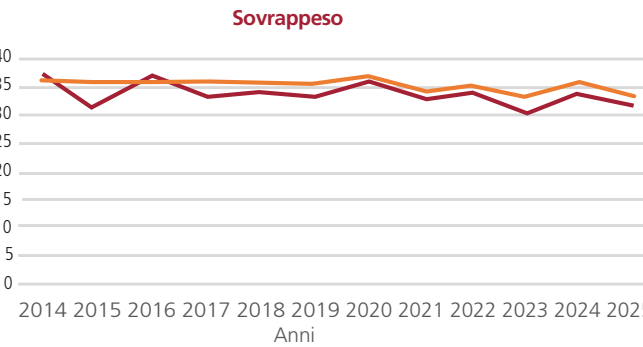


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

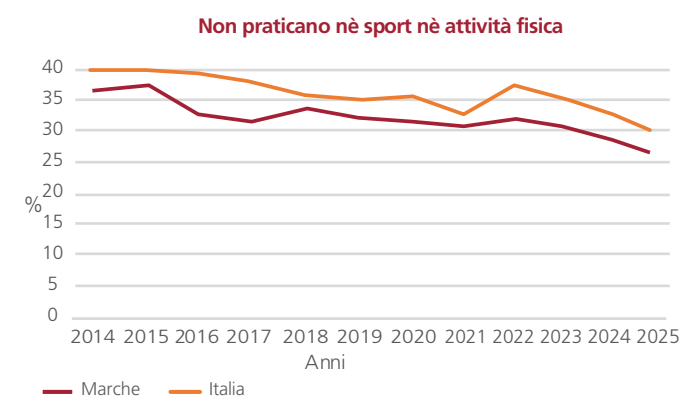
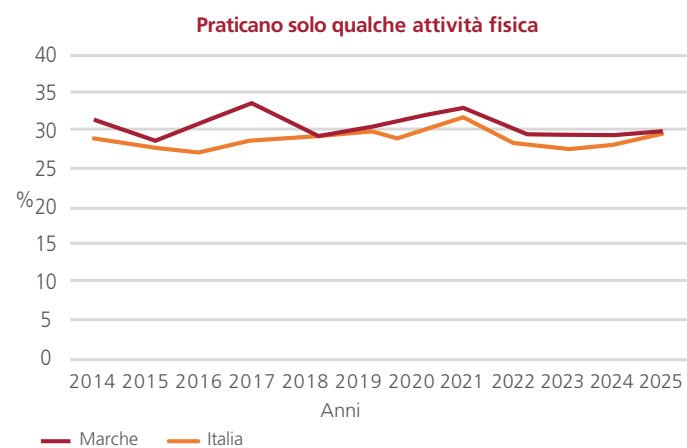
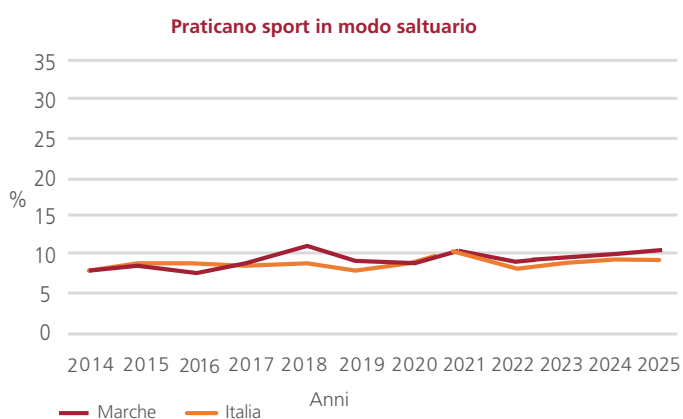
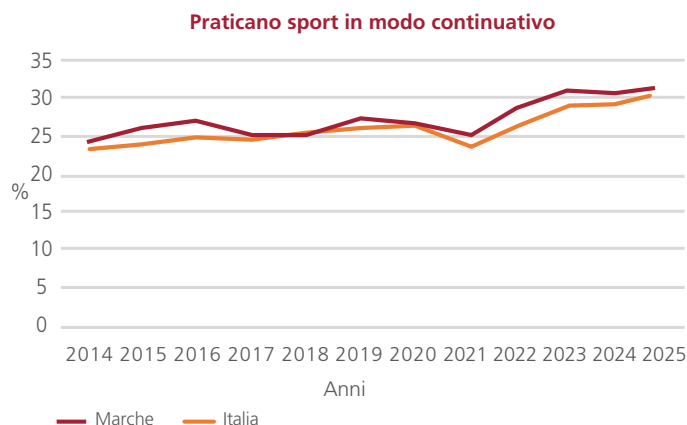
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014 - 2025

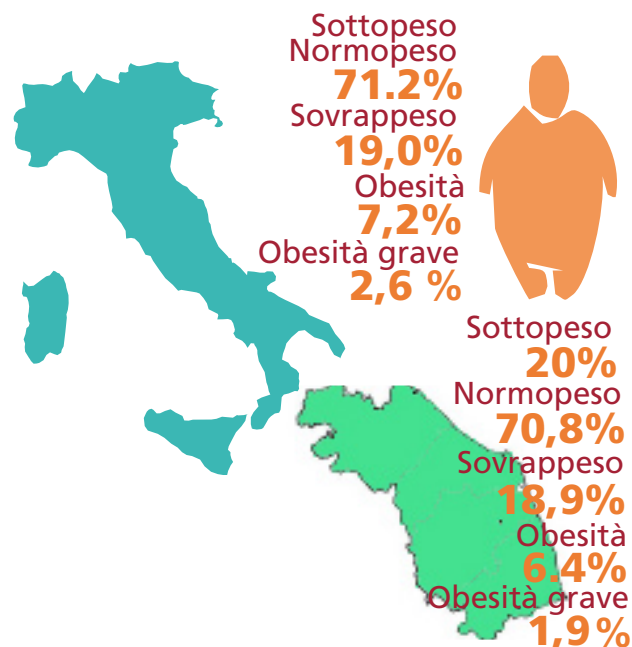


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023 - MARCHE

Sovrappeso e obesità nei bambini

Il 30% dei bambini presenta un eccesso ponderale. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 11430, di cui obesi 2109.

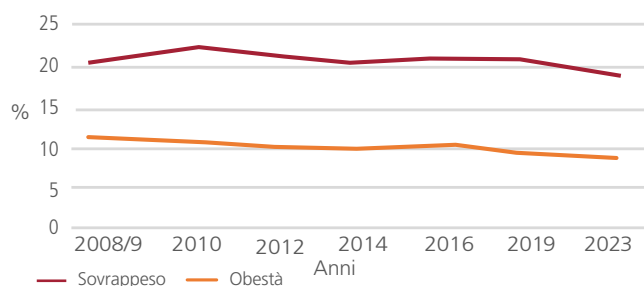


CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

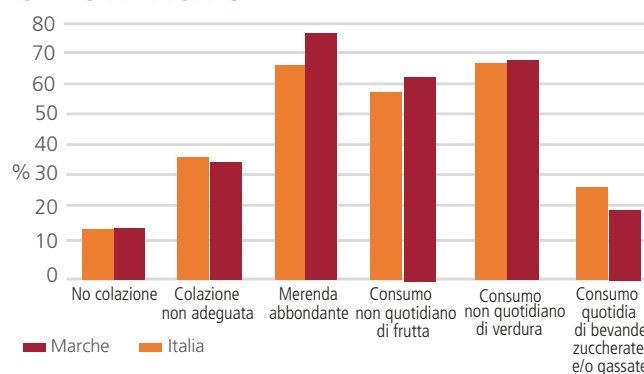
Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Marche OKKio alla Salute

SOVRAPPESO - OBESITÀ

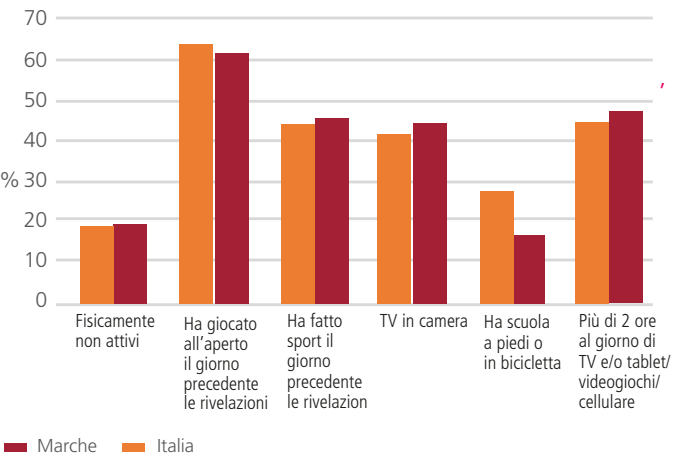
Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra regione si assiste ad una diminuzione progressiva della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.



CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI OKKIO ALLA SALUTE



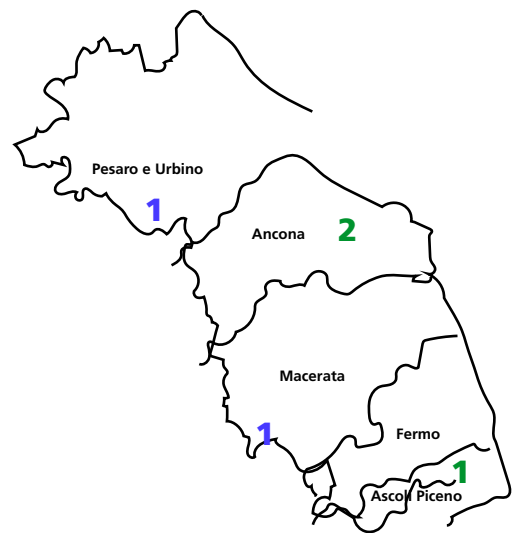
ATTIVITÀ FISICA-SEDENTARIETÀ
OKKIO ALLA SALUTE



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	84.8	78.0	89.8	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	48.4	44.0	52.9	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	73.3	65.8	79.7	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	46.8	42.3	51.4	33.1	32.2	34.0

Centri medici e chirurgici Marche



- 0 Centri SIO
- 2 Centri SICOB
- 3 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidianainformazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilslkFOljoiTWFpbCIslldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

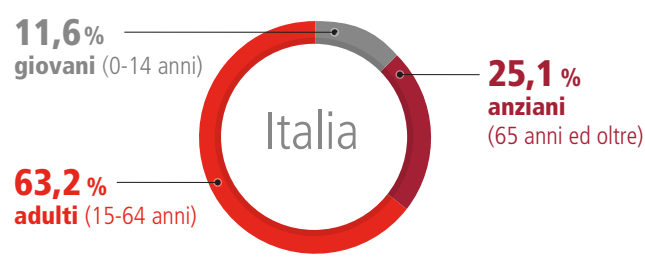
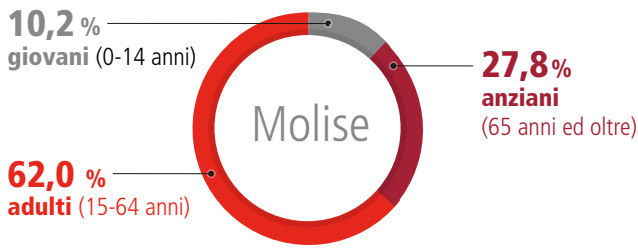
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F1%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilslkFOljoiTWFpbCIslldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wl69VX43II0cH8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

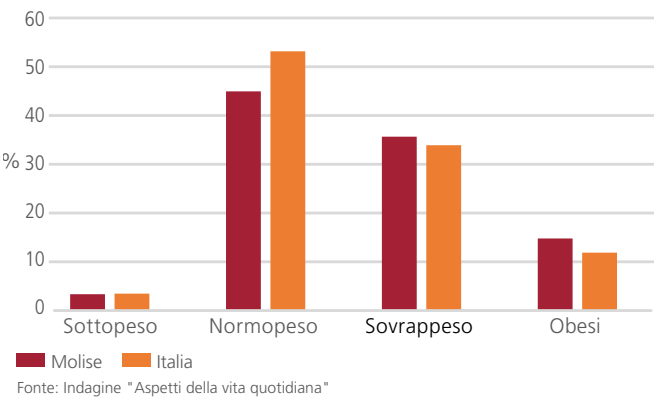
I dati dell'obesità nel Molise (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

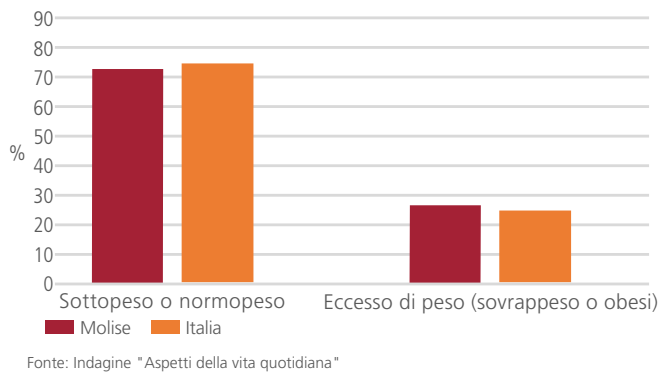


	Molise	Italia
Popolazione residente	285.000	58.942.800
Età media	48,6	47,1
Speranza di vita (M/F)	80,3/85,0	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	5,3 %	9,4 %

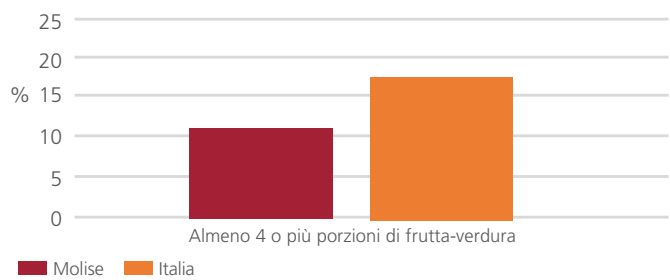
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT
(per 100 persone di 18 anni e più)



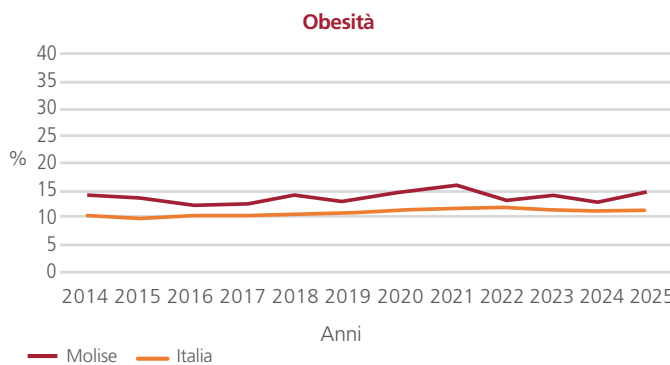
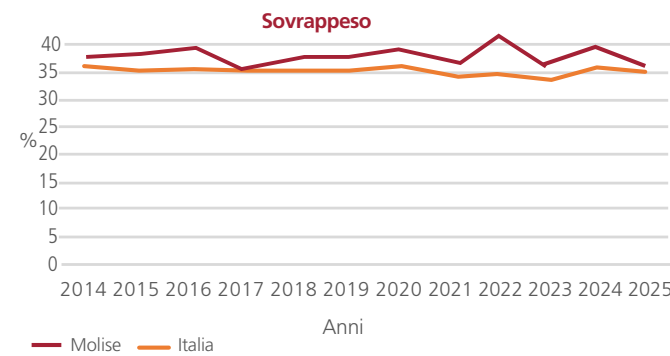
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)

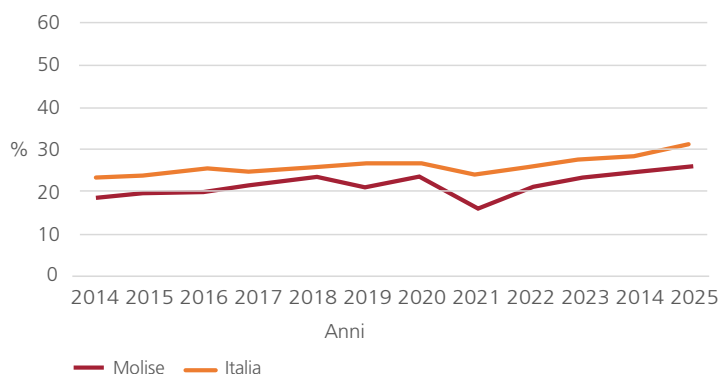


% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025

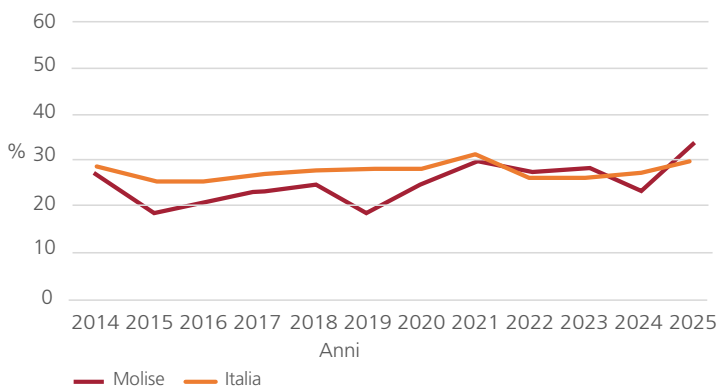


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2014- 2025

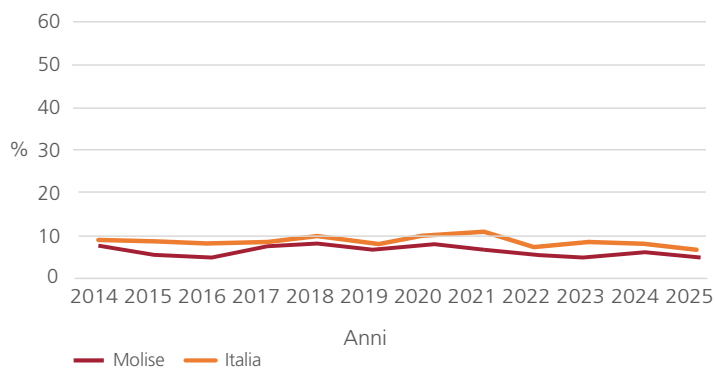
Praticano sport in modo continuativo



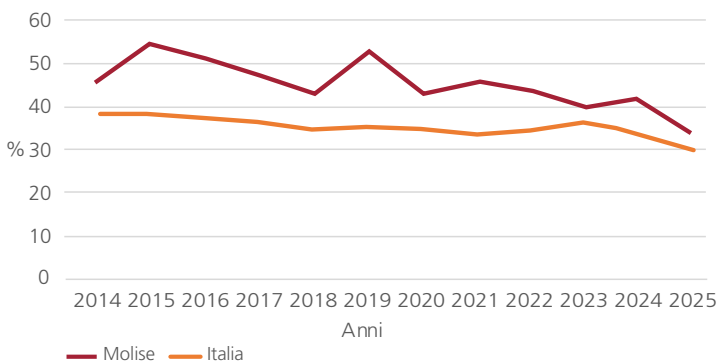
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



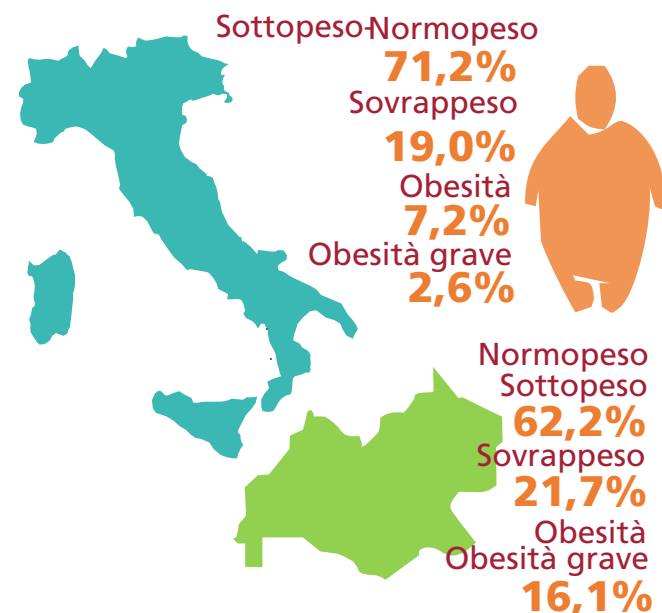
Non praticano né sport né attività fisica



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023

Sovrappeso e obesità nei bambini

I bambini molisani in sovrappeso ed obesi sono in numero superiore a quello nazionale anche nel 2019,

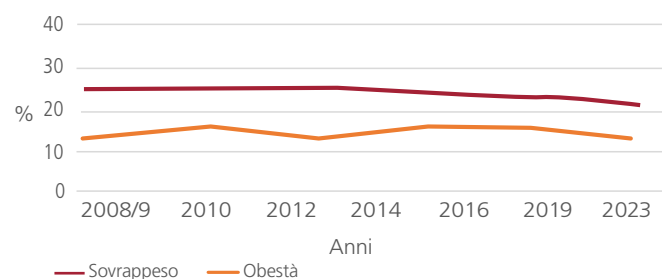


Sovrappeso e obesità nei bambini Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2023)

SOVRAPPESO - OBESITÀ

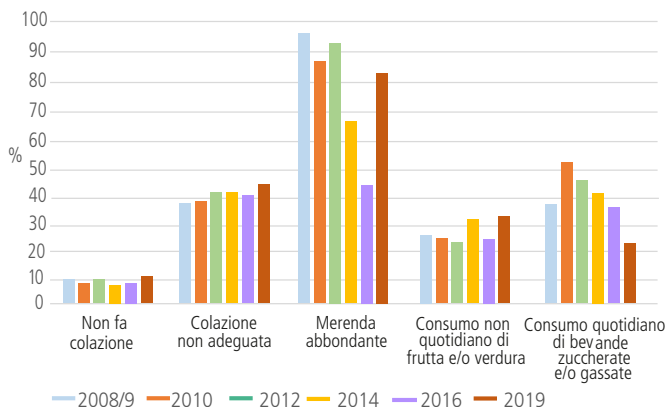
Nel 2019 i bambini in sovrappeso o obesi sono il 34,4% del totale (1 su 3).

I bambini obesi sono il 13,3% compresi i 3,4% gravemente obesi.



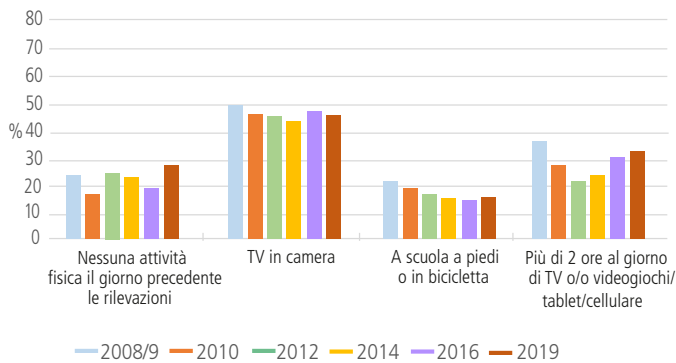
Cattive abitudini alimentari

Le cattive abitudini alimentari, se abbinate a uno stile di vita poco attivo, favoriscono l'aumento di peso. Nel 2019 non vi sono cambiamenti che possano sostenere una riduzione del sovrappeso, salvo una riduzione nel consumo di bevande zuccherate e/o gassate.

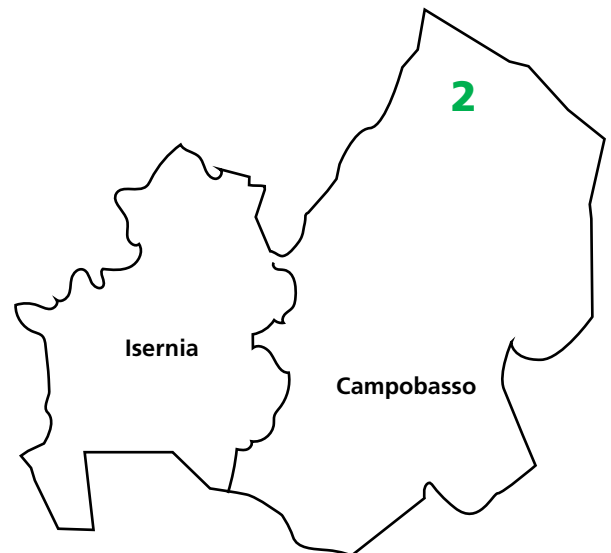


Attività fisica e sedentarietà

Nel 2019 i bambini non hanno migliorato abitudini di vita neanche nel campo del movimento e della sedentarietà, anzi sono diventati anche meno attivi di prima.



CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, MOLISE



- 0** Centri SIO
- 0** Centri SICOB
- 2** Centri Obesity Day

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	87.0	77.6	92.8	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	53.6	45.5	61.6	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	64.6	52.8	74.9	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	51.4	42.9	59.8	33.1	32.2	34.0

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

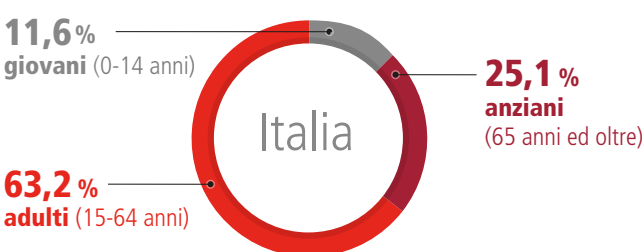
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fde mo.istat.it%2F%3F1%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C6388359279295584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BlRnuOVT10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

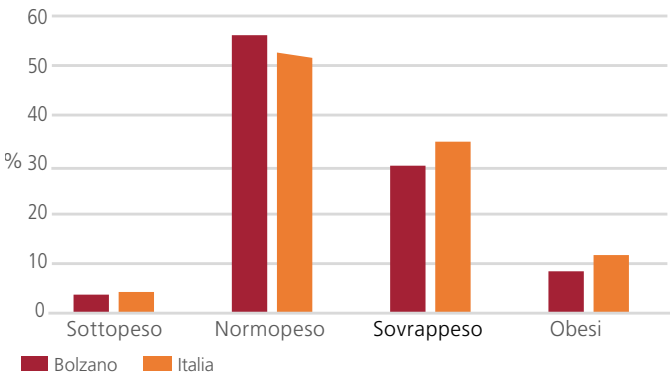
I dati dell'obesità nella Provincia Autonoma di Bolzano (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)



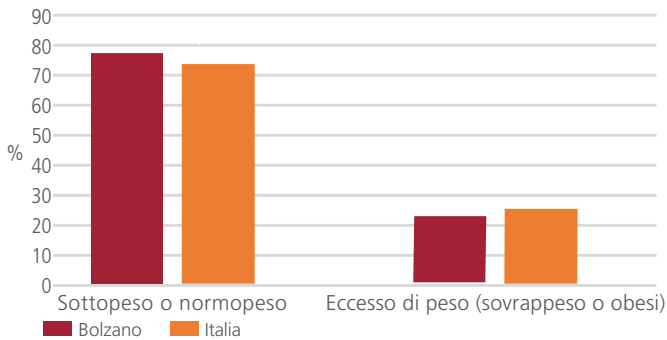
	Provincia Autonoma di Bolzano	Italia
Popolazione residente	542.534	58.971.230
Età media	44,2	47,1
Speranza di vita (M/F)	82,7/86,4	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	10,7%	9,4%

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



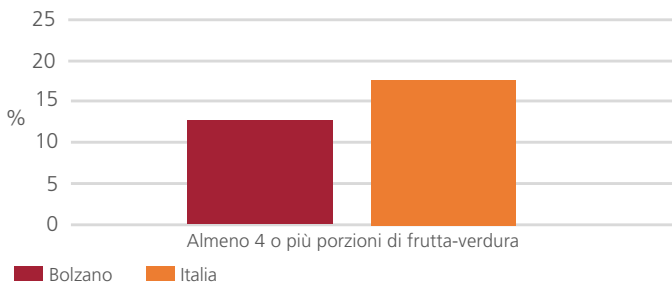
Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)

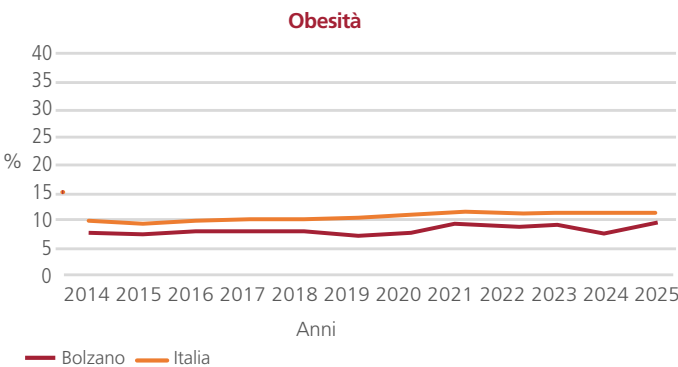
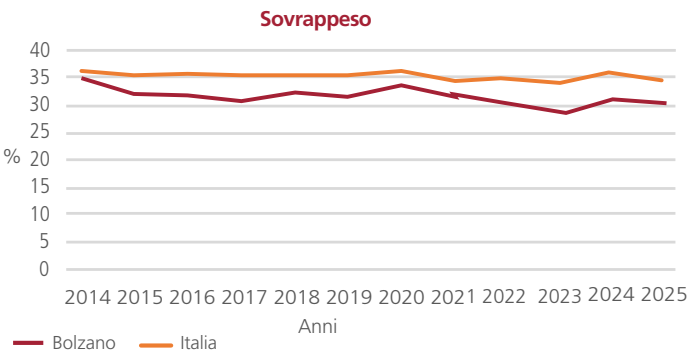


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

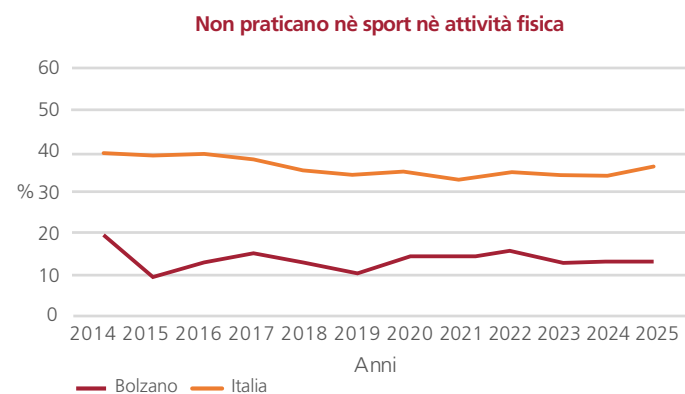
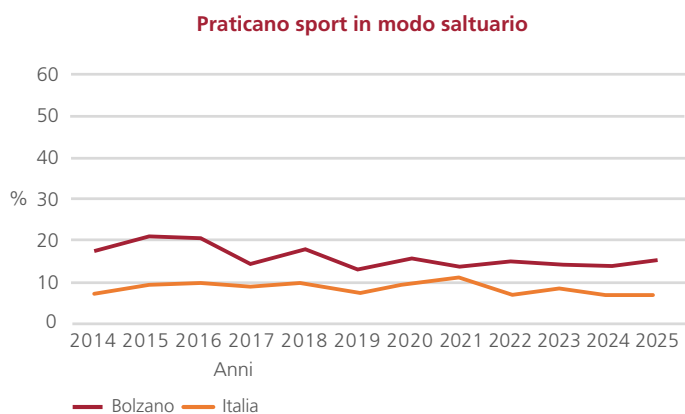
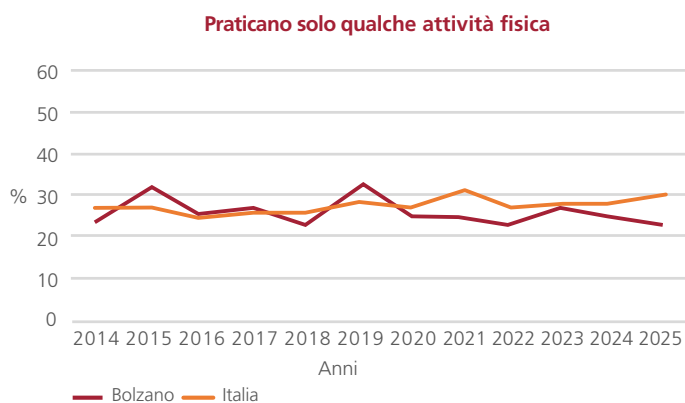
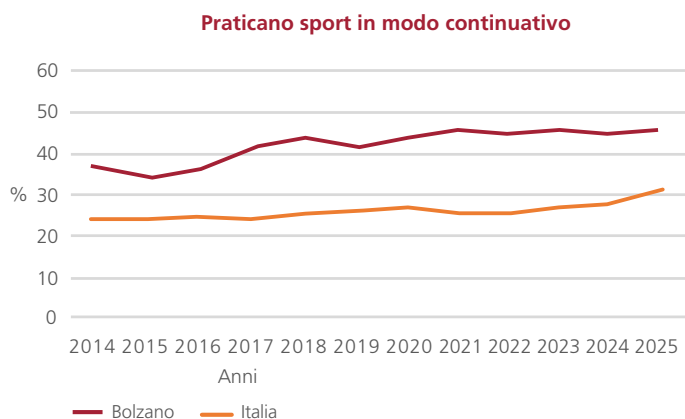
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMAN ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025

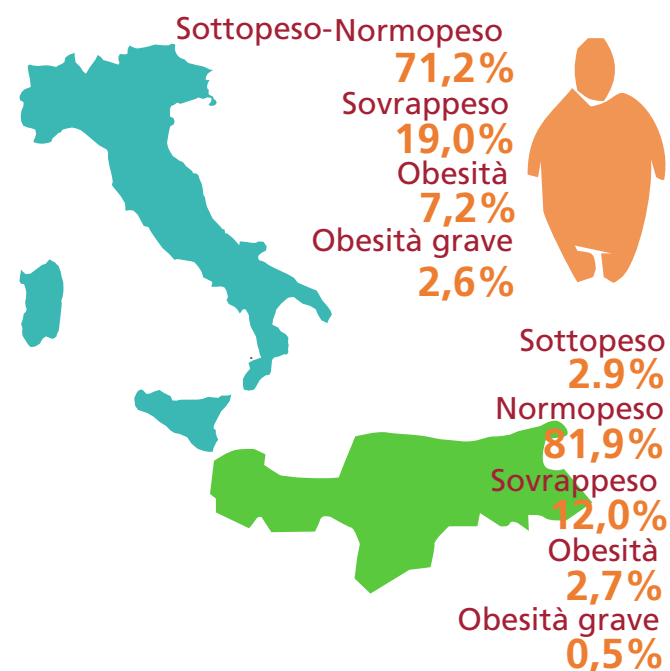


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014 - 2025



Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023 - Provincia Autonoma di Bolzano

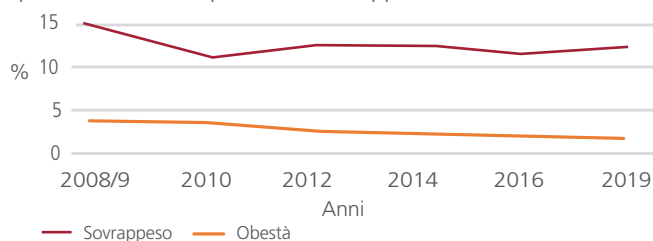


CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

Trend regionale sovrappeso e obesità, Provincia di Bolzano OKkio alla Salute

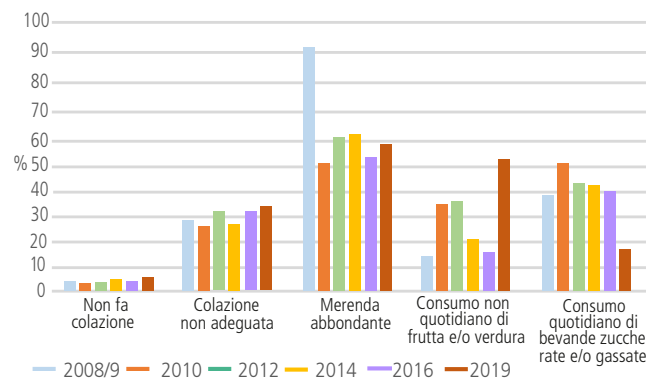
SOVRAPPESO-OBESITÀ

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra provincia si assiste a valori di prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi stabili. Complessivamente il 16,1% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.



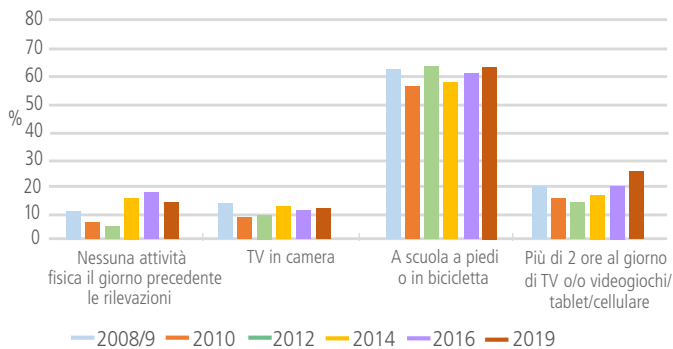
Cattive abitudini alimentari

La sesta raccolta conferma la diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Rispetto agli anni precedenti si osserva una diminuzione della prevalenza di bambini che mangiano cinque porzioni di frutta e verdura al giorno.



Attività fisica e sedentarietà

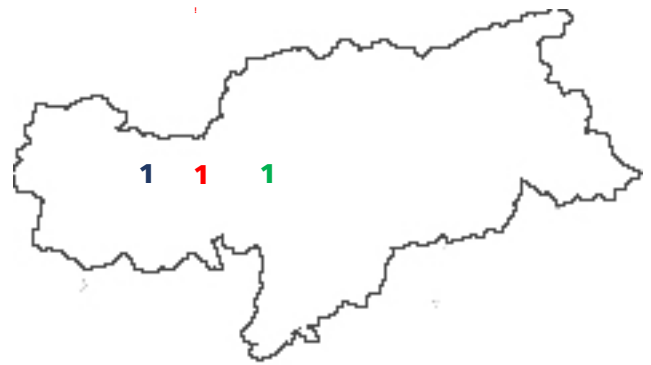
I dati raccolti evidenziano che i bambini della nostra provincia fanno tanto movimento, rispetto alle precedenti rilevazioni è aumentata la prevalenza di bambini che trascorrono più di due ore al televisore o ai videogiochi/tablet/cejjulare.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	65.7	53.2	78.4	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	26.6	21.0	33.1	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	48.4	36.4	60.6	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	22.2	17.0	28.5	33.1	32.2	34.0

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, BOLZANO



1 Centri SIO

1 Centri SICOB

1 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiilwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWfPbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

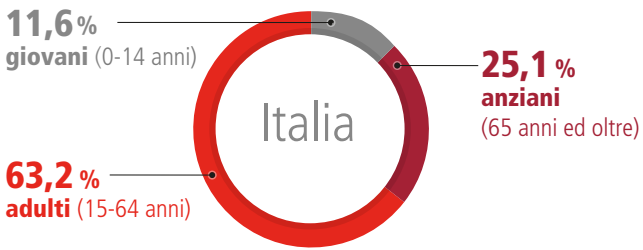
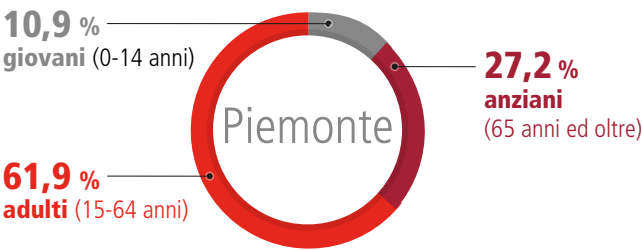
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C6388359279295584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiilwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWfPbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BlRnuOVTI10a9wI69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

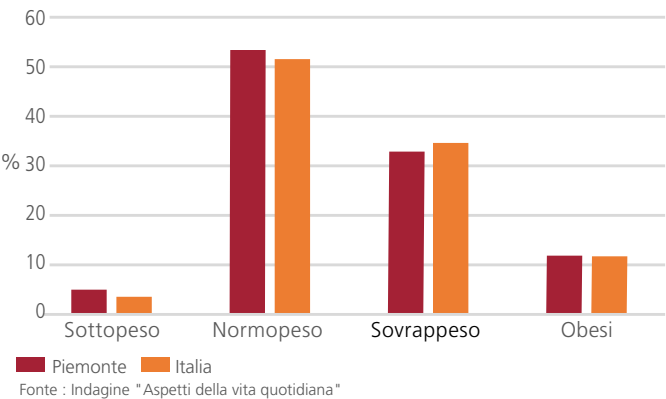
I dati dell'obesità in Piemonte (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

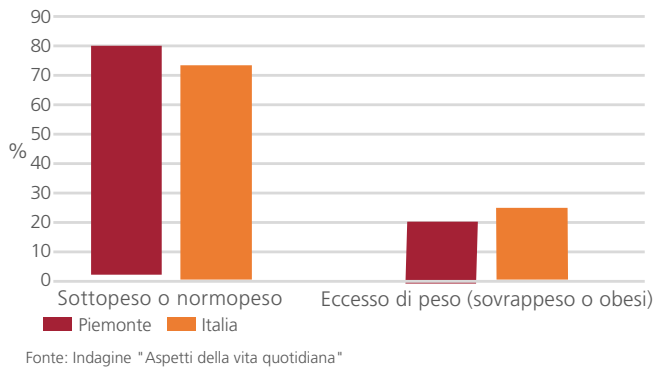


	Piemonte	Italia
Popolazione residente	4.255.700	58.942.800
Età media	48,3	47,1
Speranza di vita (M/F)	81,6/85,7	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	10,5%	9,4%

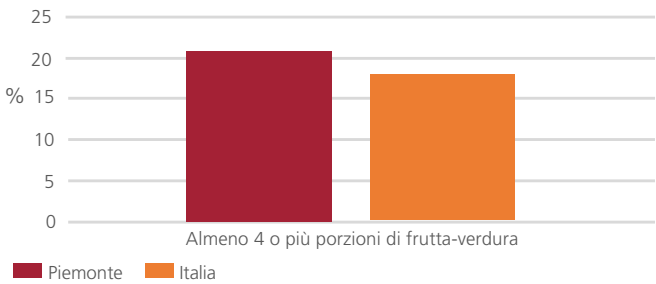
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025



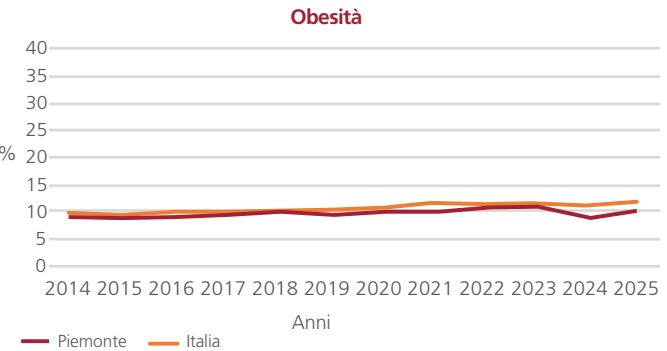
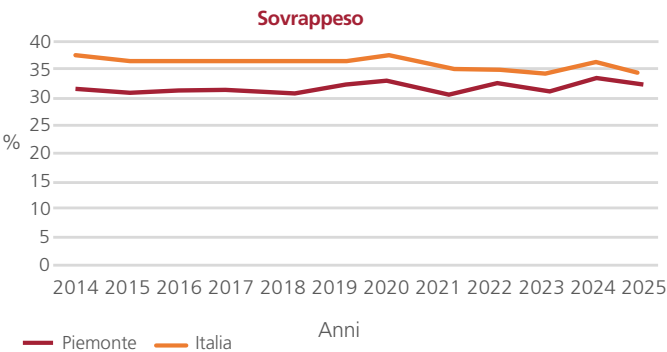
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025 (per 100 persone di 3-17 anni)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025 (per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)

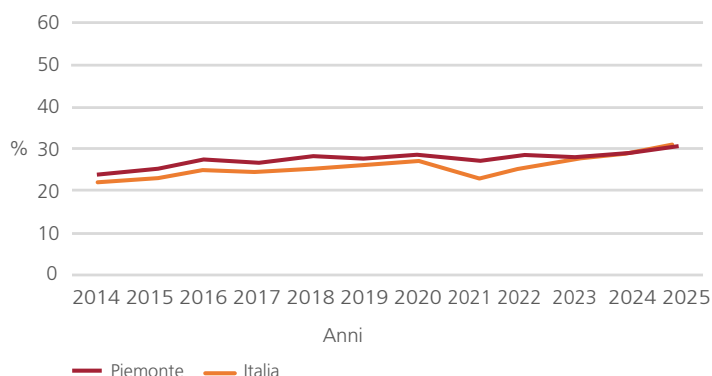


% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025

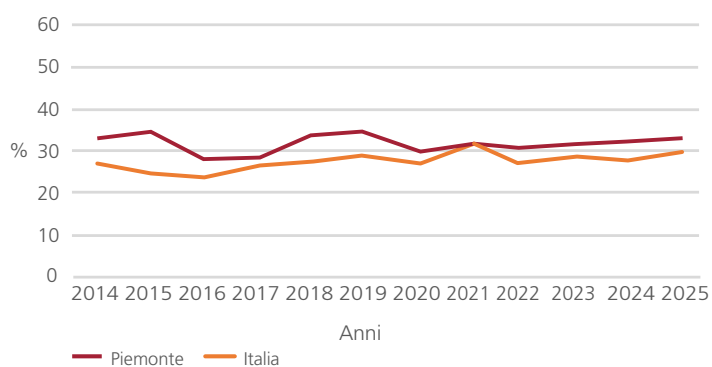


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2014 -2025 (per 100 persone di 3 anni e più)

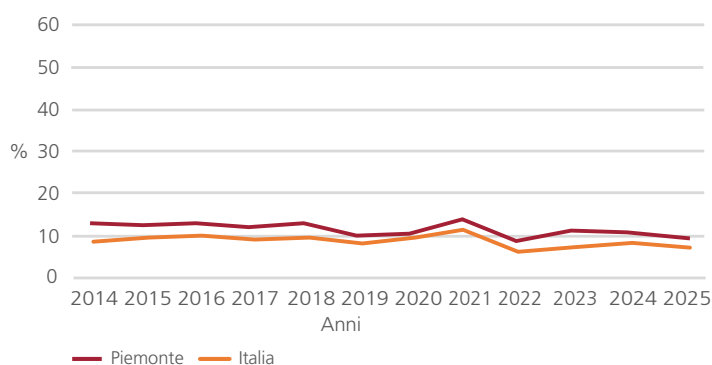
Praticano sport in modo continuativo



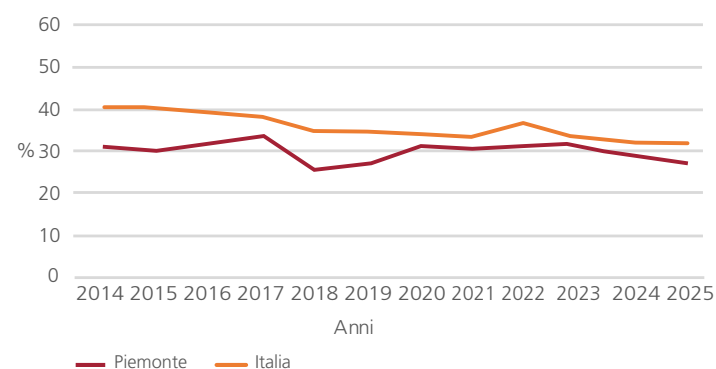
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



Non praticano né sport né attività fisica



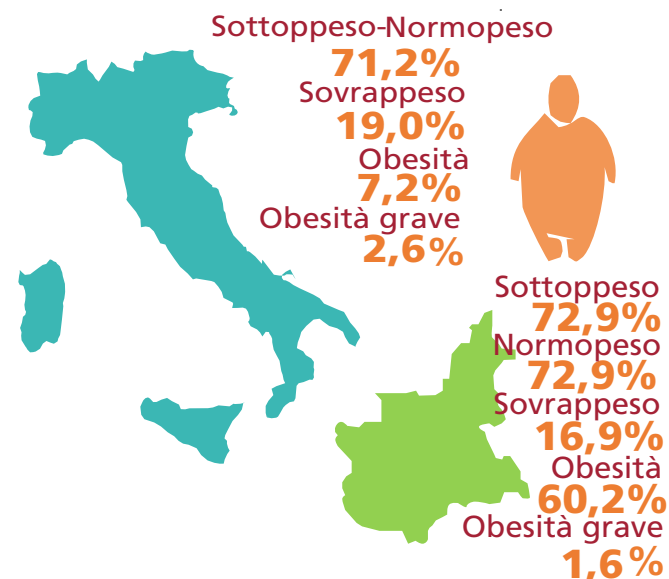
Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023 - PIEMONTE

Sovrappeso e obesità nei bambini

Il sovrappeso e l'obesità in giovane età hanno implicazioni a breve e lungo termine sulla salute e rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta in Piemonte

1 bambino su 4 presenta un eccesso di peso

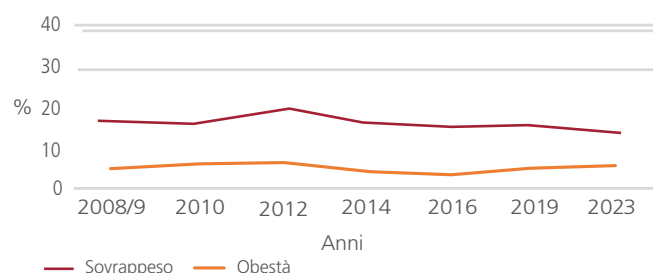


CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

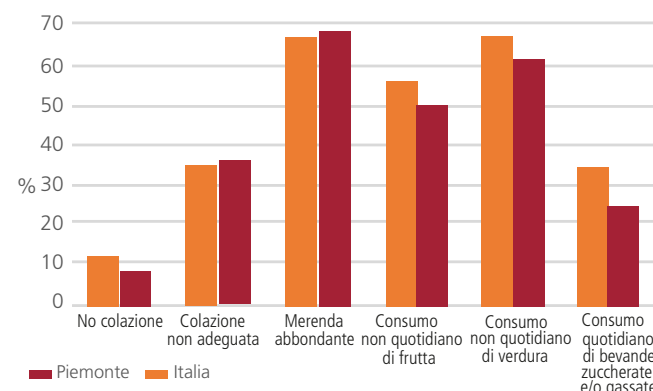
Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Piemonte OKKIO alla Salute

SOVRAPPESO-OBESITÀ

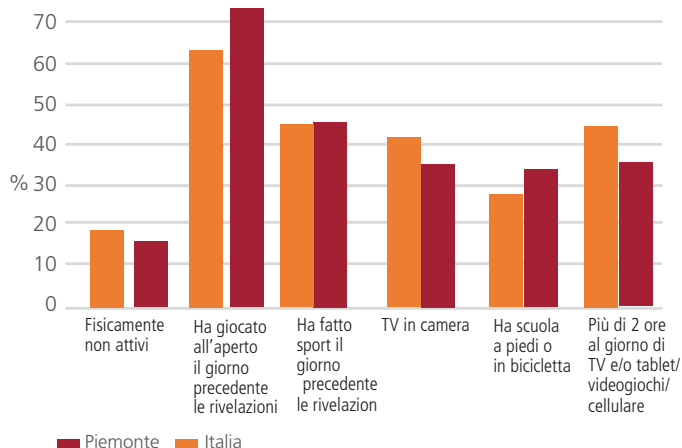
Rispetto alle osservazioni precedenti resta pressoché stabile la quota di bambini sovrappeso. È aumentata di un punto percentuale la prevalenza di obesità rispetto al 2018. I valori della Regione, per quanto riguarda i bambini in condizione di sovrappeso e obesità, risultano inferiori al dato nazionale.



CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI, OKKIO ALLA SALUTE



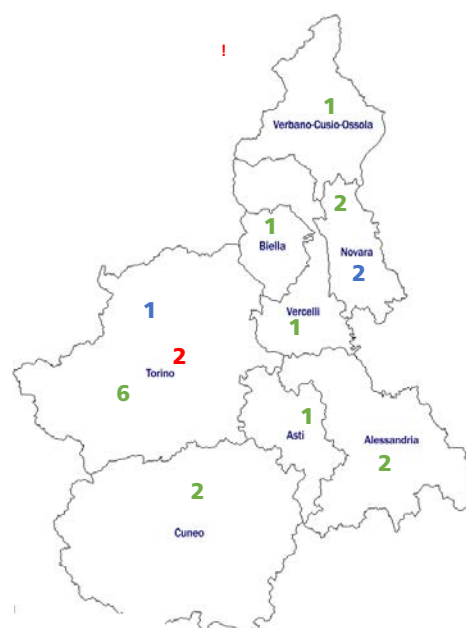
ATTIVITÀ FISICA-SEDENTARIETÀ OKKIO ALLA SALUTE



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

	66	IC95% inf	IC95% sup	66	IC95% inf	IC95% sup	
1) Ipersi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	76.4	72.5	79.9	68.0	66.5	69.5	
2) Sovrappeso consigliato dal medico/operatore sanitario di perdere peso	41.0	38.4	43.5	34.5	33.6	35.5	
3) Ipersi consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	58.5	53.9	62.8	50.3	48.6	51.9	
4) Sovrappeso consigliato dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	37.0	34.4	39.5	33.1	32.2	34.0	

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, PIEMONTE



3 Centri SIO
3 Centri SICOB
16 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiilwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWfPbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11u xpN%2F4fw53wYW8Zl%3D&reserved=0

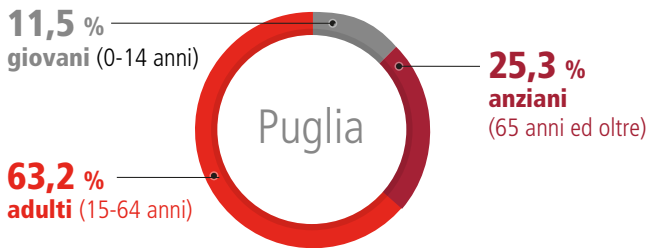
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F1%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaa%7C1%7C0%7C6388359279295584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiilwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWfPbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BlRnuOVT10a9wl69VX43lI0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

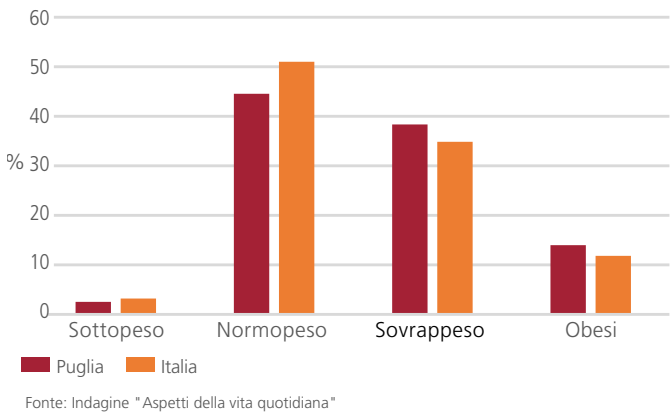
I dati dell'obesità nella Puglia (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

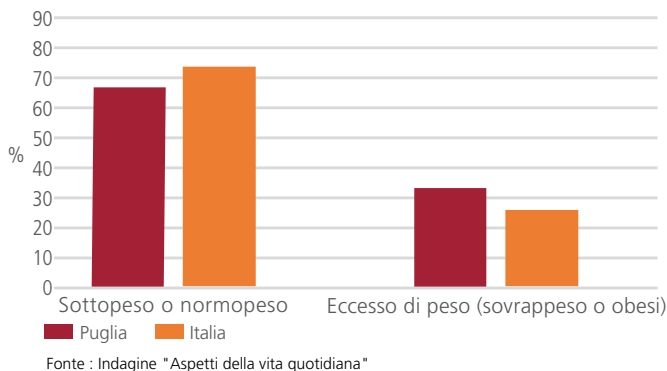


	Puglia	Italia
Popolazione residente	3.865.300	58.942.800
Età media	47,0	47,1
Speranza di vita (M/F)	81,5/85,6	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	4,3%	9,4%

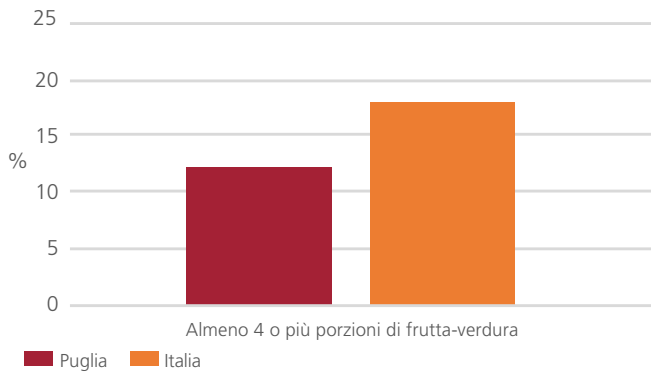
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



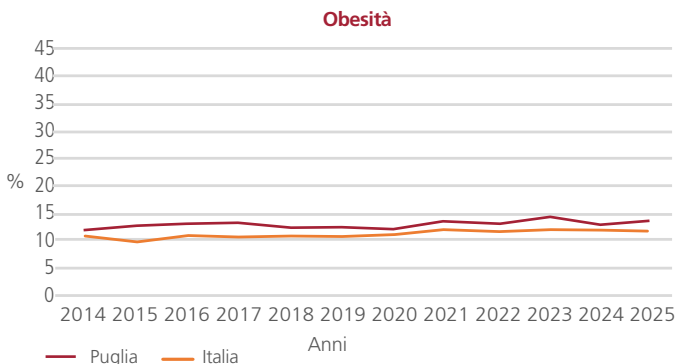
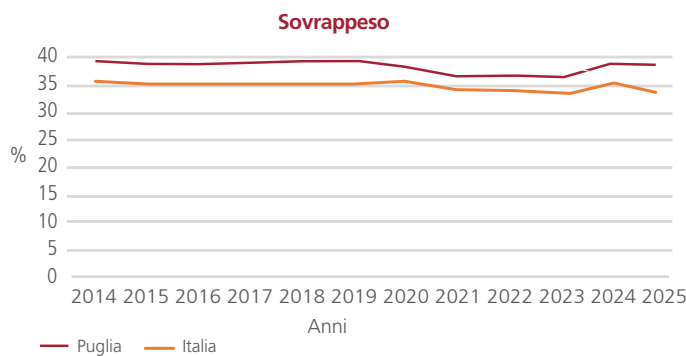
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



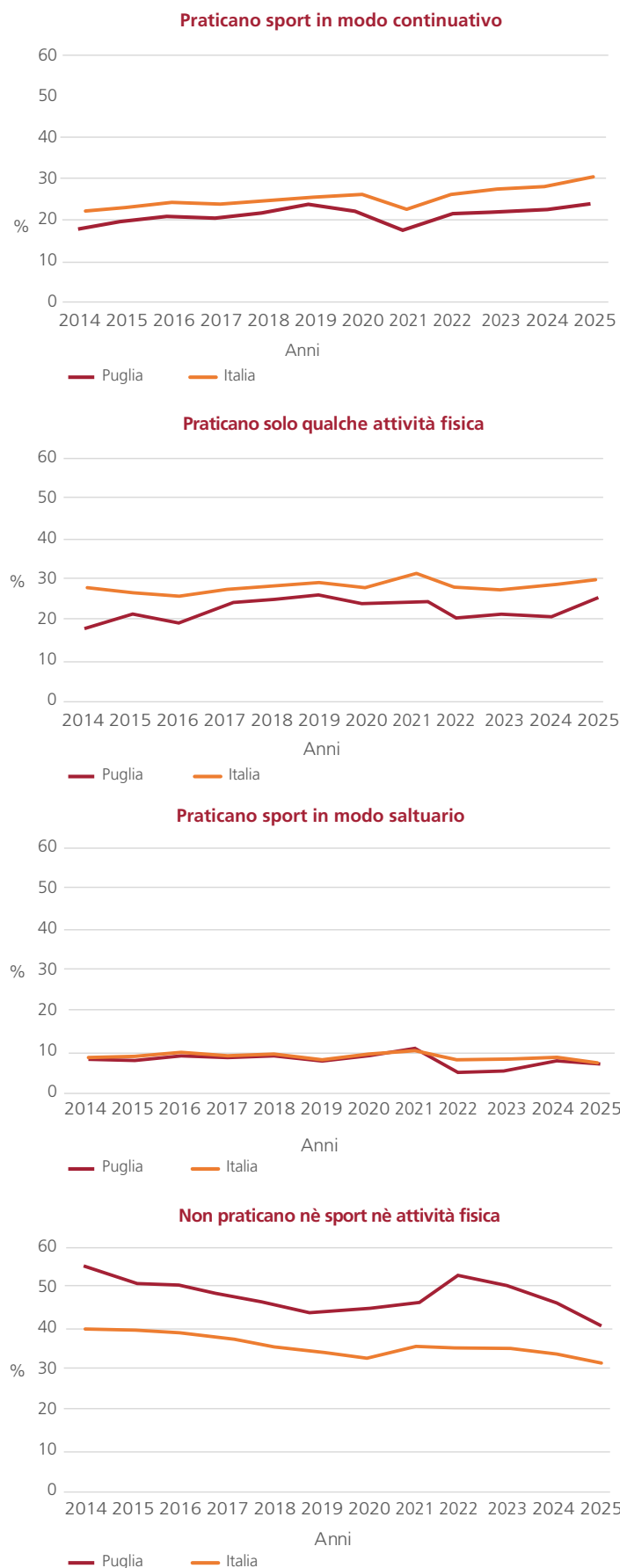
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014 - 2025

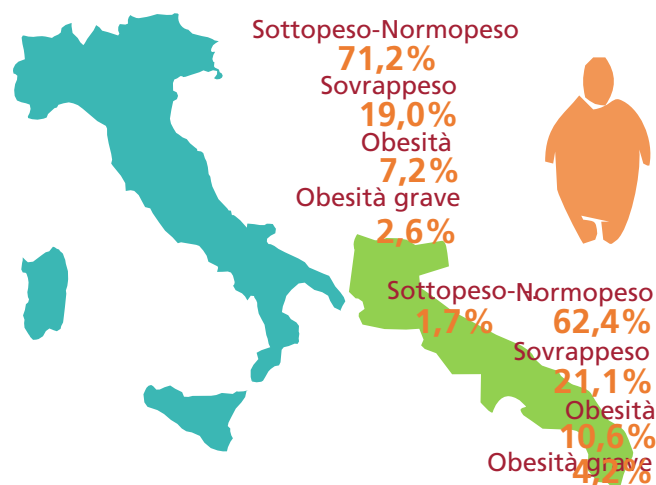


Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023 - PUGLIA

Sovrappeso e obesità nei bambini

Nel 2019 la prevalenza dell'eccesso ponderale nei bambini della regione Puglia è aumentata rispetto al 2016. Rispetto alla media nazionale la Puglia registra un incremento preoccupante della prevalenza di bambini obesi e con obesità grave.



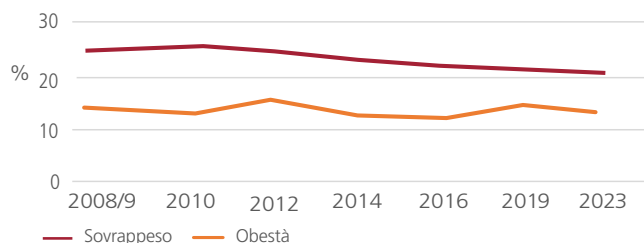
CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Puglia OKkio alla Salute

SOVRAPPESO-OBESITÀ

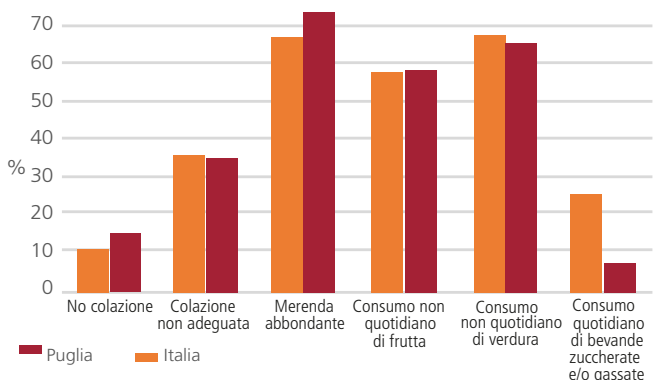
In linea con le precedenti rilevazioni nella nostra Regione si assiste ad una continua leggera flessione della prevalenza di bambini in sovrappeso.

La prevalenza dell'obesità è aumentata in modo preoccupante rispetto al 2016.



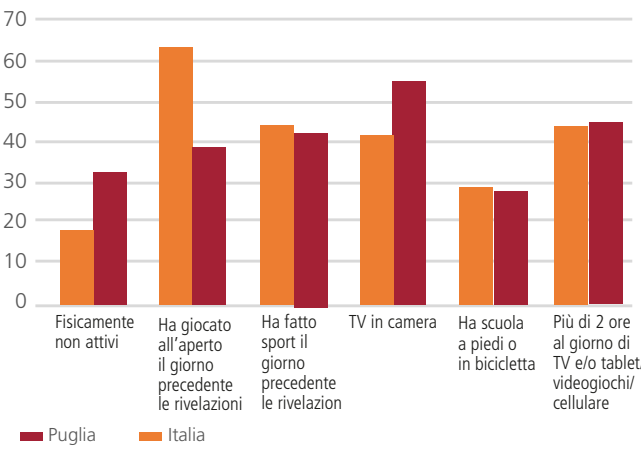
CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI, OKKIO ALLA SALUTE

Purtroppo la presenza di bambini che fanno una colazione non adeguata è in costante crescita, mentre la prevalenza di bambini che fanno una merenda abbondante è aumentata rispetto al 2016. Il consumo di frutta e verdura rimane in linea con i dati degli anni scorsi. In costante diminuzione il consumo di bevande gassate o/e zuccherate.



ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ
OKKIO ALLA SALUTE

L'attività fisica, insieme un'alimentazione qualitativamente equilibrata, è un fattore importante per migliorare la salute dell'individuo riducendo il rischio, a lungo termine, di patologie cronico-degenerative. In Puglia aumentano i bambini che svolgono attività sedentarie in misura maggiore rispetto alla media nazionale



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	48.0	43.3	52.7	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	19.2	17.2	21.3	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	38.7	34.2	43.3	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	18.3	16.4	20.4	33.1	32.2	34.0

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

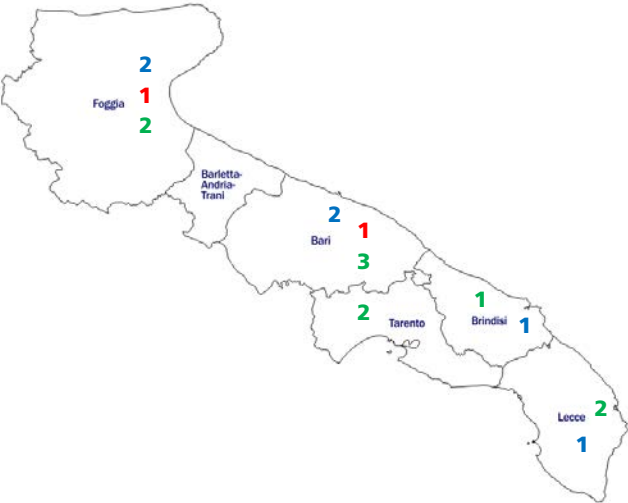
2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilslkFOljoiTWFpbCIsIlIdUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilslkFOljoiTWFpbCIsIlIdUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wI69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita "

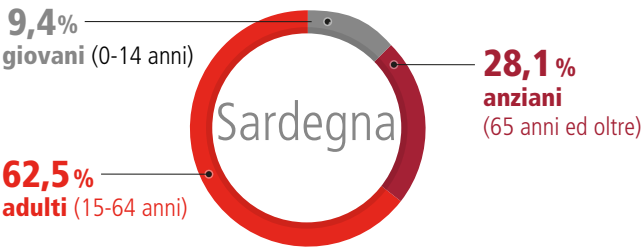
CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, PUGLIA



2 Centri SIO
6 Centri SICOB
10 Centri Obesity Day

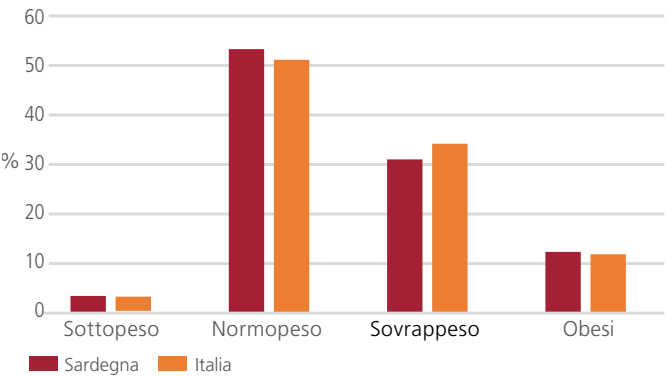
I dati dell'obesità in Sardegna (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)



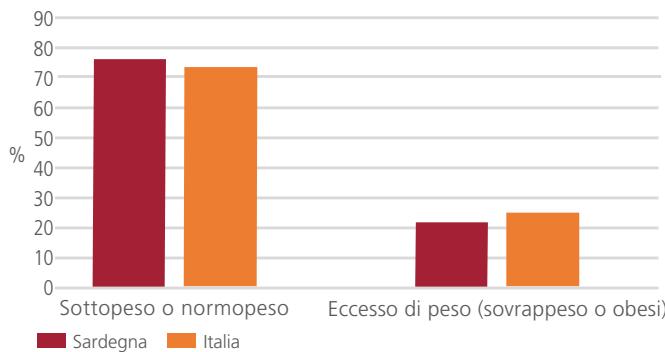
	Sardegna	Italia
Popolazione residente	1.554.500	58.942.800
Età media	49,6	47,1
Speranza di vita (M/F)	80,6/85,7	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	3,7%	0,4%

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



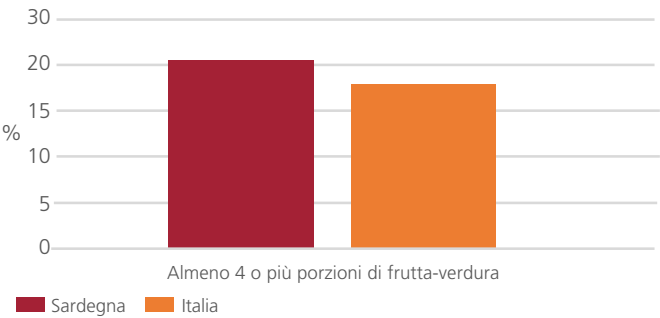
Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)

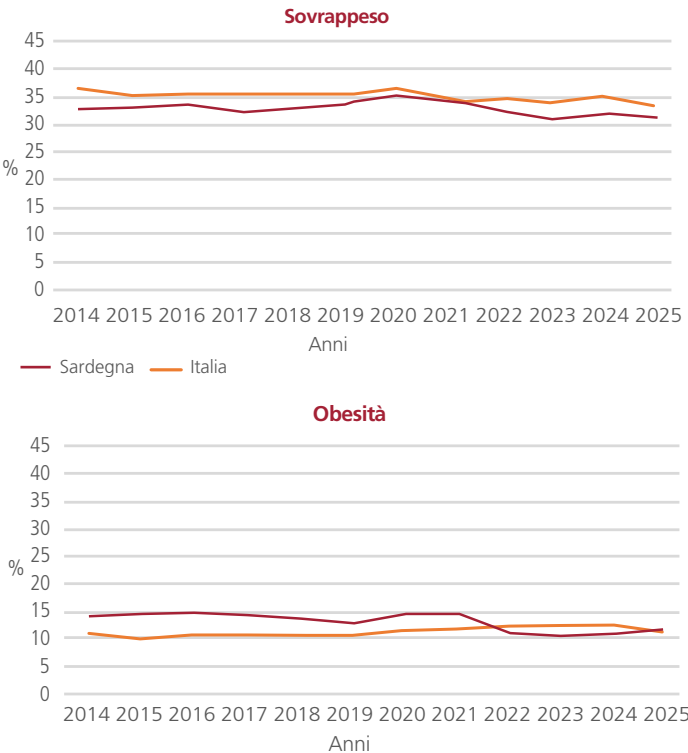


Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

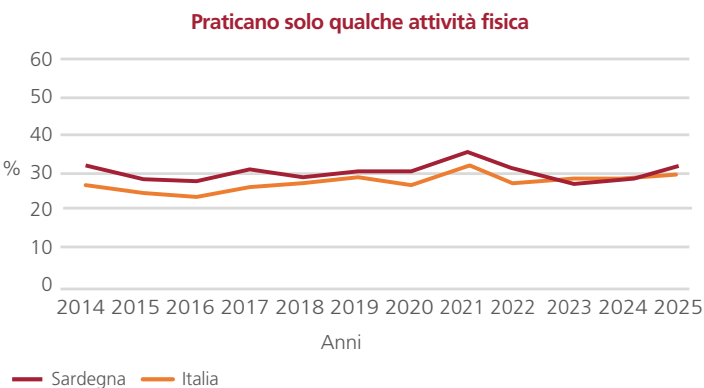
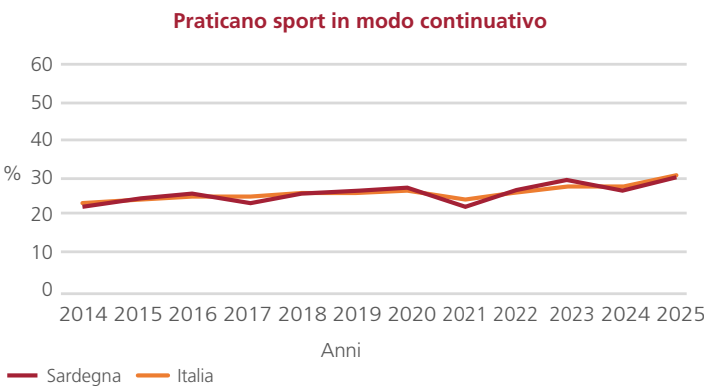
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2014 - 2025

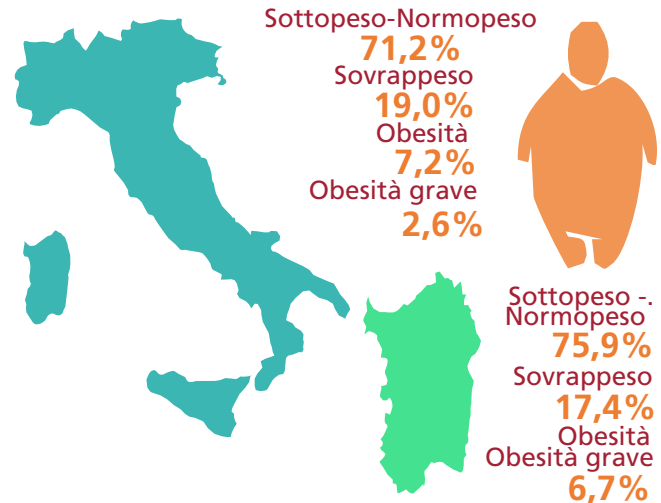


Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

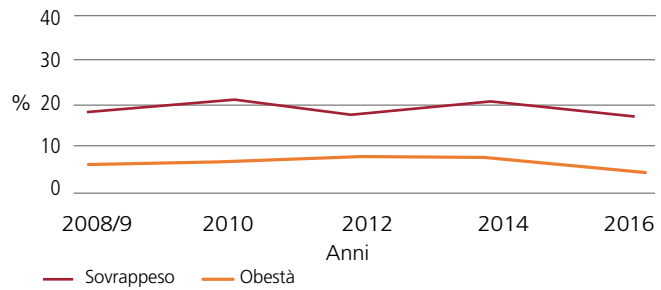
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - SARDEGNA

Sovrappeso e obesità nei bambini

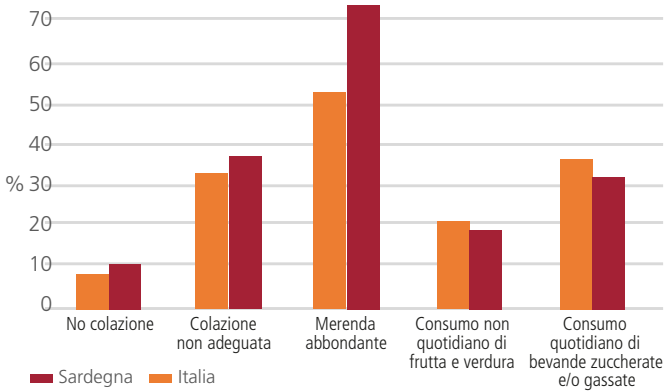
Nel 2019 i bambini in sovrappeso sono il 17,2% e gli obesi sono il 5,5%, compresi i gravemente obesi che rappresentano lo 0,7%.



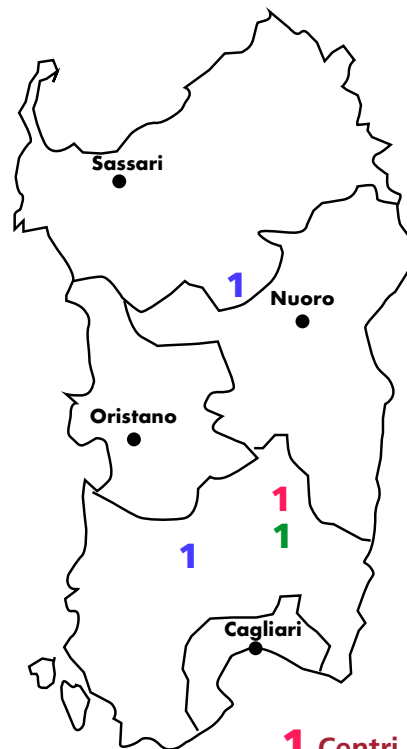
dati 2026



Cattive abitudini alimentari



CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, SARDEGNA

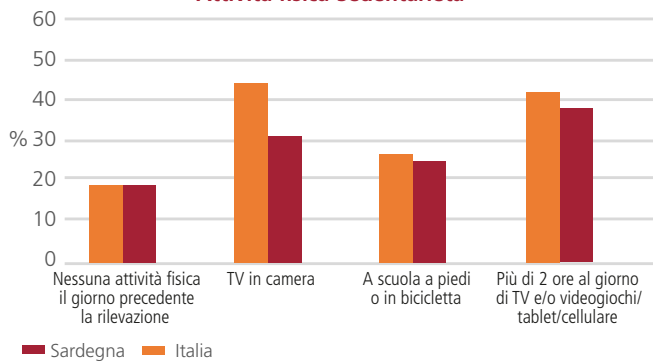


1 Centri SIO

2 Centri SICOB

1 Centri Obesity Day

Attività fisica-Sedentarietà



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	78.0	70.0	83.8	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	44.8	40.0	49.7	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	65.2	57.4	72.2	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	43.2	38.7	47.8	33.1	32.2	34.0

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11u xpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

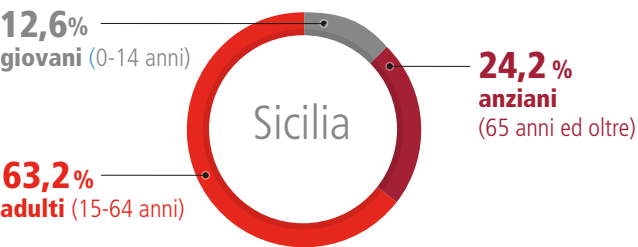
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fde.mo.istat.it%2F%3FIl%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

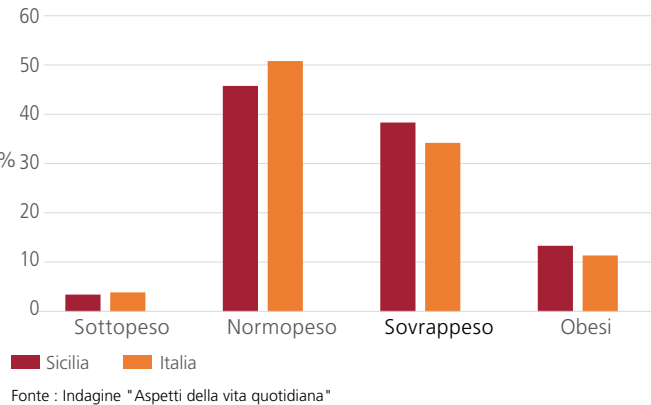
I dati dell'obesità in Sicilia (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

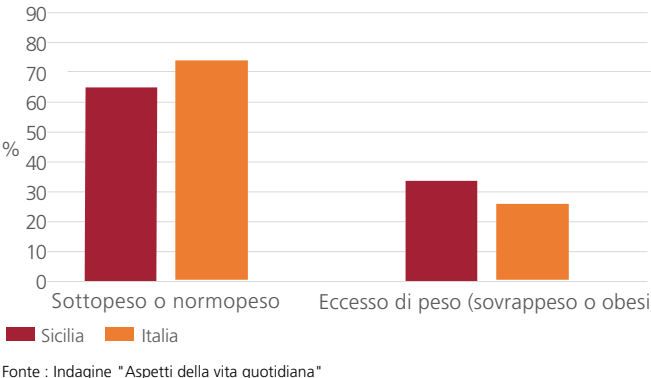


	Sicilia	Italia
Popolazione residente	4.775.200	58.942.800
Età media	46,0	47,1
Speranza di vita (M/F)	80.7/84,6	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	4,6%	9,4%

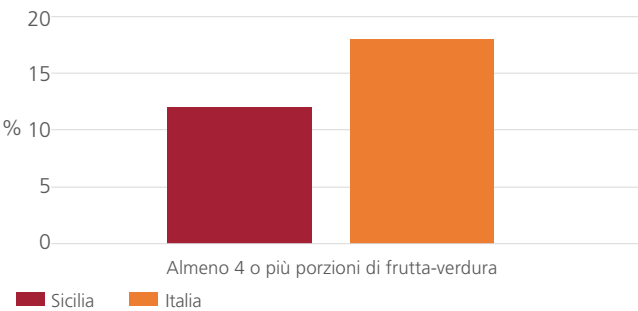
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



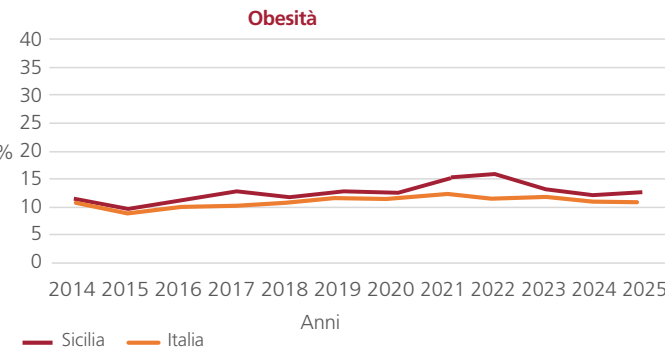
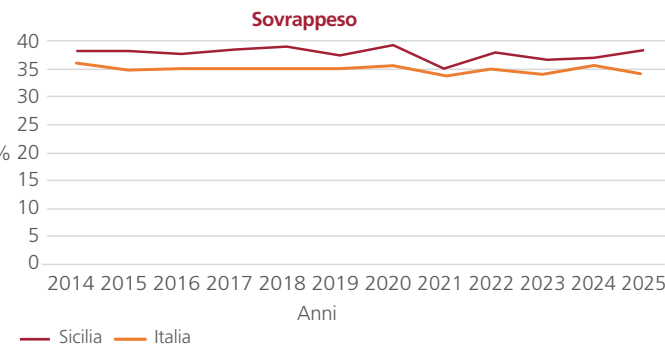
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



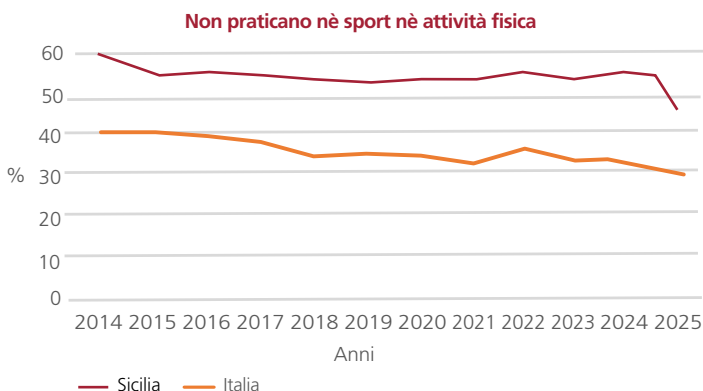
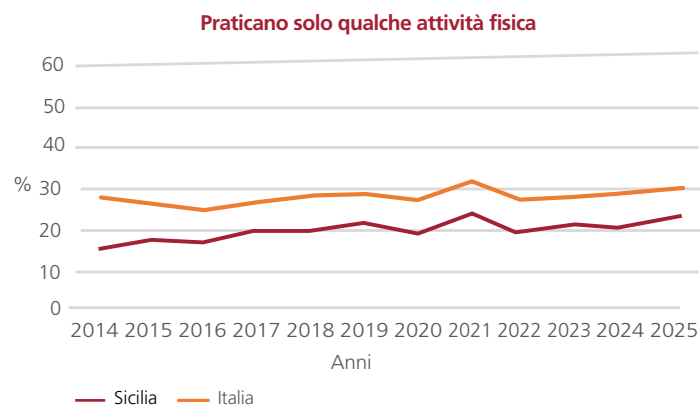
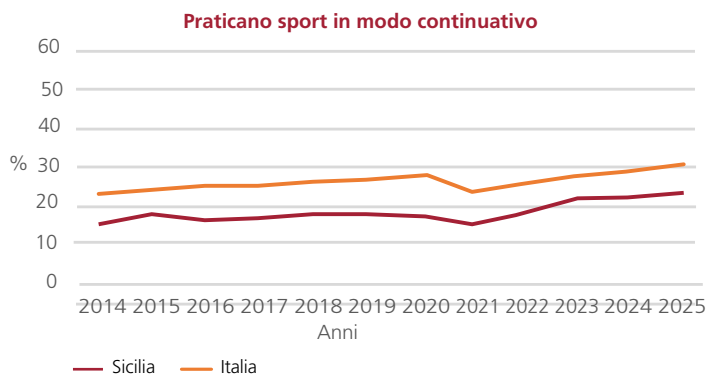
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



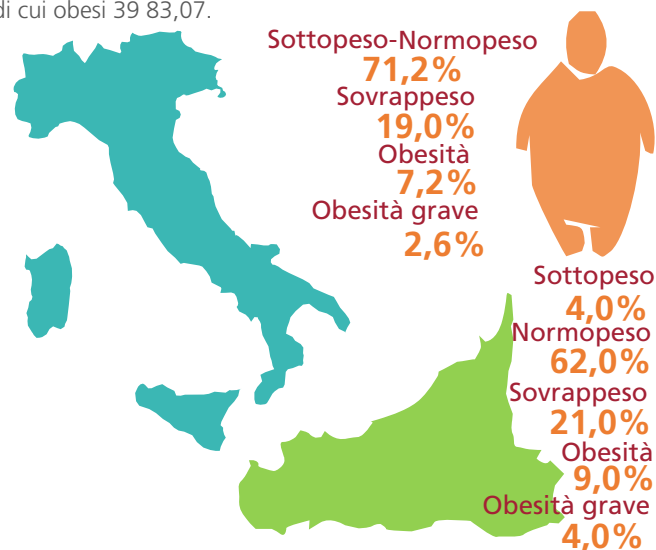
ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014 - 2025



Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023 - SICILIA

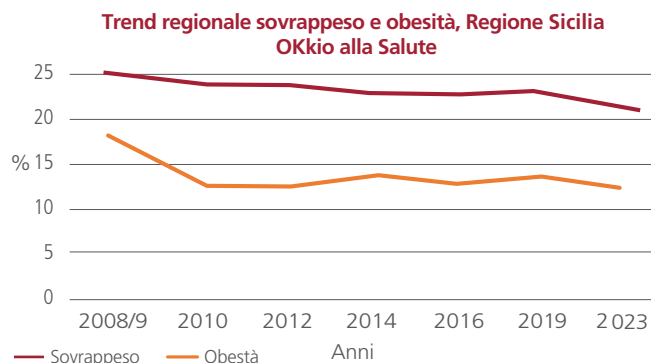
Il 36,6% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 104.128, di cui obesi 39.830,7.



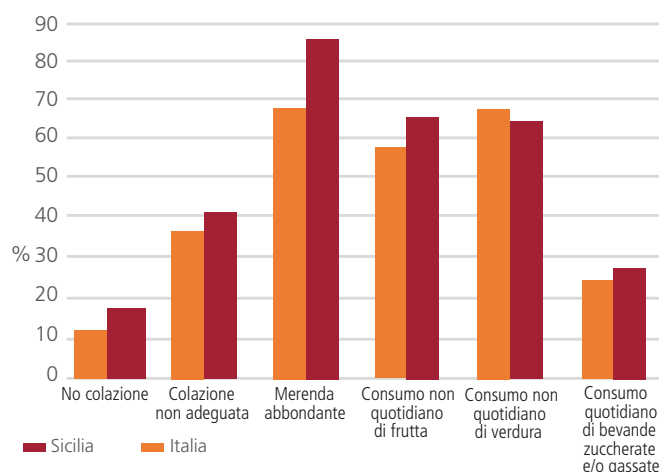
CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

SOVRAPPESO E OBESITÀ

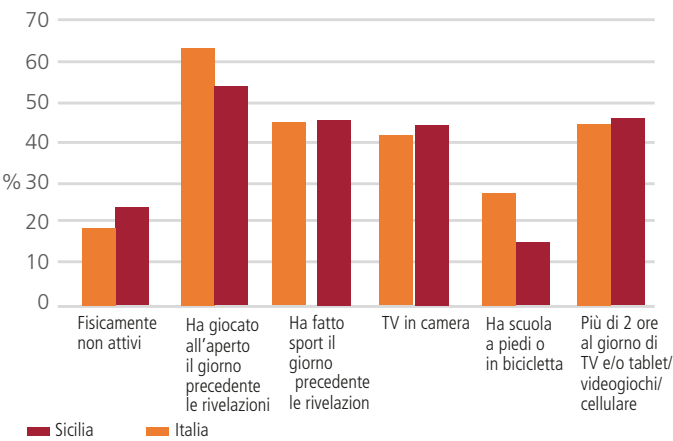
Rispetto alle precedenti rilevazioni nella Regione Sicilia si assiste ad una diminuzione della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.



CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI, OKKIO ALLA SALUTE



ATTIVITÀ FISICA-SEDENTARIETÀ
OKKIO ALLA SALUTE 2023



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	63.0	55.8	69.6	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	33.5	28.9	38.5	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	41.6	34.0	49.5	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	35.7	31.1	40.6	33.1	32.2	34.0

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, SICILIA



- 2 Centri SIO
- 8 Centri SICOB
- 3 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWFPbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8Zl%3D&reserved=0

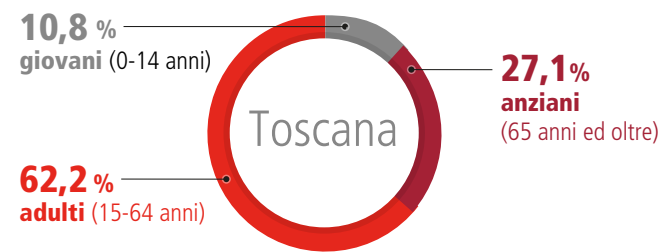
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3FIl%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWFPbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wI69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

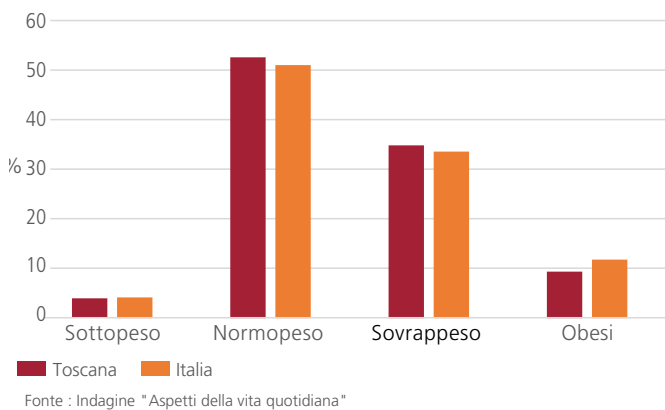
I dati dell'obesità in Toscana (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

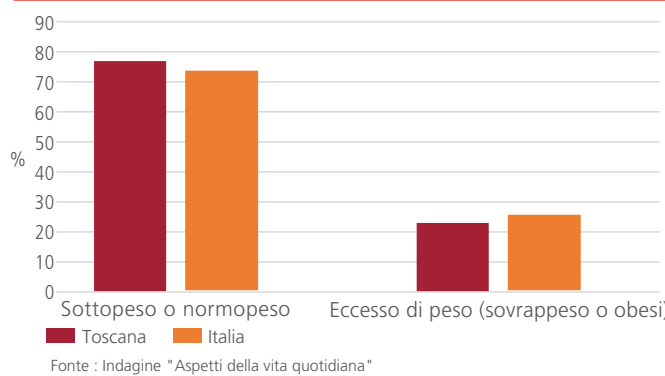


	TOSCANA	ITALIA
Popolazione residente	3.659.200	58.942.800
Età media	48,4	47,2
Speranza di vita (M/F)	82,5/86,2	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	12,3%	9,4%

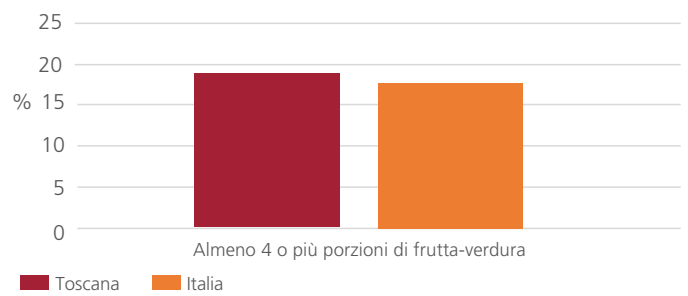
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



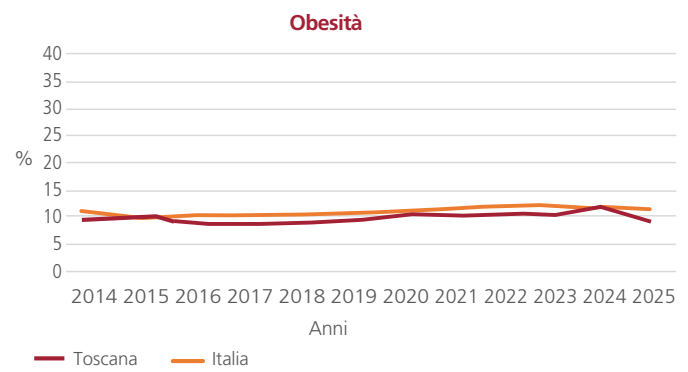
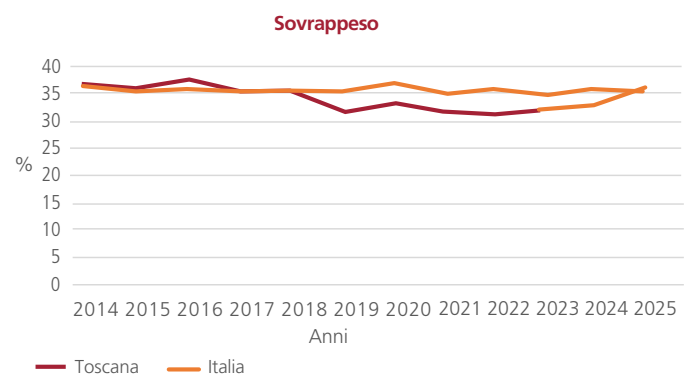
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



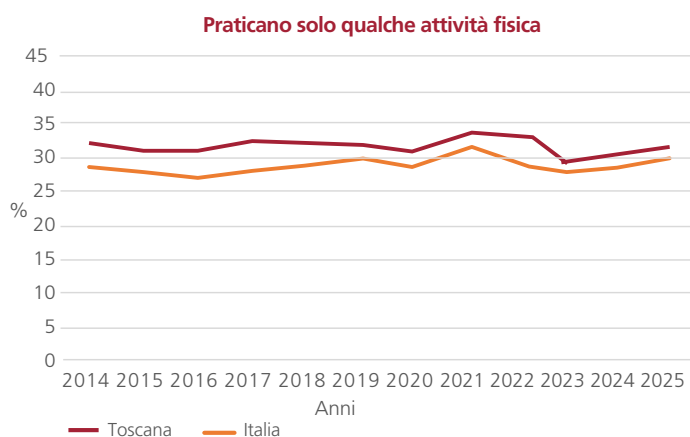
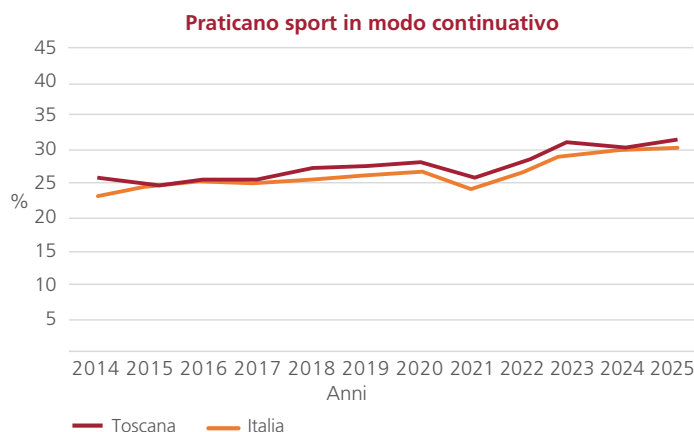
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2014 - 2025



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023 - TOSCANA

Sovrappeso e obesità nei bambini

il sovrappeso e l'obesità in giovane età hanno implicazioni a breve e allungo termine sulla salute rappresentano un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie in età adulta. Nelle regione Toscana il **5,5%** dei bambini è obeso, il **19,2%** sovrappeso, il **73,1%** normopeso e l'**1%** sottopeso. Quasi 3 bambini su 10 presentano un eccesso di peso.



CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

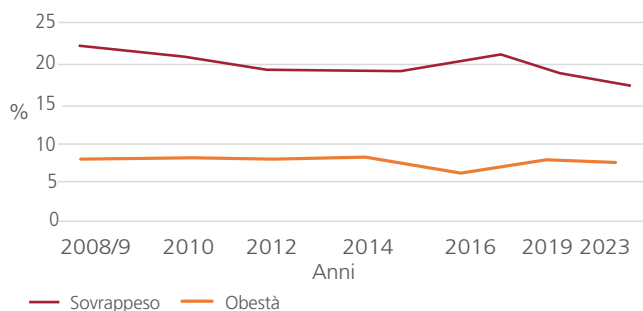
SOVRAPPESO

Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra regione si rileva una leggera flessione della prevalenza di bambini in sovrappeso.

OBESITÀ

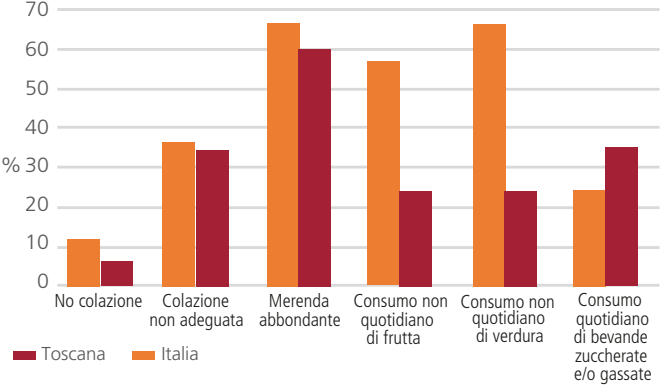
I valori dell'obesità sono invece sostanzialmente invariati.

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Sicilia OKKio alla Salute



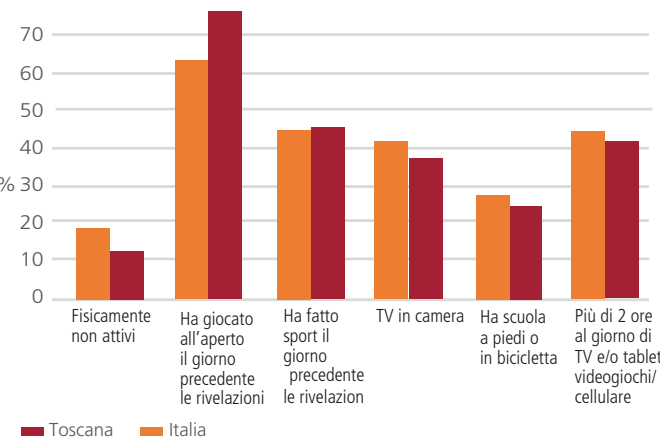
CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI
OKKIO ALLA SALUTE 2023

Una dieta qualitativamente equilibrata, in termini di bilancio fra i grassi, proteine e glucidi, e la sua giusta distribuzione nell’arco della giornata, contribuisce a produrre e/o a mantenere un corretto stato nutrizionale. Nella nostra Regione con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all’aumento di peso.



ATTIVITÀ FISICA E SEDENTARIETÀ

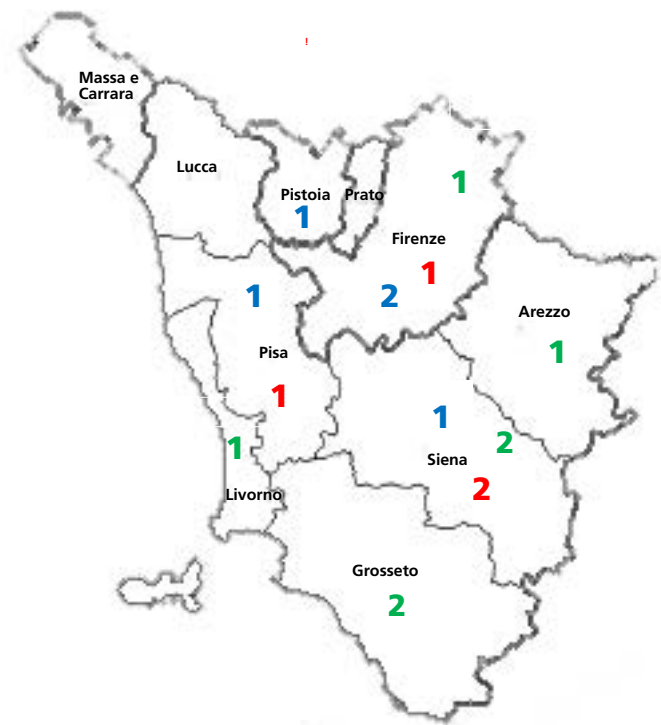
L’attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell’individuo poiché è grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative. Si consiglia che i bambini facciano attività fisica moderata/intensa ogni giorno per almeno 1 ora e che il tempo trascorso in attività sedentarie come guardare la TV/tablet/ videogiochi/cellulare non superi le due ore quotidiane,



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari									
	Regione			Italia			Valore più basso		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	Valore più basso	Valore nazionale	Valore più alto
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	70.3	65.8	74.5	68.0	66.5	69.5			
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	33.2	30.7	35.8	34.5	33.6	35.5			
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	49.5	44.5	54.5	50.3	48.6	51.9			
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	34.7	32.1	37.3	33.1	32.2	34.0			

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, TOSCANA



- 4 Centri SIO
- 5 Centri SICOB
- 7 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno-2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoITWVpbGlzdUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0>

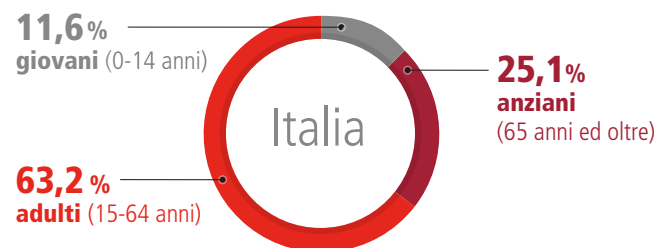
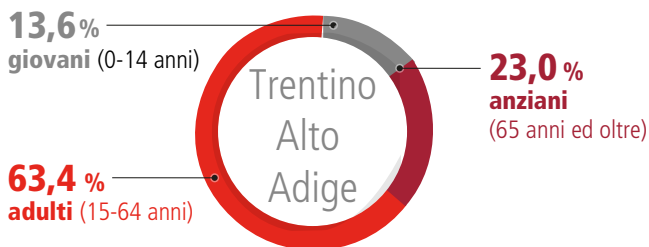
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoITWVpbGlzdUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BlRnuOVTI10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

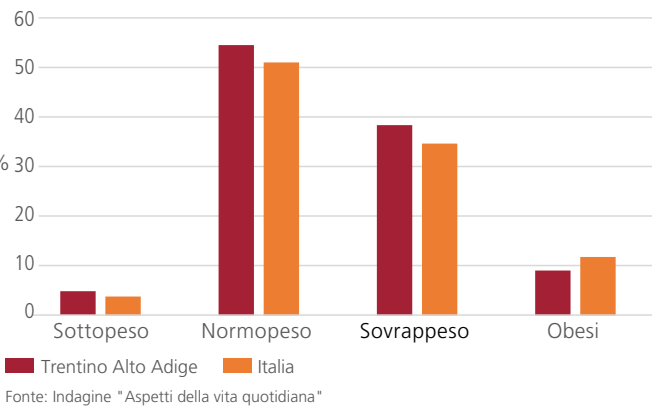
I dati dell'obesità in Trentino Alto Adige (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2024
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

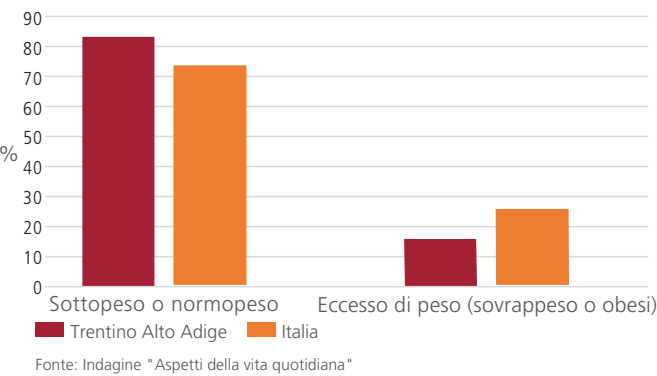


	Trentino Alto Adige	Italia
Popolazione residente	1.090.818	58.942.800
Età media	45,2	47,1
Speranza di vita (M/F)	82,8/86,8	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	9,8%	9,4%

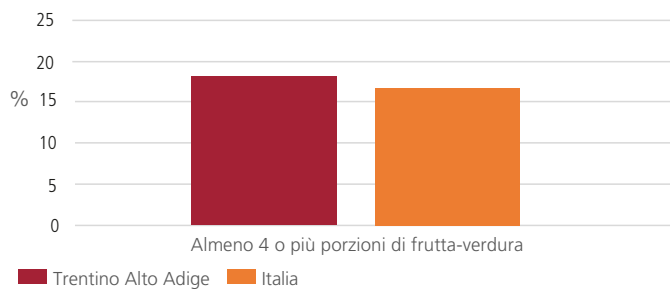
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



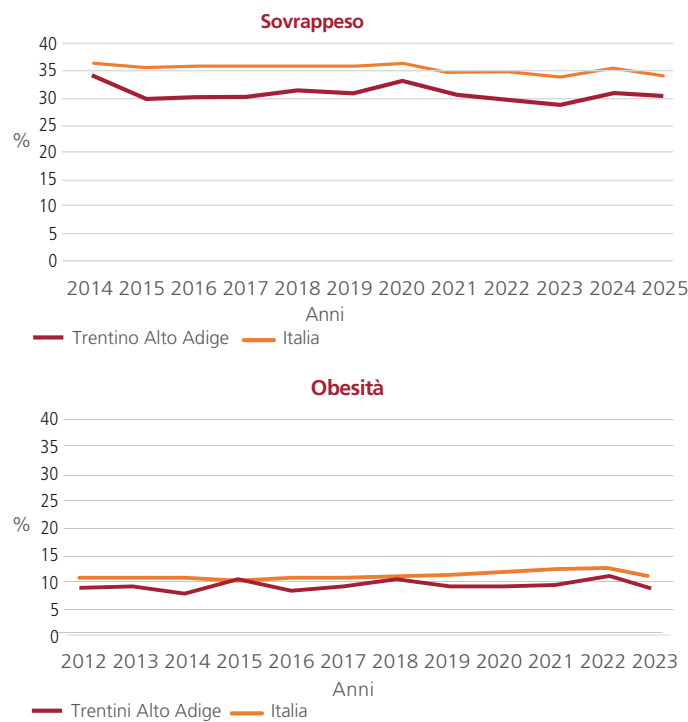
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO
ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA
O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)

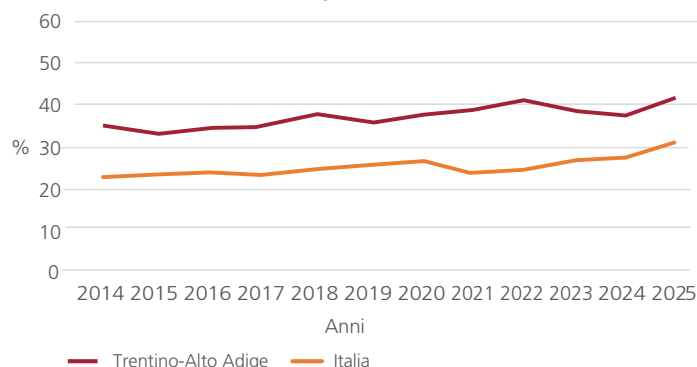


% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025

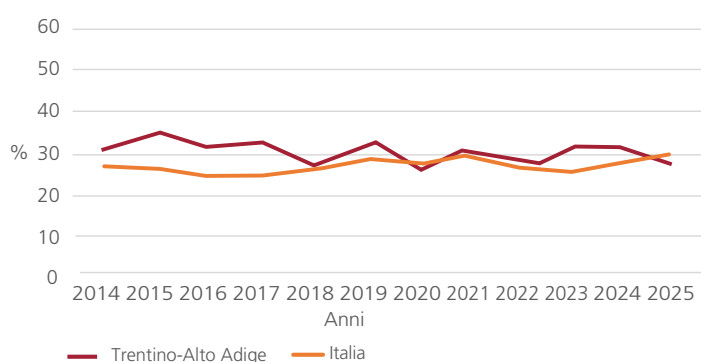


ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014-2025, (per 100 persone di 3 anni e più)

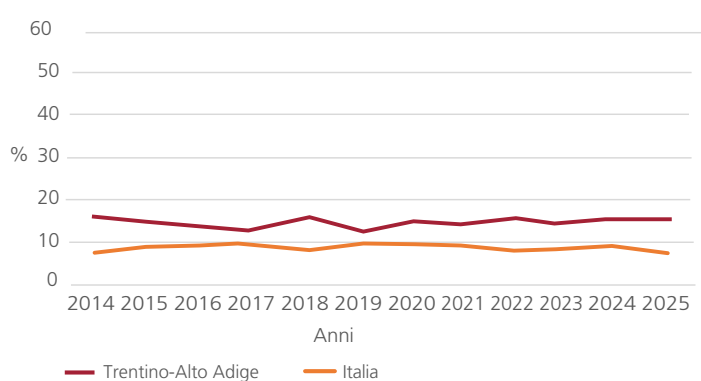
Praticano sport in modo continuativo



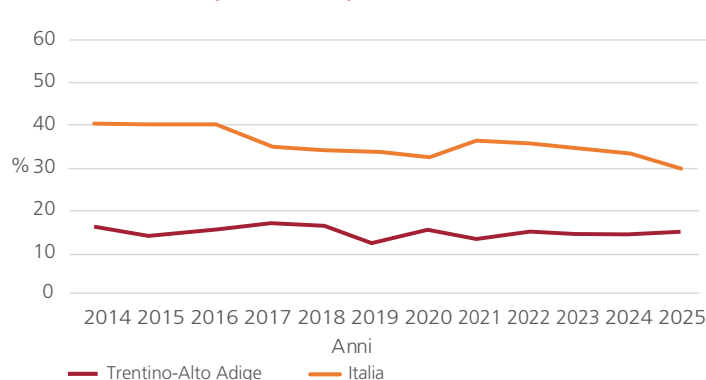
Praticano solo qualche attività fisica



Praticano sport in modo saltuario



Non praticano né sport né attività fisica

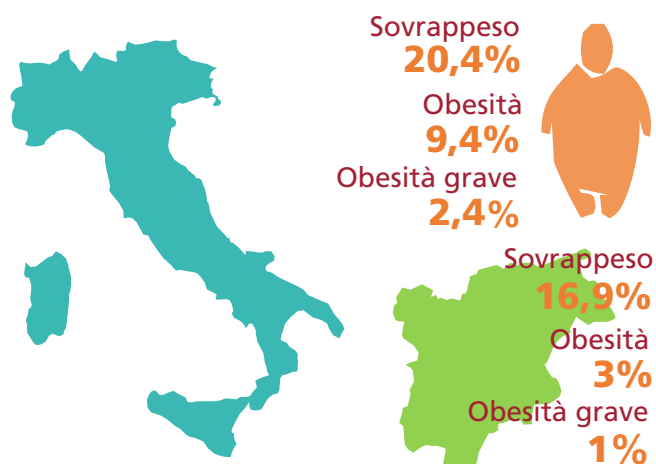


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

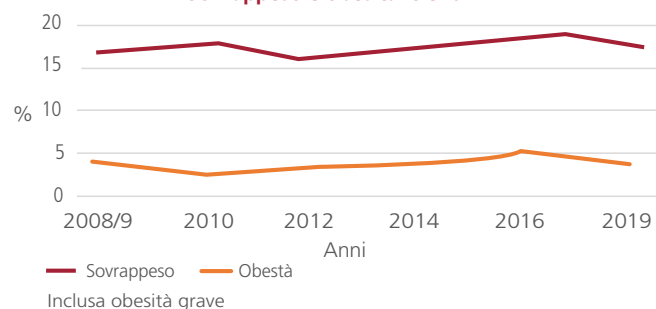
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - Trentino Alto Adige

Sovrappeso e obesità nei bambini

Il 79% delle bambine e bambini trentini è sottoponderoso, il 21% è in eccesso ponderale. Sovrappeso e obesità sono inferiori alla media nazionale; la provincia di Trento e la terza regione con valori più bassi. Applicando queste percentuali al totale delle bambine e bambini trentini di 6-11 anni si può stimare che in provincia di Trento ci siano circa 6.800 bambine e bambini sovrappeso, di cui 1.300 obesi.



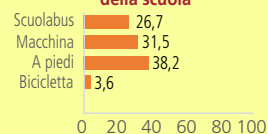
Sovrappeso e obesità: trend



Attività fisica e sedentarietà

Il **10%** delle bambine e bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente indagine.
Il **28%** trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV videogiochi tablet o cellulare.
Il **19%** delle bambine e dei bambini ha la TV nella propria camera da letto. Tra le bambine e bambini che hanno la tv in camera il 14% la guarda almeno 2 ore al giorno rispetto a 6% di chi non ha la TV in camera.
Il **3,5%** dorme meno di nove ore per notte.

Modalità di raggiungimento della scuola



Okkio alla salute Anno 2019 abitudini alimentari a rischio



Colazione

5% dei bambini dei bambini non fa colazione tutti i giorni e il **36%** non la fa adeguata ossia bilanciata in termini di carboidrati e proteine.



Merenda

Il **22%** consuma una merenda di metà mattina non adeguata. Il **6%** delle bambine e dei bambini non fa una merenda di metà mattina



Consumo le bevande gassate

L'**11%** consuma una o più volte al giorno bibite zuccherate/gassate.

Consumo di frutta e/o verdura

Il **12%** delle bambine e dei bambini mangia meno di una volta al giorno frutta e/o verdura.



Consumo di legumi

Il **42%** delle bambine e dei bambini consuma i legumi, meno di una volta a settimana.



Snack dolci e salati

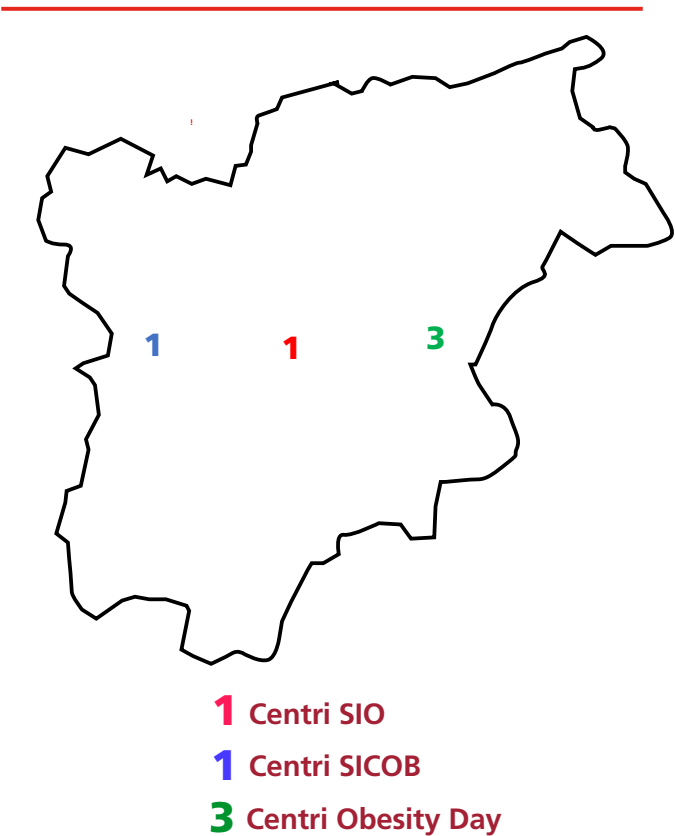
Il **43%** delle bambine e dei bambini consuma snack dolci più di 3 giorni a settimana e il **6%** consuma snack salati più tre giorni a settimana.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	81.0	69.3	88.9	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	33.0	27.1	39.4	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	51.9	39.8	63.8	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	32.1	26.2	38.7	33.1	32.2	34.0

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, TRENTINO ALTO ADIGE



REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8Zl%3D&reserved=0

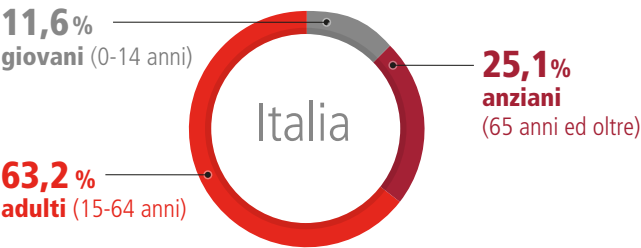
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BlRnuOVTI10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

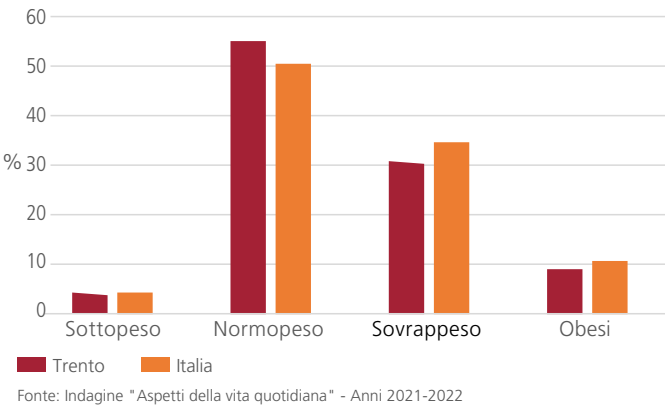
I dati dell'obesità nella Provincia Autonoma di Trento (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

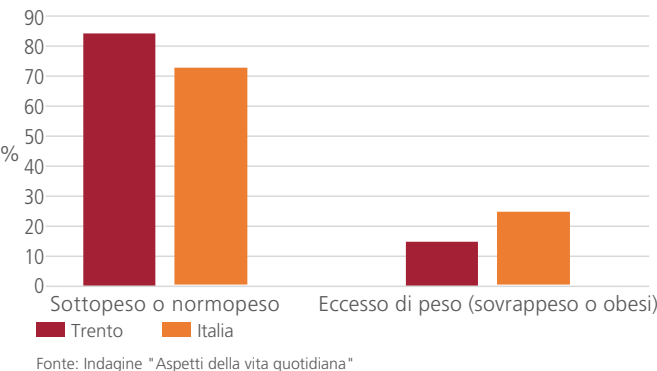


	Prov. Autonoma di Trento	Italia
Popolazione residente	548.684	58.942.800
Età media	46,3	47,1
Speranza di vita (M/F)	83,0/87,2	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	8,9%	9,4%

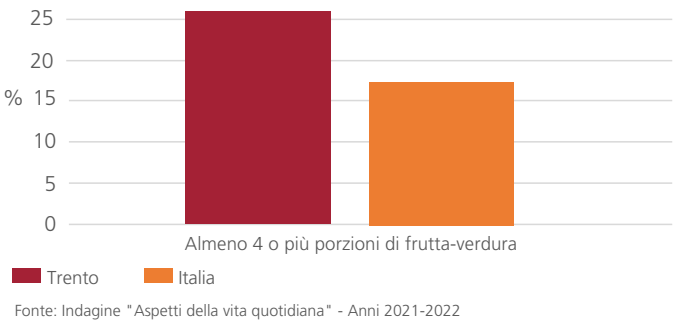
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



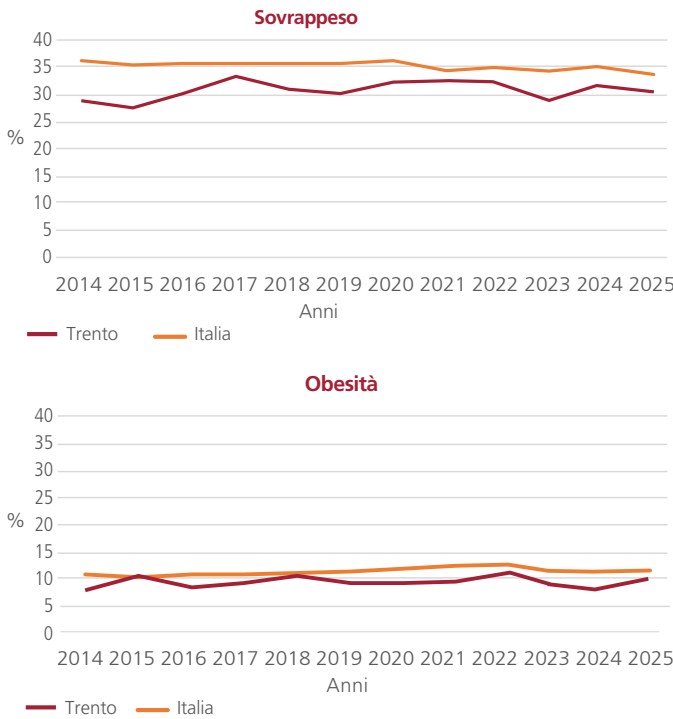
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNI 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



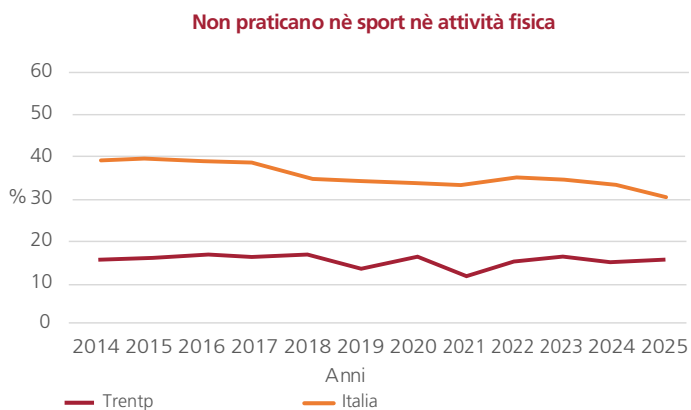
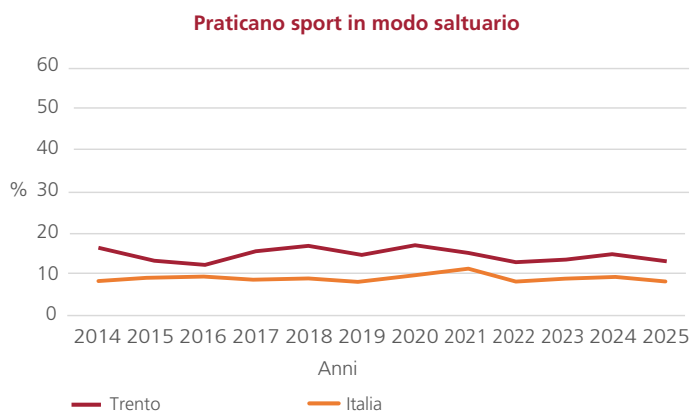
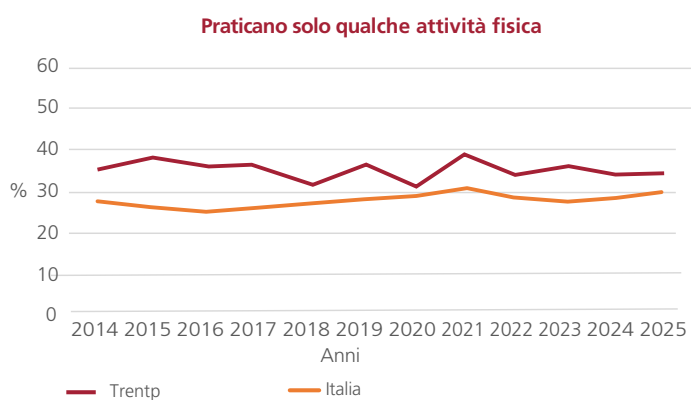
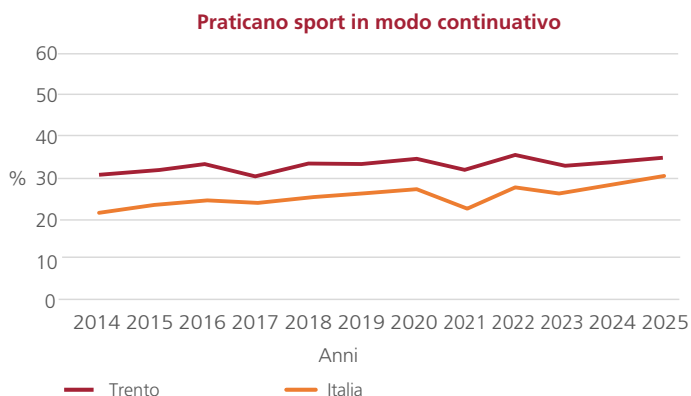
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2014 -2025, (per 100 persone di 3 anni e più)

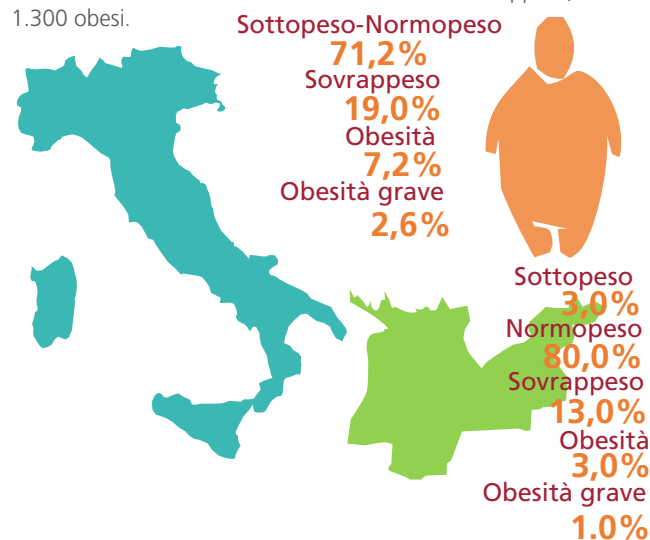


Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

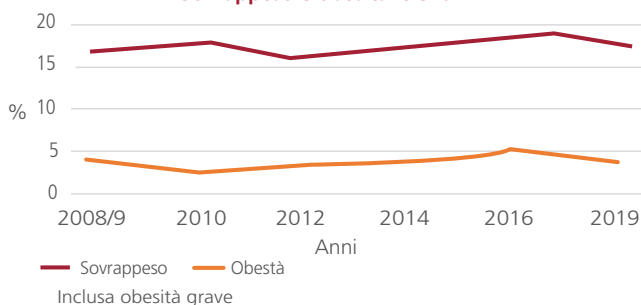
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2023 - Provincia Autonoma di Trento

Sovrappeso e obesità nei bambini

Il 79% delle bambine e bambini trentini è sottonormopeso, il 21% è in accesso ponderare. Sovrappeso e obesità sono inferiori alla media nazionale; la provincia di Trento e la terza regione con valori più bassi. Applicando queste percentuali al totale delle bambine e bambini trentini di 6-11 anni si può stimare che in provincia di Trento ci siano circa 6.800 bambine e bambini sovrappeso, di cui 1.300 obesi.

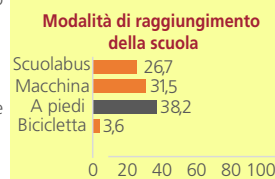


Sovrappeso e obesità: trend



Attività fisica e sedentarietà

Il **10%** delle bambine e bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente indagine.
Il **28%** trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV videogiochi tablet o cellulare.
Il **19%** delle bambine e dei bambini ha la TV nella propria camera da letto. Tra le bambine e bambini che hanno la tv in camera il 14% la guarda almeno 2 ore al giorno rispetto a 6% di chi non ha la TV in camera.
Il **3,5%** dorme meno di nove ore per notte.



Okkio alla salute Anno 2019 abitudini alimentari a rischio



Colazione

5% dei bambini dei bambini non fa colazione tutti i giorni e il **36%** non la fa adeguata in termini di carboidrati e proteine.



Merenda

Il **22%** consuma una merenda di metà mattina non adeguata. Il **6%** delle bambine e dei bambini non fa una merenda di metà mattina



Consumo le bevande gassate
L'**11%** consuma una o più volte al giorno bibite zuccherate/gassate.

Consumo di frutta e/o verdura

Il **12%** delle bambine e dei bambini mangia meno di una volta al giorno frutta e/o verdura.

Consumo di legumi

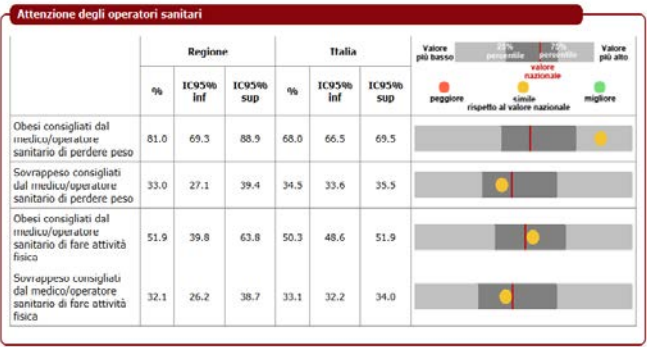
Il **42%** delle bambine e dei bambini consuma i legumi meno di una volta a settimana.

Snack dolci e salati

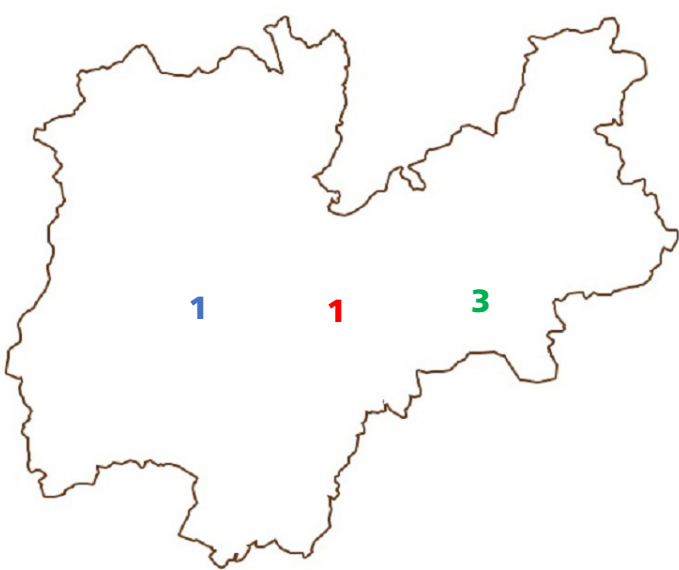
Il **43%** delle bambine e dei bambini consuma snack dolci più di 3 giorni a settimana e il **6%** consuma snack salati più tre giorni a settimana.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)



CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, TRENTO



- 1 Centri SIO
- 1 Centri SICOB
- 3 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno-2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoITWVpbGlzIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11u xpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0>

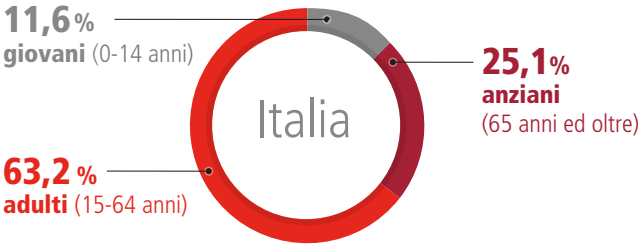
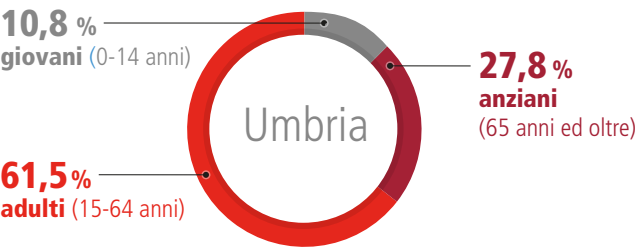
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3FI%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOljoITWVpbGlzIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

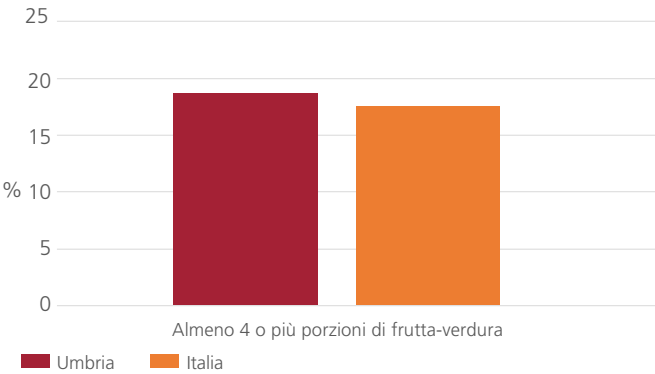
I dati dell'obesità in Umbria (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

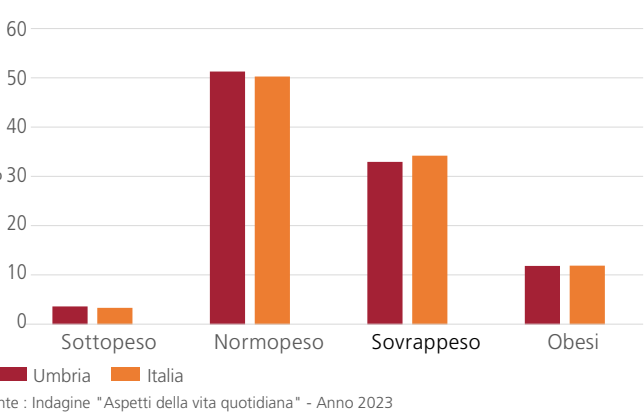


	Umbria	Italia
Popolazione residente	850.600	58.942.800
Età media	48,6	47,1
Speranza di vita (M/F)	82,2/86,1	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	10,4%	9,4

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO
ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA
O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)

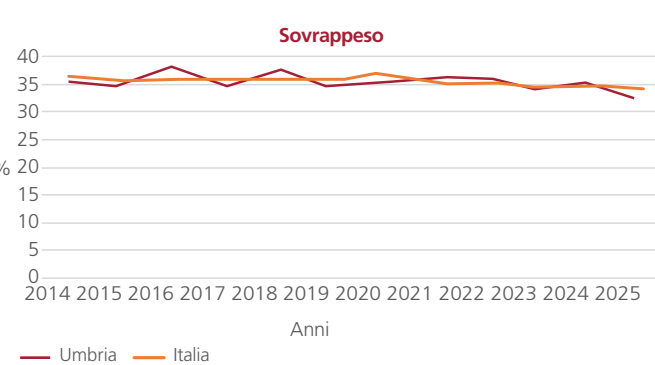


PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA
CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)

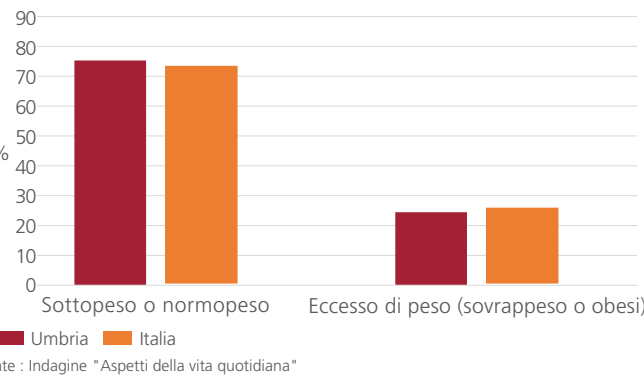


Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana" - Anno 2023

% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO
O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



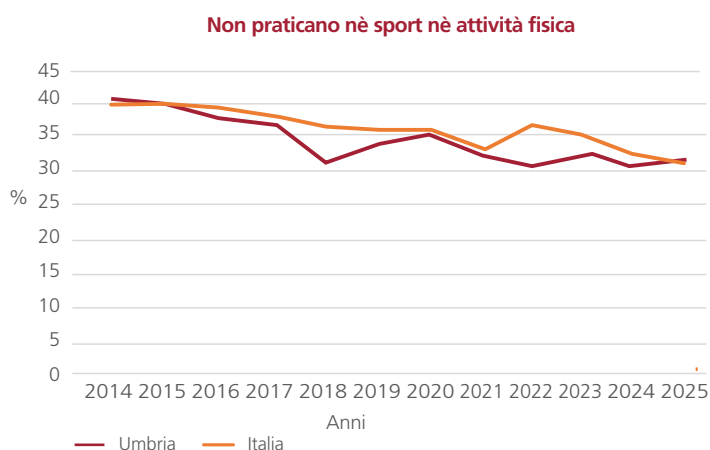
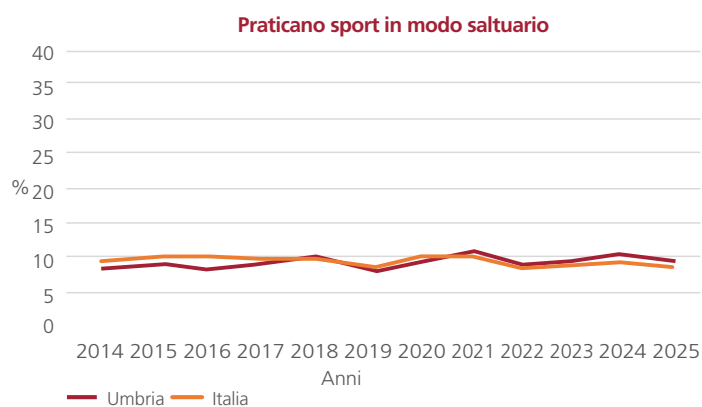
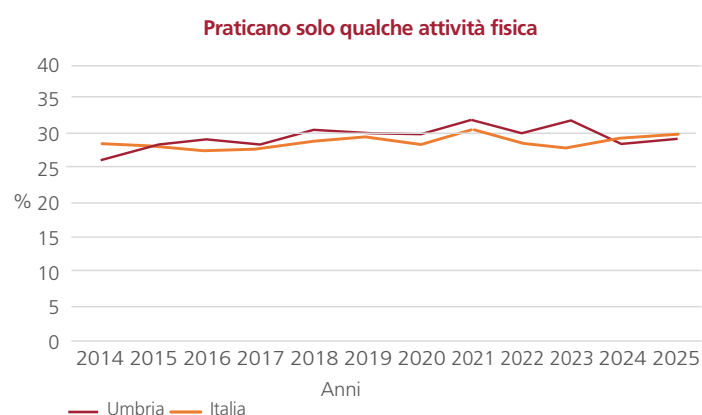
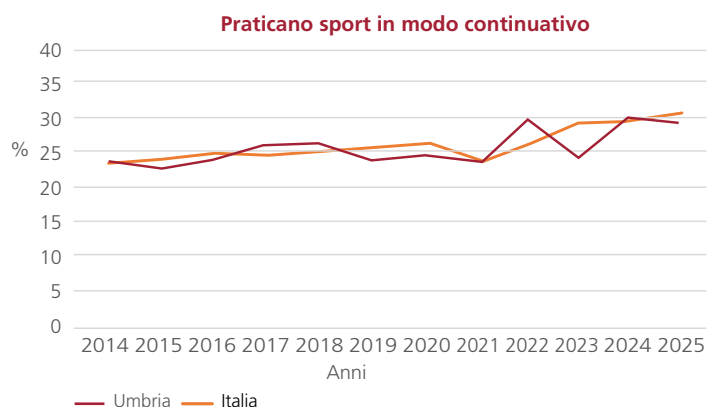
PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA
CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"



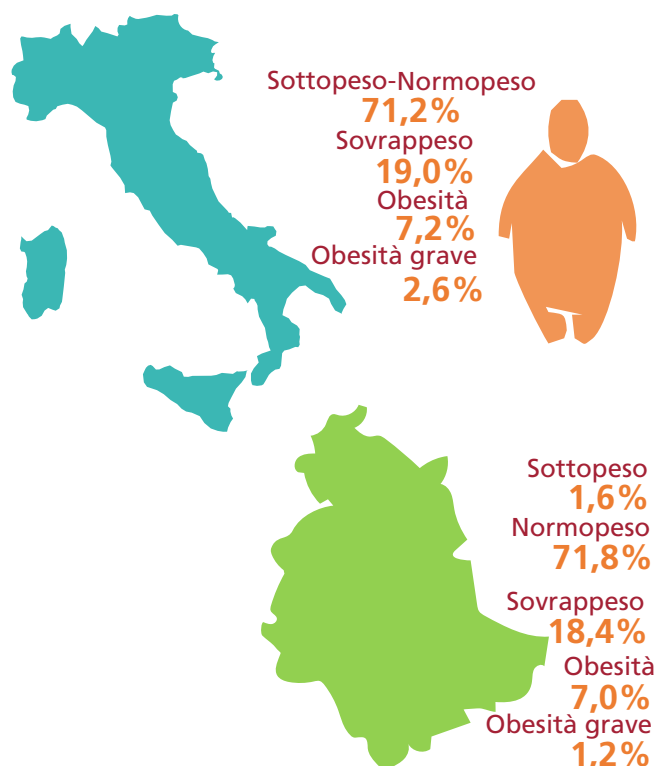
ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014 - 2025



Fonte: Istat - "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - UMBRIA

Complessivamente il 30,4% dei bambini presenta un eccesso ponderale. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 14.406, di cui obesi 3.405.

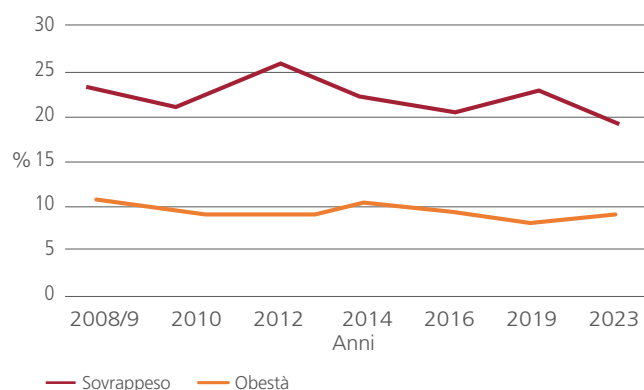


CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

SOVRAPPESO E OBESITÀ

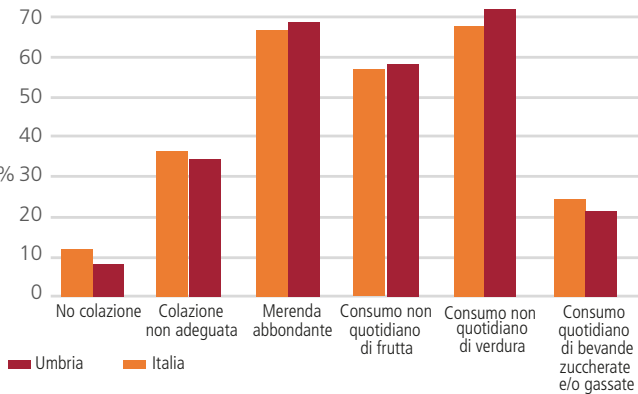
Rispetto alle precedenti rilevazioni nella nostra regione si assiste ad una tendenza alla diminuzione della prevalenza di bambini obesi.

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Umbria OKkio alla Salute



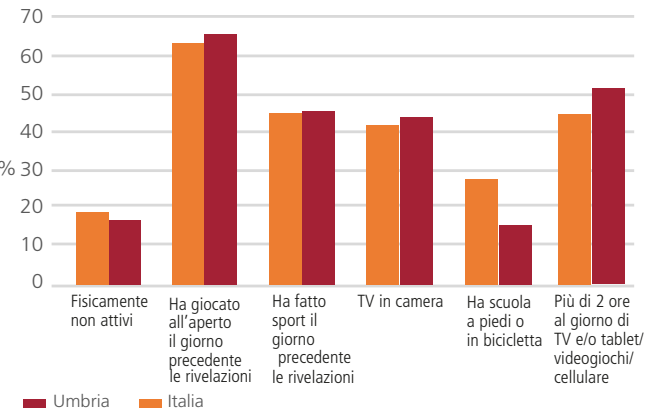
CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI, OKKIO ALLA SALUTE

Nella Regione Umbria con la sesta raccolta dei dati, si conferma la grande diffusione fra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso. Questo rischio per i bambini può essere limitato grazie alla modifica delle abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie. Si notano degli ottimi miglioramenti nei trend rispetto all'assunzione di una merenda adeguata e una forte riduzione del consumo di bevande zuccherate.



ATTIVITÀ FISICA-SEDENTARIETÀ

I dati raccolti hanno evidenziato che i bambini della Regione Umbria fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 5 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Appena poco più di 1 bambino su 3 ha un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche per ragioni legate al recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all'aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate. Le scuole e le famiglie devono collaborare nella realizzazione di condizioni e di iniziative che incrementino la naturale predisposizione dei bambini all'attività fisica.



REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWfpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOilwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWfPbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFCrtcaZyAi03rb11uxpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

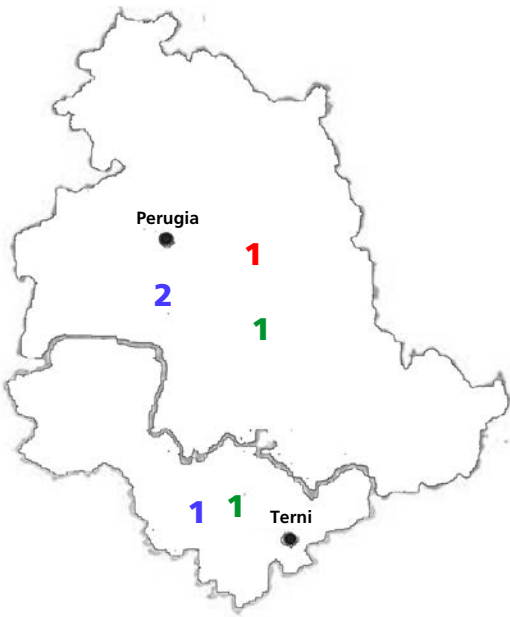
<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWfpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOilwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFOLjoiTWfPbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wI69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita "

PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	66	IC95% inf	IC95% sup	66	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	58.2	50.4	65.6	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	30.0	26.1	34.1	31.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	40.3	32.8	48.2	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	29.5	25.6	33.6	33.1	32.2	34.0

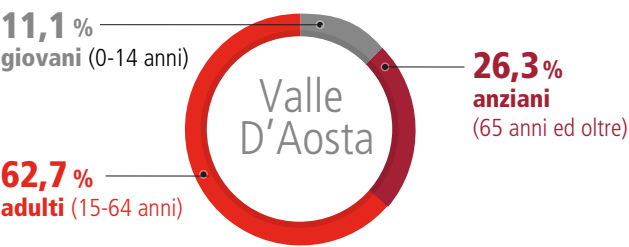
CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, UMBRIA



- 1 Centri SIO
- 3 Centri SICOB
- 2 Centri Obesity Day

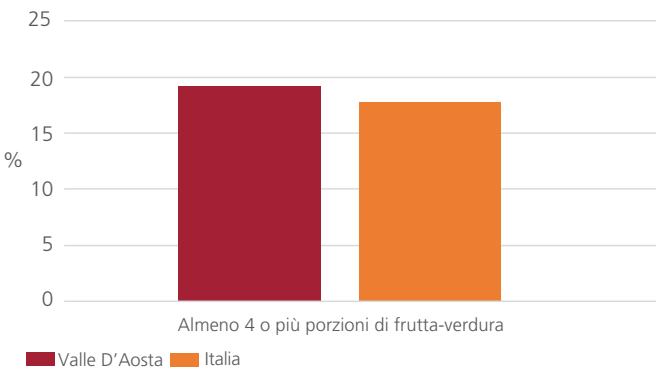
I dati dell'obesità in Valle D'Aosta (ISTAT 2023)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

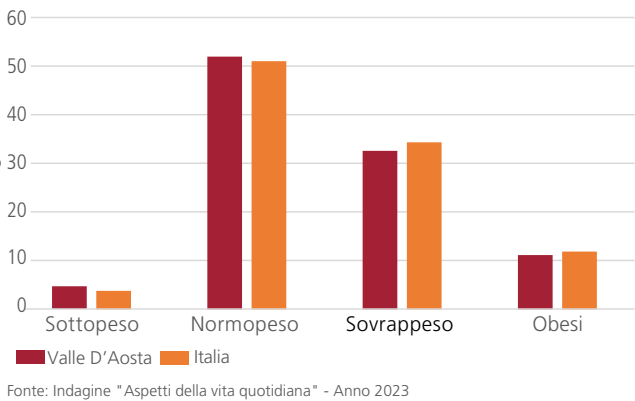


	Valle D'Aosta	Italia
Popolazione residente	122.700	58.942.800
Età media	48,0	47,1
Speranza di vita (M/F)	82,5/85,0	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	7,3 %	9,4

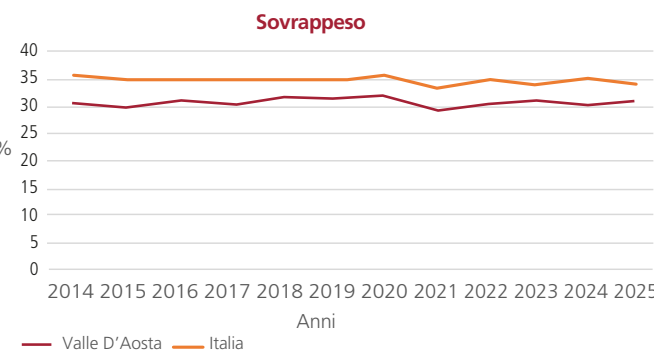
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO
ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA
O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



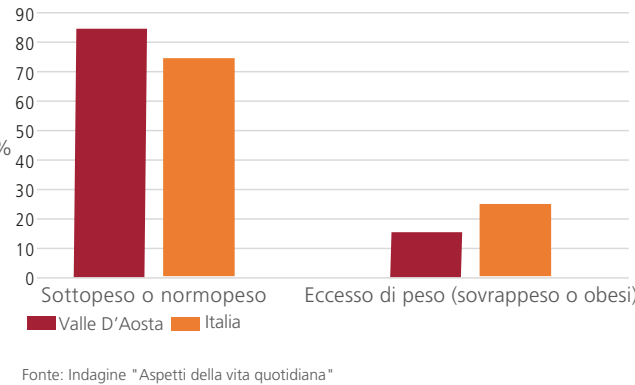
PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA
CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)



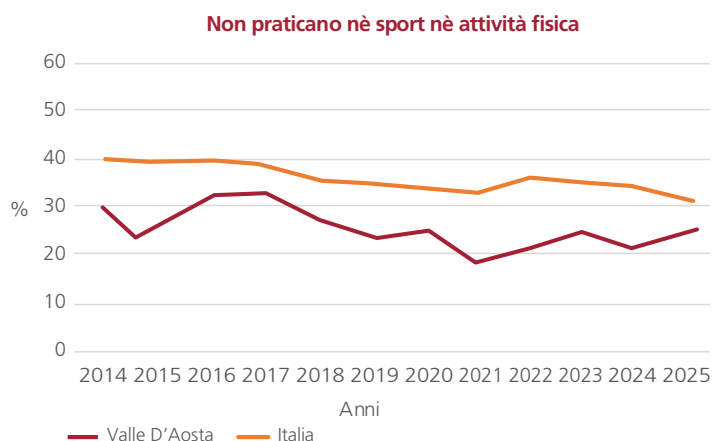
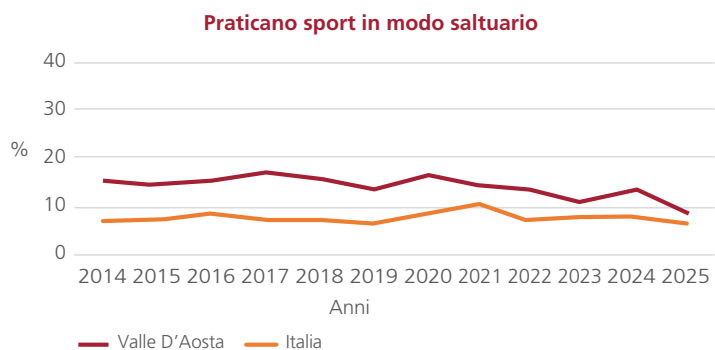
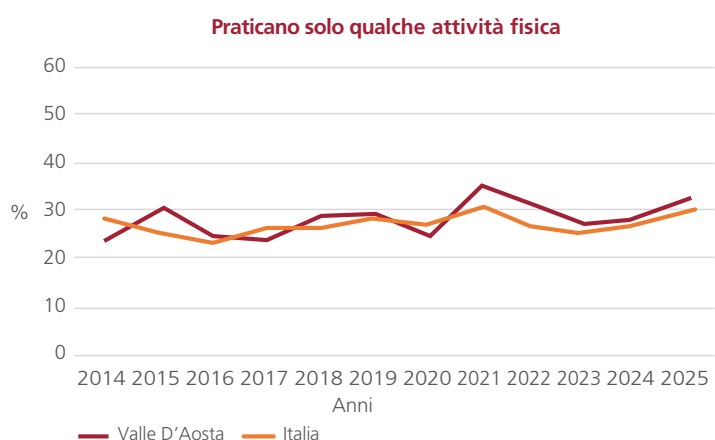
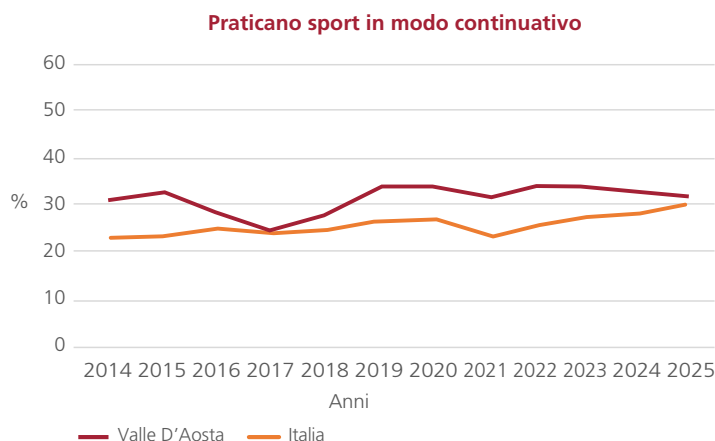
% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO
O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA
CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI ISTAT 2012 - 2023



Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

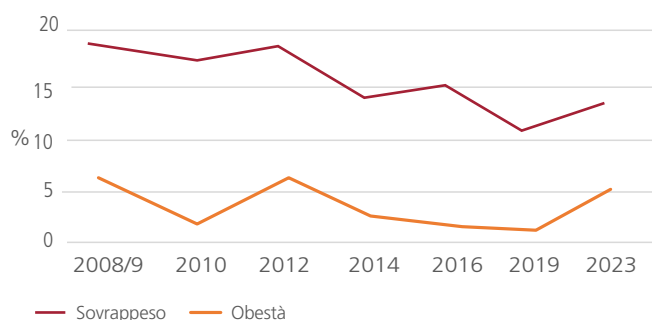
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - VALLE D'AOSTA

Sovrappeso e obesità nei bambini

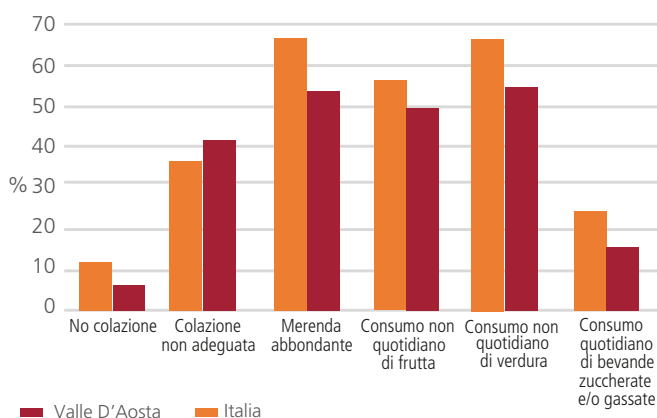


CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Campania OKKIO alla salute

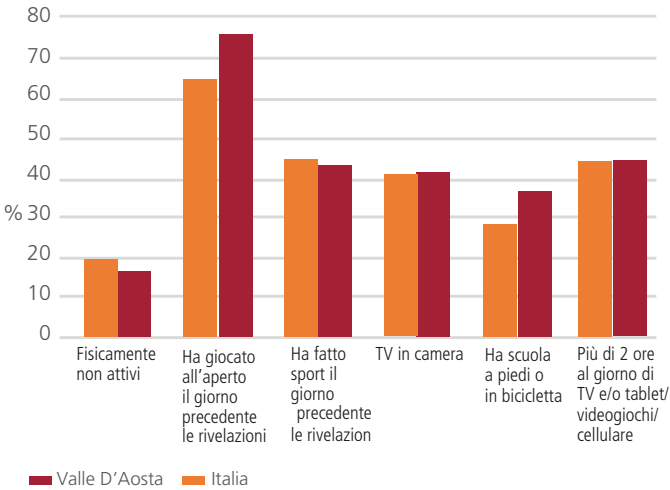


CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI, OKKIO ALLA SALUTE



ATTIVITÀ FISICA-SEDENTARIETÀ
OKKIO ALLA SALUTE

I bambini della nostra regione fanno poca attività fisica. Si stima che 1 bambino su 5 risulta fisicamente inattivo maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Appena poco più di 1 bambino su 3 ha un livello di attività fisica raccomandato per la età, anche per ragioni legate alle recarsi a scuola con mezzi motorizzati, giocare poco all’aperto e non fare sufficienti attività sportive strutturate.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

	Regione			Italia			Valore più basso			Valore più alto		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	51.3	36.5	66.0	68.0	66.5	69.5	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di perdere peso	34.5	27.7	47.1	34.5	33.6	35.5	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto
Obesi consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	26.4	15.1	41.9	50.3	48.0	51.9	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto
Sovrappeso consigliati dal medico operatore sanitario di fare attività fisica	26.6	20.2	34.2	33.1	32.2	34.0	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto	Valore più basso	Valore più alto

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, VALLE D'AOSTA



- 0 Centri SIO
- 1 Centri SICOB
- 2 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno-2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWU5IlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilskFOljoITWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtcaZyAi03rb11u xpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0>

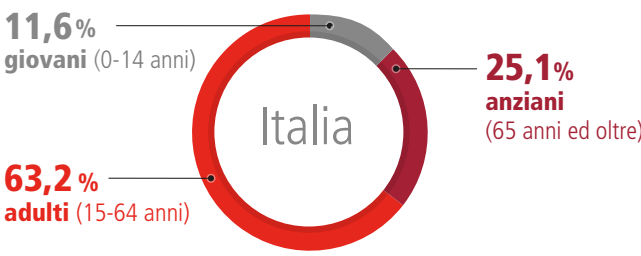
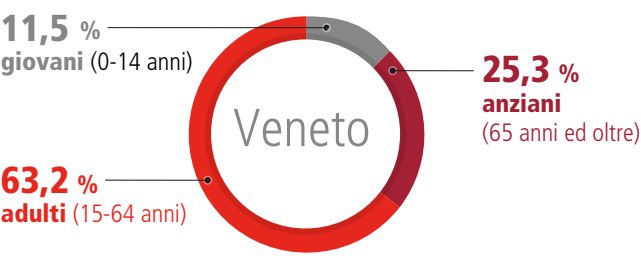
ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F1%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWU5IlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMilskFOljoITWFpbCIsIlldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wl69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

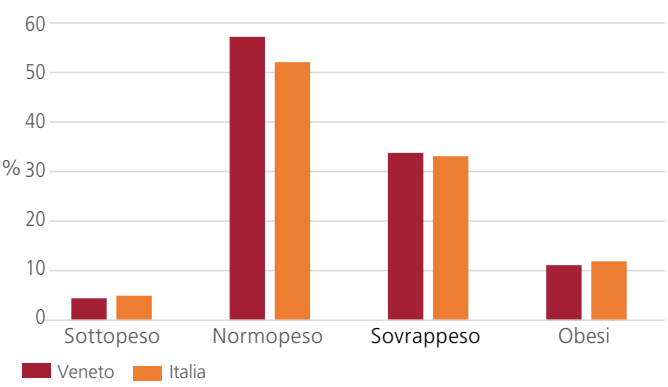
I dati dell'obesità in Veneto (ISTAT)

PERCENTUALE POPOLAZIONE RESIDENTE AL 1° GENNAIO 2026
PER CLASSE DI ETÀ (ISTAT)

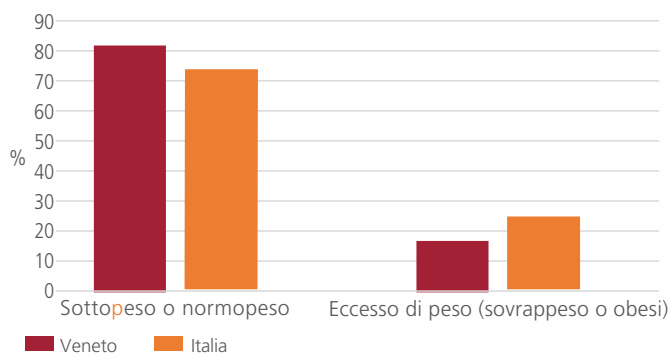


	Veneto	Italia
Popolazione residente	4.857.460	58.942.800
Età media	47,4	47,1
Speranza di vita (M/F)	82,5/86,5	81,7/85,7
Pop. Straniera residente	10,5%	10,5%

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ PER INDICE DI MASSA CORPOREA - ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 18 anni e più)

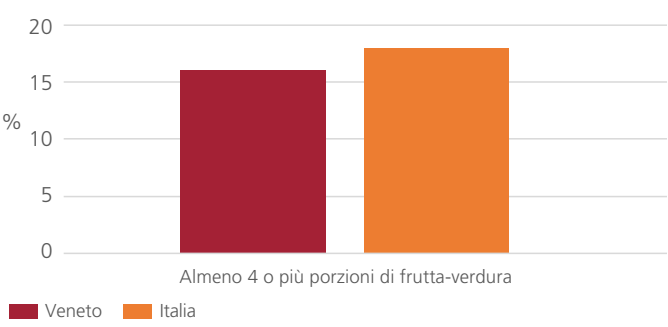


PERSONE DI 3-17 ANNI PER INDICE DI MASSA CORPOREA, ISTAT ANNO 2024-2025
(per 100 persone di 3-17 anni)

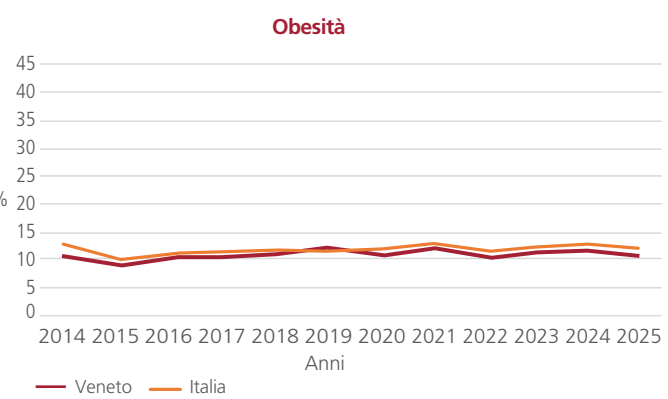
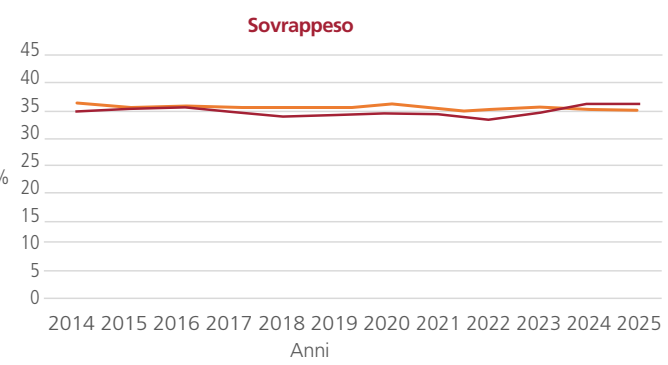


Fonte : Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

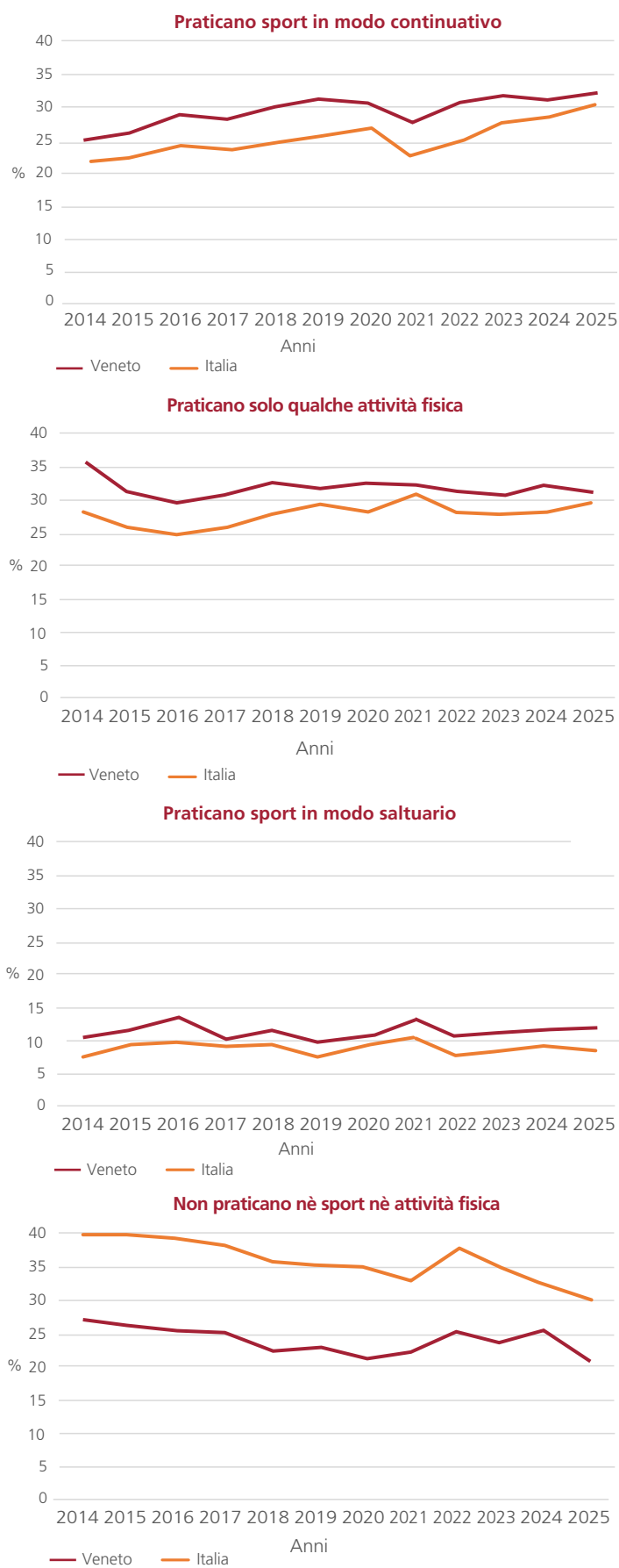
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE CONSUMANO ALMENO 4 O PIÙ PORZIONI DI FRUTTA O VERDURA AL GIORNO. ISTAT ANNO 2025
(per 100 persone di 3 anni e più, dati in migliaia)



% PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ CON SOVRAPPESO O OBESITÀ, ISTAT ANNI 2014-2025



ABITUDINI QUOTIDIANE, PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE PRATICANO SPORT, QUALCHE ATTIVITÀ FISICA E PERSONE NON PRATICANTI – ISTAT 2014 - 2025

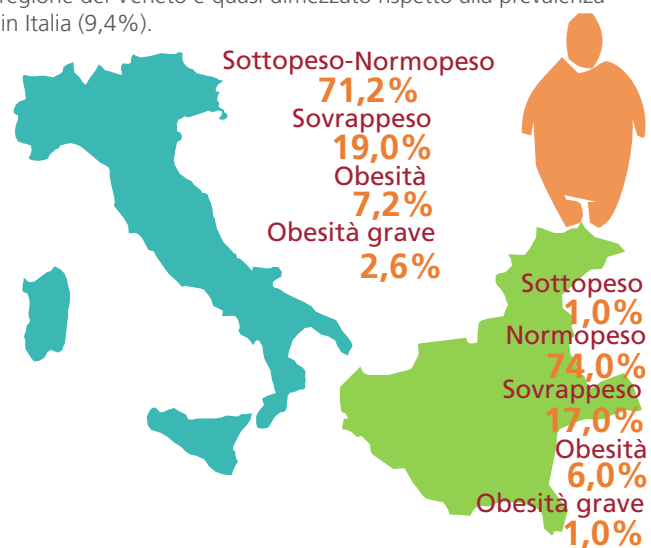


Fonte: Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI, OKKIO ALLA SALUTE ANNO 2019 - VENETO

Sovrappeso e obesità nei bambini

La percentuale dei bambini in sovrappeso in Veneto è di poco inferiore rispetto quella nazionale (20,4%). Questo dato è tcompensato, tuttavia, dal valore dell'obesità infantile, che nella regione del Veneto è quasi dimezzato rispetto alla prevalenza in Italia (9,4%).



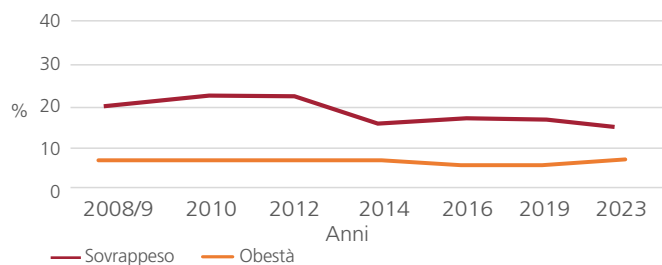
CONFRONTI CON GLI ANNI PRECEDENTI 2008/9-2023

Trend regionale sovrappeso e obesità, Regione Veneto

OKkio alla salute

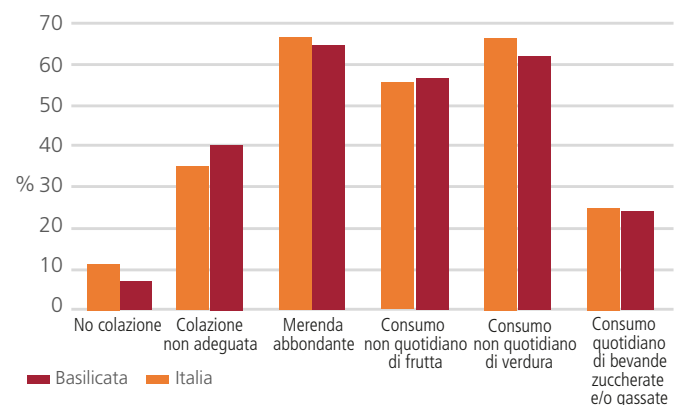
SOVRAPPESO E OBESITÀ

La percentuale di bambini in sovrappeso o obesi in Veneto mostra lievi variazioni nel tempo, con una tendenza alla diminuzione.



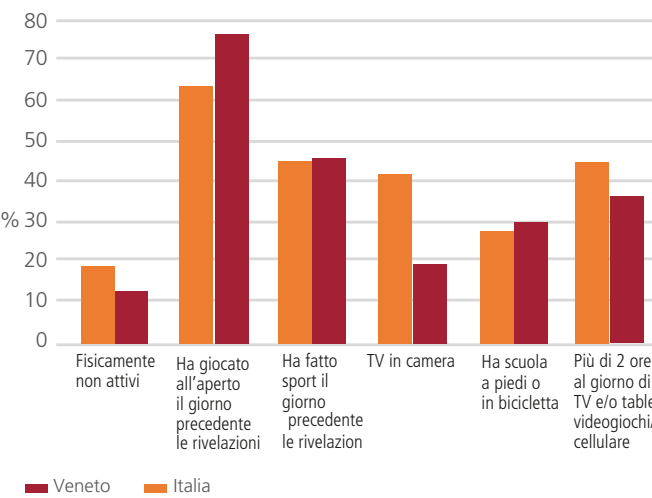
CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI, OKKIO ALLA SALUTE

Nel Veneto si conferma la presenza tra i bambini di abitudini alimentari poco sane che causano l'aumento di peso. quotidianamente bibite zuccherate. In particolare, il consumo quotidiano di frutta verdura è ancora molto scarso. Inoltre circa 4 bambini su 10 non fanno una colazione adeguata e la maggior parte di loro non assume una merenda adeguata a metà mattina. Nel corso del tempo invece si è dimezzato il numero dei bambini che bevono



ATTIVITÀ FISICA-SEDENTARIETÀ
OKKIO ALLA SALUTE

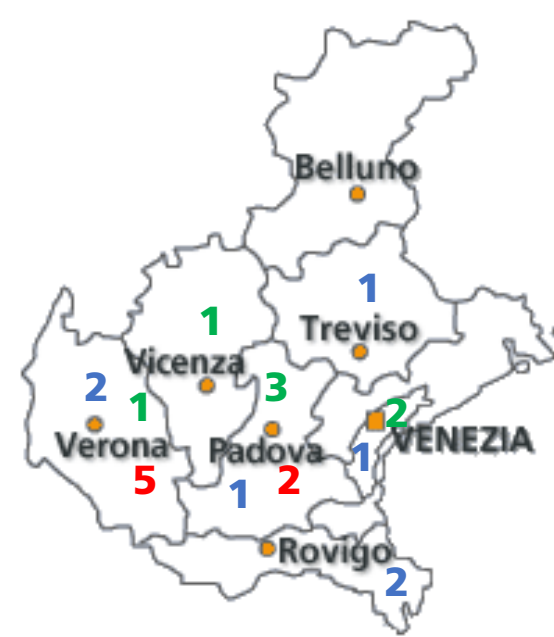
In generale, i bambini della regione Veneto fanno poca attività fisica. Il 15% di loro non ha svolto alcuna attività fisica il giorno prima dell'indagine e solo il 22% si reca a scuola a piedi o in bicicletta. Circa 3 bambini su 10 dedicano quotidianamente troppo tempo a TV, videogiochi, cellulare, tablet e altri device.



PROGETTO PASSI: DATI VS ITALIA (2022-2023)

Attenzione degli operatori sanitari						
	Regione			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	70.7	64.5	76.2	68.0	66.5	69.5
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di perdere peso	36.0	32.6	39.6	34.5	33.6	35.5
Obesi consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	48.7	42.1	55.3	50.3	48.6	51.9
Sovrappeso consigliati dal medico/operatore sanitario di fare attività fisica	31.6	28.2	35.3	33.1	32.2	34.0

CENTRI MEDICI E CHIRURGICI, VENETO



- 7 Centri SIO
- 7 Centri SICOB
- 7 Centri Obesity Day

REFERENZE FONTI

ISTAT Indagine "Aspetti della vita quotidiana"

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Finformazioni-sulla-rilevazione%2Faspetti-della-vita-quotidiana-informazioni-sulla-rilevazione-anno>

2013%2F&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929558907%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFpbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=TPC901nAYrMFcRtaZyAi03rb11u xpN%2F4fw53wYW8ZI%3D&reserved=0

ISTAT Popolazione residente (totale e straniera) e indicatori demografici*

<https://emea01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fmo.istat.it%2F%3F%3Dit&data=05%7C02%7C%7C192de51b7ab84394a4ff08dd99e43e57%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaa%7C1%7C0%7C638835927929584865%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJFbXB0eU1hcGkiOnRydWUsIlYiOiIlwLjAuMDAwMCIsIlAiOiJXaW4zMlslkFoljoiTWFpbCIsIldUljoyfQ%3D%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=zjgDU5nZjcrPP4BIRnuOVTI10a9wI69VX43II0cHc8c%3D&reserved=0>

*Dati provvisori 1 gennaio 2026 e dati provvisori 2025 per la speranza di vita"

I dati di OKkio alla SALUTE 2023 sul sovrappeso e l'obesità nelle bambine e nei bambini di 8-9 anni

Giovanni Capelli e Paola Nardone

Istituto Superiore di Sanità.

Dal 2007 OKkio alla SALUTE monitora in Italia lo stato ponderale, l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini di 8-9 anni attraverso misurazioni antropometriche dirette, con metodologia standardizzata e campioni rappresentativi di tutte le Regioni e Province Autonome. Dal 2017, per mandato DPCM (1), è riconosciuto come sistema di sorveglianza di rilevanza nazionale ed è coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, con il coinvolgimento del Ministero della Salute e del Ministero dell'Istruzione e del Merito.

Ad oggi sono state realizzate sette rilevazioni (l'ultima nel 2023), che hanno supportato le politiche sanitarie nazionali sull'obesità infantile e la promozione di corretti stili di vita, contribuendo al contempo all'iniziativa Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) della Regione Europea dell'OMS (2).

OKkio alla SALUTE 2023: i risultati sullo stato ponderale

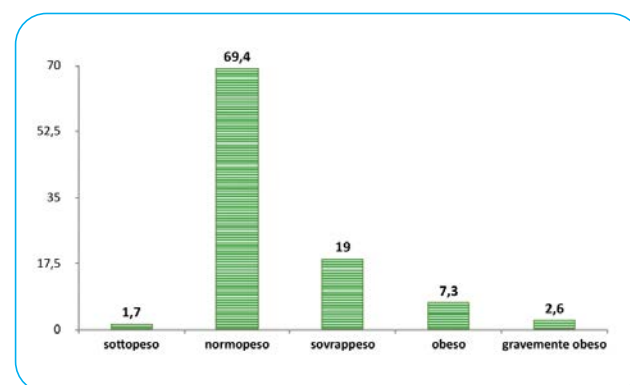
OKkio alla SALUTE raccoglie informazioni sullo stato ponderale di bambine e bambini attraverso la rilevazione diretta di peso e statura da parte di personale formato e con strumenti standardizzati (3). Successivamente viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e definite le condizioni di sovrappeso e obesità utilizzando i valori soglia per l'IMC desunti da Cole et al. (4) e quelli dell'OMS (5).

Nel 2023 OKkio alla SALUTE ha coinvolto 51.255 bambine e bambini, 45.610 genitori e 2.802 classi III primarie con un tasso di rifiuto a partecipare del 9,2% (1).

- stato ponderale

Le bambine e i bambini in sovrappeso sono il 19,0% [IC 95%: 18,6%-19,5%], con obesità sono il 7,3% [IC 95%: 6,9%-7,6%] e con grave obesità sono il 2,6% [IC 95%: 2,4%-2,8%], Cut-off IOTF (Figura 1). È presente una lieve differenza tra maschi e femmine: le bambine presentano una prevalenza di sovrappeso maggiore (21,4% vs 19,2%), mentre l'obesità è maggiore nei bambini (19,1% vs 13,5%).

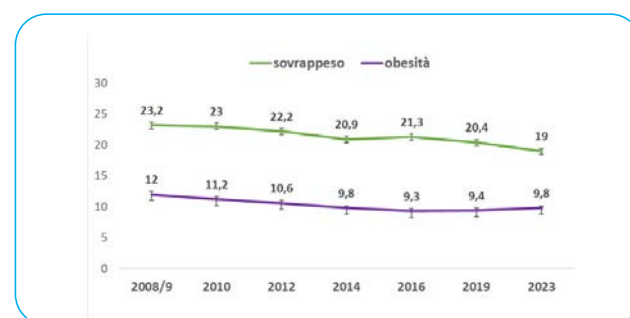
Figura 1: Prevalenze di sovrappeso e obesità tra le bambine e i bambini di 8-9 anni (Cut-OFF IOTF) OKkio alla SALUTE 2023



- il trend dello stato ponderale

Dalla prima raccolta dati, il sovrappeso ha un andamento significativo in diminuzione mentre l'obesità, dopo una fase di iniziale decremento, risulta tendenzialmente stabile, con un leggero aumento non significativo nel 2023 (Figura 2), (1).

Figura 2: Trend sovrappeso e obesità nelle bambine e nei bambini di 8-9 anni (Cut-off IOTF), OKkio alla SALUTE

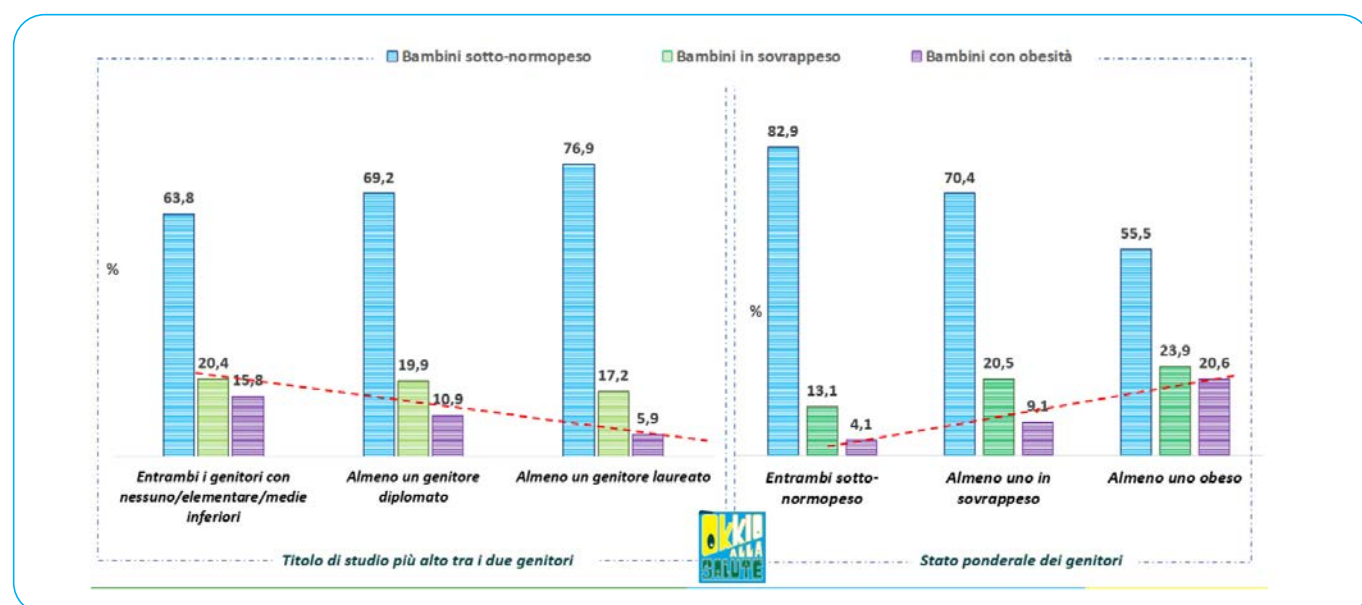


- Lo stato ponderale delle bambine e dei bambini e le caratteristiche dei genitori

Le caratteristiche dell'ambiente familiare possono influenzare gli stili di vita e l'accrescimento dei figli. Nella Figura 3 si riporta la distribuzione dello stato ponderale delle bambine e dei bambini di 8-9 anni in relazione al titolo di studio e allo stato ponderale dei genitori. La quota di bambini normopeso è più elevata tra quelli con genitori con livello di istruzione più alto e con entrambi i ge-

nitori normopeso, mentre le percentuali di sovrappeso e obesità risultano maggiori nei gruppi con titolo di studio genitoriale più basso e in presenza di uno o entrambi i genitori in sovrappeso o con obesità.

Figura 3: Lo stato ponderale delle bambine e dei bambini e le caratteristiche dei genitori, OKkio alla SALUTE 2023



Bibliografia essenziale

1. Dpcm del 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione del Decreto legge n. 179 del 2012" (GU Serie Generale n.109 del 12-5-2017)
2. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI); [https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-\(cosi\)](https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi))
3. Nardone P, Ciardullo S, Spinelli A, Mandolini D, Salvatore MA, Andreozzi S (Ed.). Stato ponderale e stili di vita di bambine e bambini: i risultati di OKkio alla SALUTE 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025. (Rapporti ISTI-SAN 25/3)
4. Cole TJ, Bellizzi C, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1240-3
5. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ.* 2007 Sep;85(9):660-7

I dati di HBSC - Health Behaviour in School Aged Children sul sovrappeso e l'obesità degli adolescenti di 11, 13, 15 e 17 anni (HBSC-Italia 2022)

Giovanni Capelli

Istituto Superiore di Sanità.

Lo studio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), avviato nel 1982 come progetto internazionale multicentrico e condotto dal 1983 in collaborazione con l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), coinvolge attualmente 50 Paesi in Europa e in Nord America (1). L'indagine mira a monitorare i comportamenti, le abitudini e gli stili di vita degli adolescenti attraverso uno studio trasversale basato su campioni rappresentativi della popolazione scolastica. L'adozione di un protocollo standardizzato a livello internazionale, adattato ai contesti nazionali, assicura la comparabilità dei dati nel tempo e tra Paesi, consentendo di analizzare l'evoluzione dei fenomeni osservati e di valutare l'impatto delle politiche e degli interventi di sanità pubblica.

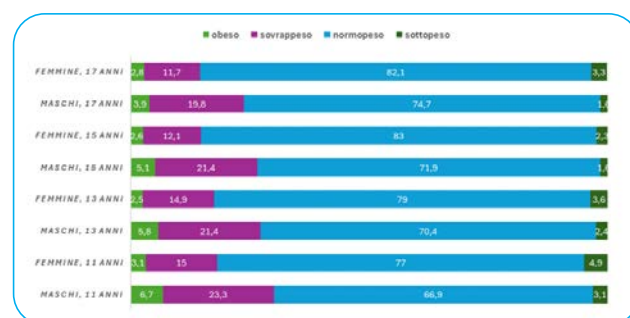
L'Italia partecipa allo studio HBSC dal 2002 e ha condotto sei rilevazioni a cadenza quadriennale; dal 2010 la raccolta dati interessa tutte le Regioni e le Province Autonome. Con il DPCM di marzo 2017, l'HBSC è stato riconosciuto come sistema nazionale di riferimento per la sorveglianza della salute in età evolutiva e affidato al coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2). Le edizioni 2010, 2018 e 2022 sono state coordinate dall'ISS in collaborazione con le Università di Torino, Siena e Padova, con il supporto del Ministero della Salute, del Ministero dell'Istruzione e del Merito e la partecipazione di tutte le Regioni e Province Autonome. La settima raccolta dati è attualmente in corso e si concluderà a giugno 2026.

HBSC Italia - 2022: i risultati sullo stato ponderale

Lo studio HBSC raccoglie informazioni sullo stato ponderale della popolazione adolescenziale mediante un questionario autosomministrato, compilato in forma anonima dalle ragazze e dai ragazzi. Il questionario esplora diversi aspetti relativi agli stili di vita e ai comportamenti abitualmente adottati; nell'ambito dell'indagine, gli studenti forniscono inoltre una autovalutazione del proprio peso e della propria statura (3).

L'edizione HBSC 2022 ha coinvolto complessivamente circa 89.000 ragazze e ragazzi di età compresa tra gli 11, i 13, i 15 e i 17 anni, selezionati attraverso campioni rappresentativi di tutte le Regioni e Province Autonome (3).

Sulla base dei valori di peso e altezza autoriferiti e utilizzando i cutoff definiti dall'International Obesity Task Force (IOTF) (4,5), emerge che nel 2022 la prevalenza di sovrappeso e obesità risulta maggiore nei ragazzi rispetto alle ragazze in tutte le fasce di età considerate. Complessivamente, l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) mostra una tendenza alla riduzione con l'aumentare dell'età in entrambi i sessi (figura 1).



Percentuale di adolescenti di 11, 13, 15 e 17 anni in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi (Cut-off IOTF), per sesso, HBSC - Italia 2022

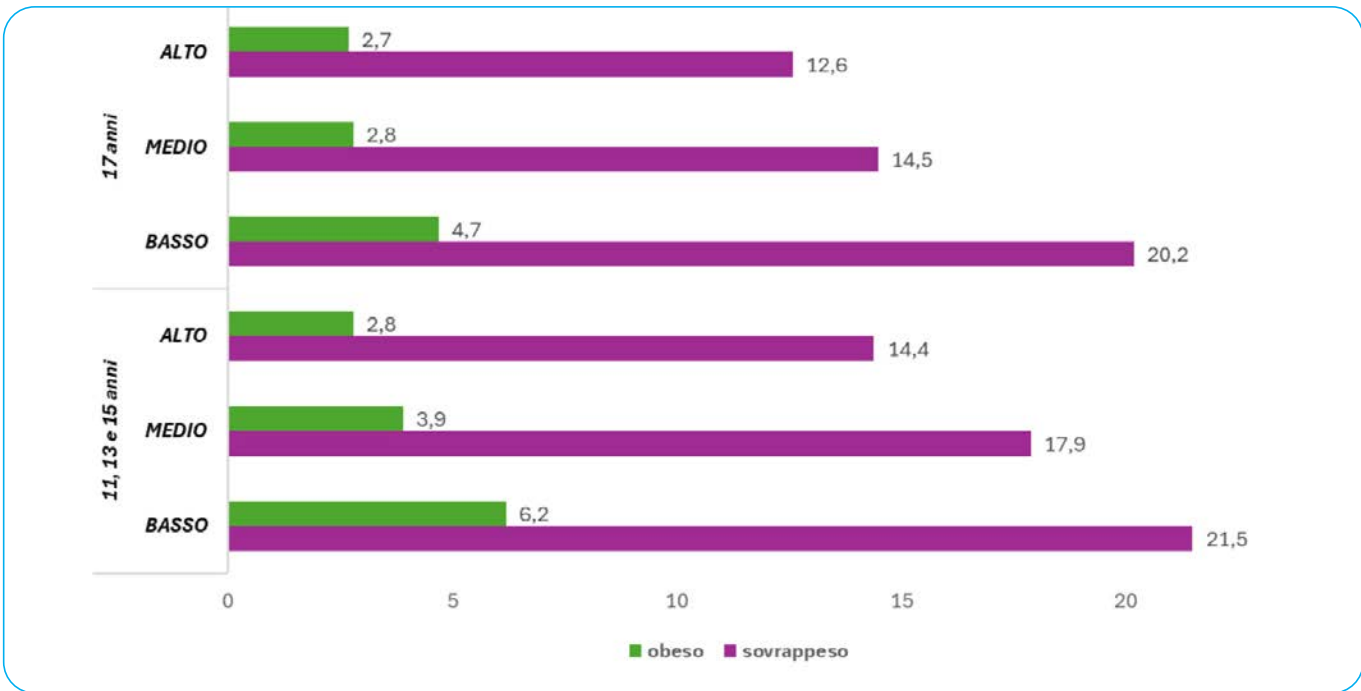
Il dato HBSC italiano nel confronto internazionale

Nel contesto internazionale HBSC, i dati della rilevazione 2021/2022 mostrano che l'eccesso ponderale rappresenta un problema diffuso tra gli adolescenti, con ampie variazioni tra i Paesi partecipanti (6). Complessivamente, nella maggior parte degli Stati si osserva una prevalenza di sovrappeso e obesità più elevata nei ragazzi rispetto alle ragazze e una riduzione dell'eccesso ponderale con l'aumentare dell'età, in linea con quanto rilevato in Italia. Nel confronto internazionale, l'Italia si colloca in una posizione intermedia, con prevalenze di eccesso ponderale inferiori a quelle osservate in diversi Paesi dell'Europa meridionale e orientale, ma superiori rispetto a quelle di alcuni Paesi del Nord Europa, confermando un gradiente geografico già descritto nelle precedenti edizioni dello studio HBSC.

HBSC Italia 2022: Le stratificazioni economico e sociali dello stato ponderale

La posizione socio-economica della famiglia di origine rappresenta un determinante rilevante della salute degli adolescenti, influenzandola sia direttamente, attraverso le disuguaglianze sociali di salute, sia indirettamente. Nel protocollo internazionale dello studio HBSC, lo status socio-economico è misurato mediante la Family Affluence Scale (FAS), un indicatore composito basato sul livello dei

consumi familiari, utilizzato come proxy del reddito, difficilmente noto ai ragazzi (1, 5). Il FAS valuta l'agiatezza economica attraverso la disponibilità di beni e risorse familiari (ad es. auto, computer, stanza singola, vacanze). Come mostrato dai dati in figura, lo stato ponderale risulta associato al livello di agiatezza familiare, con una maggiore prevalenza di eccesso ponderale tra ragazze e ragazzi provenienti da famiglie con FAS basso, indipendentemente dall'età.



Percentuale di adolescenti di 11, 13, 15 e 17 anni in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi (Cut- off IOTF), per FAS, HBSC – Italia 2022

Bibliografia:

1. <https://hbsc.org/>
2. Dpcm del 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione del Decreto legge n. 179 del 2012" (GU Serie Generale n.109 del 12-5-2017)
3. Lazzeri G, Vieno A, Charrier L, Spinelli A, Ciardullo S, Pierannunzio D, Galeone D, Nardone P. The methodology of the Italian Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 study and its development for the next round. J Prev Med Hyg. 2022 Jan 31;62(4):E926-E933.
4. Cole TJ, Lobstein T. (2012).Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes;7(4):284-94
5. La Sorveglianza HBSC-Italia 2022 - Health Behaviour in School-aged Children: le abitudini alimentari, lo stato ponderale e l'attività fisica degli adolescenti. A cura di G. Lazzeri, R. Simi, S. Ciardullo, D. Pierannunzio, I. Bacigalupo, S. Andreozzi, A. Vieno, P. Dalmasso, P. Nardone. Supplemento 1, al n. 5 vol. 37 (2024) del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità ISSN 0394-9303 (cartaceo) - ISSN 1827-6296 (online)
6. Rakić JG, Hamrik Z, Dzielska A, Felder-Puig R, Oja L, Bakalár P et al. A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

I dati dello studio ITROS: indagine di real-world evidence sull'obesità in Italia

Silvio Buscemi

Presidente SIO - Società Italiana dell'Obesità

Lo studio ITROS (Italian Real-world overweight/Obesity Study), promosso dalla Società Italiana dell'Obesità (SIO) (1), rappresenta il primo grande studio italiano di real-world evidence sull'obesità basato sui dati della medicina generale.

L'analisi è stata condotta utilizzando il database IQVIA Longitudinal Patient Database, che raccoglie dati clinici provenienti da circa 900 medici di medicina generale, omogeneamente distribuiti sul territorio nazionale, e relativi a oltre 1,2 milioni di assistiti. Lo studio ha incluso 134.776 adulti con BMI ≥ 27 kg/m² osservati tra il 2018 e il 2022. Il 44,9% presentava sovrappeso severo, il 36,7% obesità di I grado, il 12,9% obesità di II grado e il 5,6% obesità di III grado. L'età media era di circa 60 anni, con una progressiva riduzione dell'età all'aumentare del BMI, mentre la quota di donne aumentava nelle classi di obesità più elevate.

Un primo dato di rilievo riguarda la limitata disponibilità di registrazioni del BMI: soltanto una minoranza degli assistiti disponeva infatti di dati antropometrici utili all'analisi. Questo aspetto evidenzia come il BMI continui a non essere rilevato e registrato sistematicamente nella pratica clinica quotidiana, nonostante rappresenti uno strumento semplice ma fondamentale per identificare precocemente una malattia cronica ad elevato impatto sanitario (2).

Lo studio conferma il forte impatto clinico dell'obesità. Le patologie più frequentemente associate risultavano ipertensione arteriosa (51.4%), malattie cardiovascolari (27.5%) e diabete tipo 2 (25.12%), con una progressiva crescita delle complicanze all'aumentare del BMI. Particolarmente rilevante l'associazione con apnea ostruttiva del sonno, steatosi epatica metabolica e osteoartrosi.

Uno degli aspetti più importanti emersi da ITROS riguarda l'incremento dell'utilizzo delle risorse sanitarie nelle persone con obesità più severa. All'aumentare del BMI crescevano infatti prescrizioni farmacologiche, esami laboratoristici, indagini strumentali, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri. Il tasso di ospedalizzazione risultava significativamente più elevato nelle persone con obesità grave rispetto a quelle con sovrappeso severo.

ITROS assume quindi un importante valore scientifico e sanitario, poiché per la prima volta fornisce dati longitudinali reali sull'obesità nella pratica clinica italiana. Tuttavia, il possibile sviluppo di registri clinici strutturati nel nostro Paese incontra oggi un ostacolo molto rilevante: l'applicazione spesso estremamente rigida della normativa sulla privacy. Tale situazione rischia di limitare fortemente la possibilità di sviluppare sistemi nazionali di raccolta dati per comprendere epidemiologia, percorsi assistenziali, outcome clinici e impatto economico dell'obesità, elementi indispensabili per programmare efficaci strategie di prevenzione e cura. In questo senso, ITROS rappresenta anche un forte richiamo alla necessità di trovare un equilibrio tra tutela della privacy e possibilità di produrre ricerca clinica e dati epidemiologici di interesse pubblico.

1. Buscemi S, Busetto L, Pagotto U, Sbraccia P, Bagatin C, Barzaghi S, Pegoraro V, Gerbino C, Delmonte D, Clementi L. The burden of obesity in primary care in Italy: Italian real-world overweight/obesity study (ITROS). *Eat Weight Disord.* 2025; 30:83. doi: 10.1007/s40519-025-01791-8.
2. BMI è indice imperfetto ma fondamentale per lo screening in Italia, per l'83% dei pazienti non è ancora annotato.
<https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/obesita-buscemi-sio-bmi-e-indice-imperfetto-ma-fondamentale-per-lo-screening-in-italia-per-l83-dei-pazienti-non-e-ancora-annotato/> (last accessed 17 maggio 2026).

Il registro italiano sulla chirurgia bariatrica

Maurizio De Luca
Presidente SICOB

Introduzione

L'obesità rappresenta una delle più grandi sfide sanitarie a livello globale oltre ad essere associata a un aumentato rischio di diabete mellito tipo 2, malattie cardiovascolari, neoplasie e ad una riduzione dell'aspettativa di vita. La chirurgia bariatrica e metabolica, quando indicata, è ad oggi il trattamento più efficace e duraturo per l'obesità ed il controllo delle principali comorbidità ad essa correlate.

In Italia, la Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (SICOB) provvede all'accreditamento dei centri di chirurgia bariatrica coordinati da soci della Società oltre che monitorare l'attività chirurgica attraverso un registro nazionale. Vengono così valutati il numero e la distribuzione geografica dei centri attivi, il volume e la tipologia delle procedure eseguite, il follow-up.

La società riunisce oltre 2.000 soci attivi distribuiti su tutto il territorio nazionale e rappresenta un punto di riferimento clinico, scientifico e professionale per i medici e i professionisti sanitari impegnati nella gestione dell'obesità.

La società è caratterizzata da una forte impostazione multidisciplinare poiché l'obesità è una patologia complessa che richiede il contributo integrato di diverse figure professionali.

All'interno della comunità SICOB operano infatti chirurghi, endocrinologi, nutrizionisti, dietologi, psicologi, psichiatri, diabetologi, anestesisti, internisti, gastroenterologi ed endoscopisti, gastroenterologi, infermieri ed altri professionisti sanitari coinvolti nella cura dell'obesità.

Il presente report descrive i dati raccolti da SICOB relativi al volume di interventi eseguiti presso i centri SICOB attivi nel corso del 2025.

Metodi

Sono stati valutati:

- numero totale dei centri partecipanti;
- distribuzione geografica e tipologia delle strutture;
- volume delle procedure bariatriche e metaboliche;
- tipologia delle procedure eseguite;
- approccio tecnico utilizzato (laparoscopico, robotico,

endoscopico o open);

- andamento storico delle principali procedure;
- diffusione delle procedure endoscopiche;

Risultati

Centri SICOB e partecipazione all'indagine

Nel 2025 risultano censiti 161 centri SICOB, confermando il trend di crescita registrato negli ultimi anni. Tutti i centri censiti hanno partecipato all'indagine conoscitiva.

Dal 2008 al 2025 il numero dei centri SICOB è progressivamente aumentato da 91 a 161, evidenziando una significativa espansione della rete nazionale dedicata alla chirurgia dell'obesità.

Distribuzione geografica dei centri

La distribuzione geografica dei 161 centri attivi mostra una prevalenza di strutture localizzate nel Nord Italia.

- Nord: 77 centri
- Centro: 34 centri
- Sud: 35 centri
- Isole: 15 centri

Per quanto riguarda la tipologia delle strutture, i centri con sede presso strutture sanitarie dell'SSN rappresentano la quota predominante in tutte le aree geografiche.

Nel Nord Italia sono presenti 46 centri presso strutture sanitarie dell'SSN, 30 presso strutture private accreditate e 1 presso struttura privata. Nel Centro si registrano 25 centri presso strutture sanitarie dell'SSN, 9 presso strutture private accreditate. Nel Sud sono presenti 21 centri presso strutture sanitarie dell'SSN, 13 presso strutture private accreditate e 1 presso struttura privata, mentre nelle Isole si osservano 9 centri presso strutture sanitarie dell'SSN, 6 presso strutture private accreditate.

Volume di attività dei centri

Nel 2025 il 56% dei centri è classificato ad alto volume di attività, il 18% a medio volume e il 26% a basso volume.

L'analisi temporale evidenzia una progressiva centralizzazione dell'attività chirurgica nei centri ad alto volume rispetto agli anni precedenti.

Numero totale di procedure

Nel 2025 sono stati eseguiti complessivamente 26.929

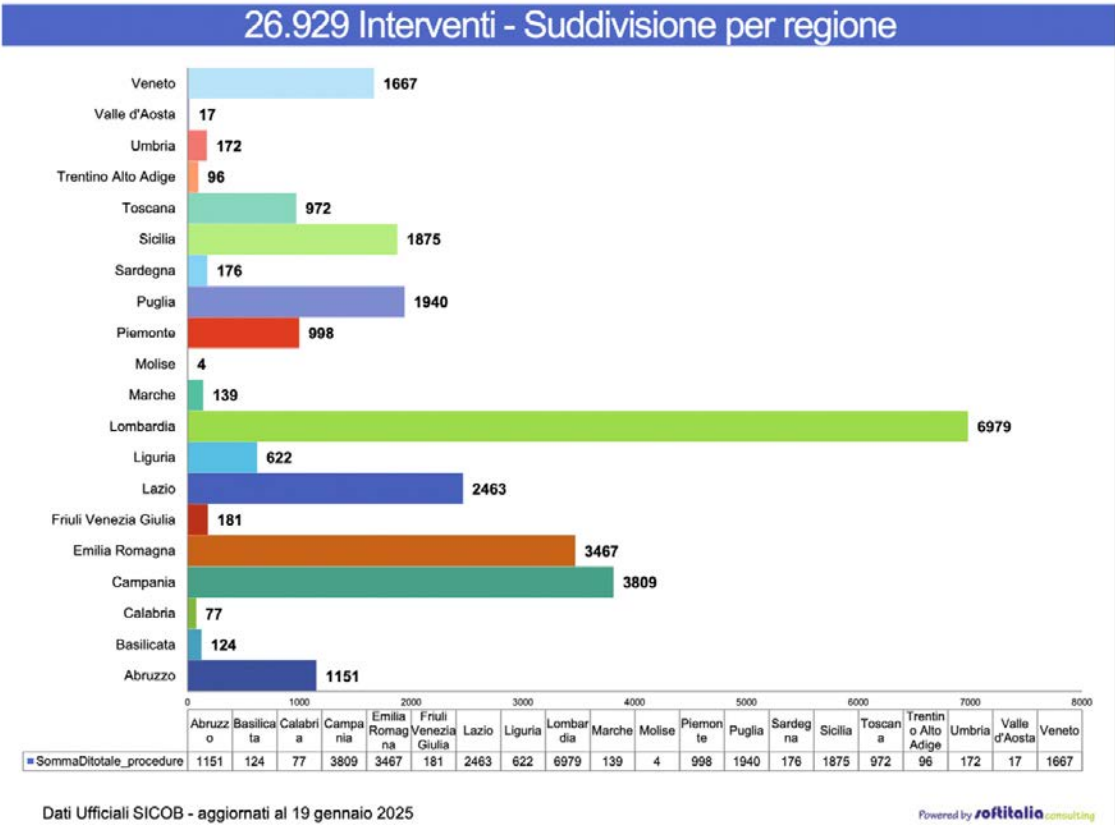
interventi bariatrici e metabolici presso i centri accreditati SICOB in Italia.

L'analisi storica evidenzia un incremento costante dell'attività bariatrica nazionale, passando dai 5.974 interventi del 2008 ai 26.929 del 2025.

La distribuzione geografica delle procedure mostra una

predominanza del Nord Italia con 14.027 interventi (52%), seguito dal Sud con 5.950 procedure (22%), dal Centro con 4.901 (18%) e dalle Isole con 2.051 (8%).

La Lombardia rappresenta la regione con il maggior numero di procedure eseguite (6.979 interventi), seguita dalla Campania (3.809), dall'Emilia-Romagna (3.467) e dal Lazio (2.463).



Tipologia delle procedure bariatriche

La Sleeve Gastrectomy rappresenta la procedura più frequentemente eseguita in Italia nel 2025, con 14.503 interventi pari al 54% del totale nazionale.

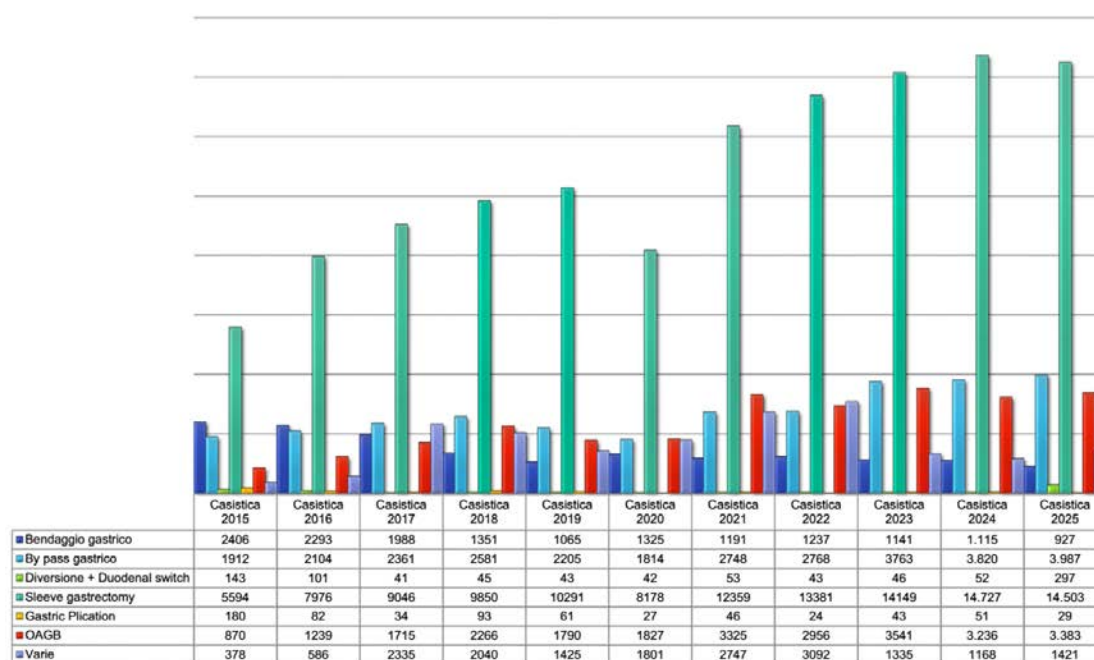
- Le altre procedure comprendono:
- Bypass gastrico: 3.987 interventi (15%)
- One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB): 3.383 interventi (13%)
- Procedure endoscopiche: 2.382 interventi (9%)

- Altre procedure: 1.404 interventi (5%)
- Bendaggio gastrico: 927 interventi (3%)
- Duodenal Switch: 289 interventi (1%)

L'andamento storico delle procedure mostra una progressiva riduzione del bendaggio gastrico, passato dal 53% del totale interventi nel 2008 al 3% nel 2025.

Parallelamente, la Sleeve Gastrectomy è aumentata dal 9% del 2008 al 54% del 2025, confermandosi la procedura più eseguita nel panorama nazionale.

Tipologia delle procedure eseguite dal 2014 al 2025



Dati Ufficiali SICOB - aggiornati al 19 gennaio 2025

Powered by **refitelia consulting**

Anche l'OAGB ha mostrato una crescita progressiva, raggiungendo il 13% delle procedure eseguite nel 2025.

Approccio tecnico

La laparoscopia rappresenta il principale approccio chirurgico utilizzato (22.813 procedure pari all'85% del totale).

Le procedure robotiche sono state 1.677 (6%), mentre le procedure endoscopiche hanno raggiunto quota 2.382 (9%). Gli interventi open risultano ormai residuali.

Le strutture private accreditate eseguono la maggior parte delle procedure endoscopiche e laparoscopiche, mentre la chirurgia robotica risulta maggiormente diffusa nel settore pubblico.

Chirurgia robotica

Nel 2025, come già detto, sono state eseguite complessivamente 1.677 procedure robotiche.

L'impiego della chirurgia robotica conferma un lento ma costante incremento numerico che va di pari passo con l'aumento delle piattaforme robotiche in uso sul territorio nazionale.

Procedure endoscopiche

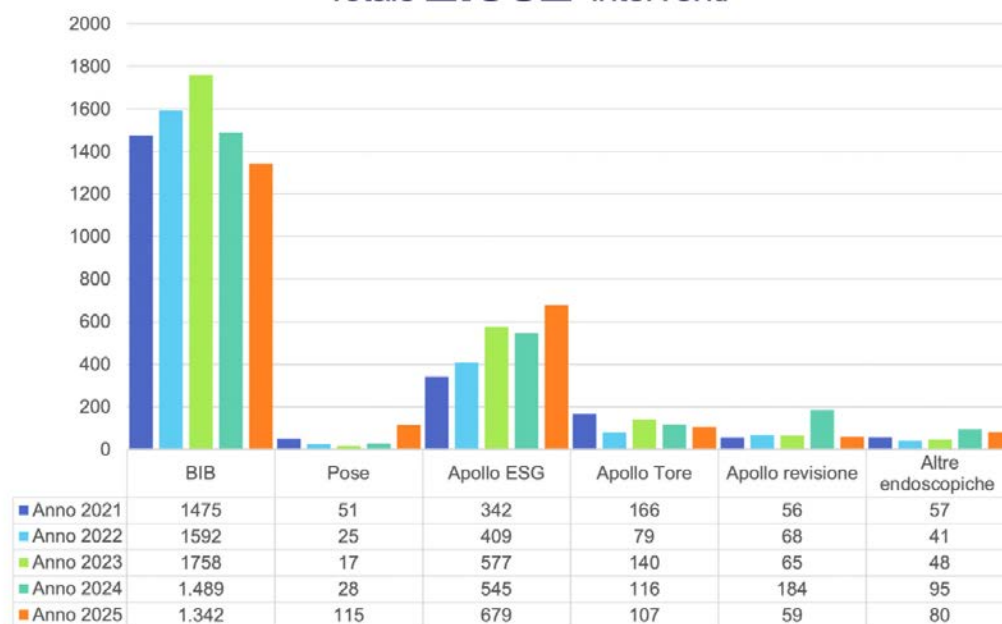
Nel 2025 sono state effettuate 2.382 procedure endoscopiche.

Il pallone intragastrico (BIB) rappresenta ancora la procedura più eseguita con 1.342 trattamenti, seguito dall'Endoscopic Sleeve Gastroplasty (ESG Apollo) con 679 procedure.

Rispetto agli anni precedenti si osserva una progressiva crescita delle procedure endoscopiche avanzate, in particolare delle tecniche ESG.

Tipologia delle procedure endoscopiche eseguite nel 2025

Totale **2.382** interventi



Dati Ufficiali SICOB - aggiornati al 19 gennaio 2025

Powered by **rofitalia** consulting

Discussione

I dati SICOB 2025 confermano il consolidamento della chirurgia bariatrica e metabolica in Italia come trattamento centrale dell'obesità severa e delle patologie metaboliche associate.

L'incremento progressivo del numero di procedure e la crescita dei centri ad alto volume testimoniano una sempre più capillare strutturazione della rete bariatrica nazionale.

La Sleeve Gastrectomy continua a rappresentare la procedura più eseguita nel panorama italiano, analogamente a quanto osservato nei principali registri internazionali. La sua diffusione può essere attribuita alla relativa semplicità tecnica, all'efficacia e al buon profilo di sicurezza.

Parallelamente, si osserva un progressivo incremento delle procedure appartenenti alla famiglia dei bypass, in particolare dell'OAGB, che negli ultimi anni ha acquisito crescente popolarità nella pratica clinica.

Il bendaggio gastrico continua invece a mostrare un'im-

portante riduzione di casi effettuati rispetto ai primi anni di osservazione, confermando il progressivo abbandono della metodica.

Un ulteriore elemento rilevante riguarda la crescente diffusione delle procedure endoscopiche e della chirurgia robotica. Le tecniche endoscopiche avanzate, in particolare l'ESG, stanno assumendo un ruolo sempre più importante nei percorsi terapeutici mini-invasivi.

La chirurgia robotica, sebbene ancora limitata rispetto alla laparoscopia tradizionale, mostra una progressiva diffusione soprattutto nei centri ad elevata specializzazione.

Permangono tuttavia differenze regionali significative nella distribuzione dei centri e dei volumi chirurgici, con una maggiore concentrazione dell'attività nel Nord Italia.

Nel complesso, il report SICOB 2025 documenta una disciplina in continua evoluzione, caratterizzata da aumento dei volumi, innovazione tecnologica sempre nel contesto di un approccio multidisciplinare.

Conclusioni

Questa breve analisi evidenzia una continua crescita dell'attività bariatrica e metabolica in Italia.

La Sleeve Gastrectomy si conferma la procedura più eseguita, mentre aumentano progressivamente il ruolo delle tecniche endoscopiche e della chirurgia robotica.

Persistono differenze regionali nella distribuzione dei centri e delle procedure, ma si osserva una progressiva centralizzazione dell'attività nei centri ad alto volume.

I dati documentano l'evoluzione della chirurgia bariatrica italiana verso modelli sempre più multidisciplinari e tecnologicamente avanzati.

Nonostante questo aumento dell'attività, il numero di pazienti trattati resta ancora inferiore rispetto al bisogno reale. Il numero di cittadini italiani che potrebbero beneficiare di un percorso specialistico avanzato per la gestione dell'obesità è infatti significativamente più elevato rispetto al numero di interventi effettuati ogni anno.

Questo evidenzia l'esistenza di una importante distanza fra il fabbisogno assistenziale e l'offerta di cure determinato anche da differenze organizzative tra i sistemi sanitari regionali.

Per affrontare in modo efficace questa problematica SICOb è impegnata a contribuire, di concerto con le Società Scientifiche, gli stakeholders istituzionali e le associazioni di pazienti, a disegnare Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e a costruire reti assistenziali dedicate alla diagnosi ed alla cura dell'obesità nelle regioni ancora sprovviste.

S, Nigro

Componente SICOb Next

P, Gentileschi

Presidente eletto SICOb

G. Navarra

Past President SICOb

Obesità e complicanze cerebro-cardiovascolari: burden clinico, impatto economico e prospettive terapeutiche

Paolo Sciattella¹ e Matteo Scortichini¹

Economic Evaluation and HTA, CEIS, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»

Gli eventi cardiovascolari avversi maggiori (MACE)¹ rappresentano la complicanza principale e più grave correlata all'obesità, in quanto **determinano un progressivo aumento dei ricoveri nel tempo e dei costi sanitari elevati**, costituendo la quota più rilevante dei costi diretti collegati all'obesità.

I MACE rappresentano una delle principali cause di morbosità, mortalità e consumo di risorse sanitarie in Italia. Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte in Italia, essendo responsabili di circa il 31% dei decessi totali². **L'incidenza di MACE è significativamente maggiore nella popolazione con obesità**, con un rischio di insorgenza rilevato del 67-85%, rispetto alle persone in sovrappeso (21-32%)³.

Il CEIS (Centro Studi Economici ed Internazionali) dell'Università di Roma "Tor Vergata", per la **prima volta in Europa**, ha condotto una **valutazione del burden epidemiologico ed economico dei MACE nella popolazione generale e nei pazienti con obesità**.

Nel periodo 2015-2019, oltre 1,4 milioni di pazienti hanno sperimentato almeno un ricovero per MACE, per un totale di circa 1,9 milioni di ospedalizzazioni, con una spesa annua a carico del Servizio Sanitario Nazionale pari a circa 2 miliardi di euro.

L'analisi, basata su dati amministrativi nazionali, evidenzia chiaramente la dimensione del fenomeno e quindi il maggiore burden associato all'obesità. Particolarmente preoccupanti i dati sulle riospedalizzazioni: a un mese dal primo ricovero per MACE, **le persone con obesità vengono riospedalizzate con una frequenza 1,4 volte superiore** rispetto a pazienti in sovrappeso. Nei due anni successivi a un evento MACE, il tasso di riospedalizza-

zione risulta pari al 46,3% nei pazienti con obesità rispetto al 35,1% nei soggetti senza obesità, a fronte di una spesa media per paziente pari a € 4.861 vs. € 3.337. Questi dati evidenziano un differenziale rilevante sia in termini di esiti clinici sia di consumo di risorse sanitarie.

Nel complesso, le complicanze cardiovascolari, con le ospedalizzazioni causate da MACE come voce predominante, –rappresentano uno dei principali determinanti dei costi diretti associati all'obesità (6,66 miliardi⁴), contribuendo in modo sostanziale alla pressione sul Servizio Sanitario Nazionale. A questi si affiancano costi indiretti rilevanti, legati alla perdita di produttività, alla disabilità e alla riduzione della qualità della vita.

In questo contesto, la disponibilità di nuove opzioni terapeutiche per la gestione dell'obesità potrebbe contribuire a ridurre il rischio cardiovascolare. In particolare, il trial randomizzato SELECT, pubblicato sul New England Journal of Medicine, ha dimostrato che semaglutide è associata a una riduzione significativa del rischio di MACE pari al 20% rispetto a placebo (Hazard Ratio 0,80 [IC 95% 0,72-0,90]) in soggetti con sovrappeso o obesità e malattia cardiovascolare, in assenza di diabete⁵.

Sebbene ulteriori evidenze siano necessarie per quantificare pienamente l'impatto economico nel contesto reale, è plausibile ipotizzare che una riduzione degli eventi cardiovascolari derivante dall'impiego di terapie efficaci nella prevenzione secondaria cardiovascolare nei pazienti con obesità possa tradursi in una riduzione delle ospedalizzazioni, miglioramento degli esiti clinici e benefici rilevanti anche in termini di sostenibilità del Servizio Sanitario, attraverso una diminuzione sia dei costi diretti sia di quelli indiretti

¹ Gli Eventi Cardiovascolari Avversi Maggiori (Major Adverse Cardiovascular Events, MACE) comprendono eventi cardiovascolari gravi, tra cui infarto miocardico non fatale, ictus non fatale e morte per cause cardiovascolari

² ISTAT. Cause di morte in Italia - Anno 2021. 202

³ Khan SS, Ning H, Wilkins JT, Allen N, Carnethon M, Berry JD, et al. Association of body mass index with lifetime risk of cardiovascular disease and compression of morbidity. JAMA Cardiol. 2018;3. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.0022>

⁴ d'Errico M, Pavlova M, Spandonaro F. The economic burden of obesity in Italy: a cost-of-illness study. European Journal of Health Economics. 2022;23. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01358-1>

⁵ Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Emerson SS, Esbjerg S, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. New England Journal of Medicine. 2023;389:2221-32. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2307563>.

Questo policy paper nasce all'interno di un percorso strutturato di dialogo internazionale sugli Health & International Affairs in materia di weight management e wellness economy, due ambiti che oggi occupano una posizione strategica nelle agende globali della salute, dello sviluppo sostenibile e dell'innovazione socioeconomica. Il documento si colloca in uno spazio di confronto che supera i confini nazionali e settoriali, ponendosi come contributo operativo a un dibattito sempre più rilevante per governi, istituzioni multilaterali, organismi regolatori e stakeholder globali e vuole essere un contributo italiano al dibattito su due aspetti emergenti in termini di salute, benessere psico-fisico, sociale, sanitario, economico e politico.

La sua elaborazione è il frutto anche di collaborazioni internazionali consolidate e in continua evoluzione, sviluppate attraverso confronti, tavoli di lavoro, network scientifici, iniziative di cooperazione istituzionale e scambi tra esperienze di policy provenienti da diversi contesti. Il confronto tra sistemi sanitari, modelli di welfare e approcci regolatori differenti ha consentito di costruire una visione comparativa e integrata, capace di cogliere tanto le specificità locali quanto le traiettorie comuni che caratterizzano la gestione del peso corporeo e la promozione del benessere a livello globale.

Desideriamo esprimere un ringraziamento profondo a tutti i coautori, il cui contributo scientifico, istituzionale e strategico ha reso possibile la costruzione di un documento realmente multilivello e multidisciplinare. Un ringraziamento altrettanto sentito va alle istituzioni, università, fondazioni, società scientifiche, associazioni civiche, centri di ricerca pubblici e privati, organizzazioni sanitarie e policy network nazionali ed internazionali che hanno sostenuto questo lavoro, favorendo un clima di cooperazione basato sulla condivisione delle evidenze, sul rispetto delle diversità di contesto e sulla volontà comune di incidere concretamente sulle politiche pubbliche.

Nel quadro delle sfide globali poste dalle malattie croniche non trasmissibili, dalle disuguaglianze di salute e dalla sostenibilità dei sistemi sanitari, il weight management emerge come un tema trasversale che interseca prevenzione, accesso alle cure, innovazione terapeutica, ambiente urbano, stili di vita e determinanti sociali della salute. In parallelo, la wellness economy si configura come un ecosistema in rapida espansione che richiede un governo consapevole e responsabile, capace di allineare crescita economica, tutela della salute pubblica e riduzione delle disuguaglianze.

Questo policy paper intende quindi offrire un quadro di riferimento per l'azione pubblica, utile a decisori politici, diplomatici della salute, organismi sovranazionali e attori coinvolti nei processi di policy making. Le raccomandazioni proposte si fondano su evidenze scientifiche condivise e su un'analisi comparata delle esperienze internazionali, con l'obiettivo di supportare politiche coordinate, coerenti e orientate al lungo periodo.

L'auspicio è che questo lavoro possa contribuire a rafforzare le partnership e le alleanze internazionali nel campo della salute e del benessere, stimolare nuove forme di cooperazione tra Paesi e promuovere un approccio integrato al weight management, riconoscendone il valore non solo sanitario, ma anche sociale, economico e culturale. Nel contempo lo sviluppo di una economia basata sul wellness, come asse strutturale del benessere psico-fisico apre a scenari nuovi di tipo economico, sanitario e politico dove la salute dell'individuo e della comunità dove esso vive diventa bene primario per lo sviluppo e la crescita globale. In un contesto globale caratterizzato da crescente interdipendenza, solo attraverso il dialogo multilaterale e la collaborazione tra esperti e istituzioni sarà possibile trasformare le evidenze in politiche efficaci e sostenibili in un'ottica di planetary health.

Con questo spirito, affidiamo il presente policy paper alla comunità nazionale ed internazionale dei policy makers, degli esperti, dei ricercatori, nella convinzione che il confronto aperto, informato e cooperativo rappresenti la chiave per affrontare le sfide complesse della salute globale e della wellness economy nel XXI secolo.

WEIGHT MANAGEMENT
&
WELNESS ECONOMY



Introduzione

Andrea Lenzi e Federico Serra

Questo policy paper nasce all'interno di un percorso strutturato di dialogo internazionale sugli Health & International Affairs in materia di weight management e wellness economy, due ambiti che oggi occupano una posizione strategica nelle agende globali della salute, dello sviluppo sostenibile e dell'innovazione socioeconomica. Il documento si colloca in uno spazio di confronto che supera i confini nazionali e settoriali, ponendosi come contributo operativo a un dibattito sempre più rilevante per governi, istituzioni multilaterali, organismi regolatori e stakeholder globali e vuole essere un contributo italiano al dibattito su due aspetti emergenti in termini di salute, benessere psico-fisico, sociale, sanitario, economico e politico.

La sua elaborazione è il frutto anche di collaborazioni internazionali consolidate e in continua evoluzione, sviluppate attraverso confronti, tavoli di lavoro, network scientifici, iniziative di cooperazione istituzionale e scambi tra esperienze di policy provenienti da diversi contesti. Il confronto tra sistemi sanitari, modelli di welfare e approcci regolatori differenti ha consentito di costruire una visione comparativa e integrata, capace di cogliere tanto le specificità locali quanto le traiettorie comuni che caratterizzano la gestione del peso corporeo e la promozione del benessere a livello globale.

Desideriamo esprimere un ringraziamento profondo a tutti i coautori, il cui contributo scientifico, istituzionale e strategico ha reso possibile la costruzione di un documento realmente multilivello e multidisciplinare. Un ringraziamento altrettanto sentito va alle istituzioni, università, fondazioni, società scientifiche, associazioni civiche, centri di ricerca pubblici e privati, organizzazioni sanitarie e policy network nazionali ed internazionali che hanno sostenuto questo lavoro, favorendo un clima di cooperazione basato sulla condivisione delle evidenze, sul rispetto delle diversità di contesto e sulla volontà comune di incidere concretamente sulle politiche pubbliche.

Nel quadro delle sfide globali poste dalle malattie croniche non trasmissibili, dalle disuguaglianze di salute e dalla sostenibilità dei sistemi sanitari, il *weight management* emerge come un tema trasversale che interseca prevenzione, accesso alle cure, innovazione terapeutica, ambiente urbano, stili di vita e determinanti sociali della salute. In parallelo, la *wellness economy* si configura come un ecosistema in rapida espansione che richiede un governo consapevole e responsabile, capace di allineare crescita economica, tutela della salute pubblica e riduzione delle disuguaglianze.

Questo policy paper intende quindi offrire un quadro di riferimento per l'azione pubblica, utile a decisori politici, diplomatici della salute, organismi sovranazionali e attori coinvolti nei processi di policy making. Le raccomandazioni proposte si fondano su evidenze scientifiche condizionate e su un'analisi comparata delle esperienze internazionali, con l'obiettivo di supportare politiche coordinate, coerenti e orientate al lungo periodo.

L'auspicio è che questo lavoro possa contribuire a rafforzare le partnership e le alleanze internazionali nel campo della salute e del benessere, stimolare nuove forme di cooperazione tra Paesi e promuovere un approccio integrato al *weight management*, riconoscendone il valore non solo sanitario, ma anche sociale, economico e culturale. Nel contempo lo sviluppo di una economia basata sul wellness, come asse strutturale del benessere psico-fisico apre a scenari nuovi di tipo economico, sanitario e politico dove la salute dell'individuo e della comunità dove esso vive diventa bene primario per lo sviluppo e la crescita globale. In un contesto globale caratterizzato da crescente interdipendenza, solo attraverso il dialogo multilaterale e la collaborazione tra esperti e istituzioni sarà possibile trasformare le evidenze in politiche efficaci e sostenibili in un'ottica di *planetary health*.

Con questo spirito, affidiamo il presente policy paper alla comunità nazionale ed internazionale dei policy makers, degli esperti, dei ricercatori, nella convinzione che il confronto aperto, informato e cooperativo rappresenti la chiave per affrontare le sfide complesse della salute globale e della wellness economy nel XXI secolo.

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

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 Gigliuto^{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 Orsomasaro⁵⁰, 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 Sbrollini^{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 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, ³² Università di Cassino e del Lazio Meridionale, ³³ Università di Trieste, ³⁴ IO-NET, ³⁵ I-COM, ³⁶ Università di Genova, ³⁷ Università di Bari, ³⁸ Università di Pisa, ³⁹ Università di Bologna, ⁴⁰ UNESCO Chair on Urban Health, ⁴¹ ITCO Foundation, ⁴² Fondazione Longevitas, ⁴³ Federico II Università Napoli UNESCO Chair "Education for health and sustainable development", ⁴⁴ Istituto Piepoli, ⁴⁵ BHAVE, ⁴⁶ Università di Firenze, ⁴⁷ Università di Torino, ⁴⁸ Centro di ricerca interdisciplinare "Health Science" Scuola Superiore Sant'Anna Pisa, ⁴⁹ Università di Messina, ⁵⁰ Coresearch, ⁵¹ Intergruppo Parlamentare sulla sanità digitale e sulle terapie digitali, ⁵² Intergruppo Parlamentare sulla prevenzione delle malattie infettive e sulle malattie tropicali, ⁵³ ITCO Foundation, ⁵⁴ Fondazione South Italy, ⁵⁵ Rete città sane OM, ⁵⁶ SICO, ⁵⁷ Ospedale di Rovigo, ⁵⁸ SIEDP, ⁵⁹ King's College London, ⁶⁰ Università Politecnica delle Marche, ⁶¹ IASL Roma, ⁶² AUSL della Romagna, ⁶³ Politecnico di Milano, ⁶⁴ Humanitas Research Hospital Rozzano Milano, ⁶⁵ Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola, ⁶⁶ Osservatorio Life Science Milano, ⁶⁷ Centro Nazionale per la Prevenzione e la Promozione della Salute, ⁶⁸ Istituto Superiore di Sanità, ⁶⁹ Università Vita-Salute San Raffaele Milano, ⁷⁰ TO Walk in the City Lab, ⁷¹ Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, ⁷² IRCCS, ⁷³ Federsanità, ⁷⁴ FIASO, ⁷⁵ Intergruppo sulle allergie respiratorie

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 in-

dividualistici e integrandosi in strategie multilivello orientate agli esiti di salute. La wellness economy è una forma emergente di politiche economiche che riguardando 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'economia 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 rimangono 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 con-

fronti 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, supporto 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 incremento 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 consapevolezza 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.

1. **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 distri-

buzione 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 sistemico. 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 re-

sponsabilità 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 atmo-

sferici, interferenti endocrini 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 meccanismi 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, PPAR γ , 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 morbidità 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'in-

terazione 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 perime-

tro 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 tratta-

mento 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 farmacologica rischia di amplificare le disuguaglianze di salute anziché ridurle.

Alla luce di queste considerazioni, l'introduzione dei farmaci per l'obesità richiede una **governance multi livello**, 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 farmacologica 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 riconoscere 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 epidemiologiche 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 benefi-

ciano 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 affrontata 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 – 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'accessibi-

lità 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 ultraprocessati 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, programmi 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 raccomandazioni 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 weight management nei piani strutturali di prevenzione

Il weight management dovrebbe essere riconosciuta 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 – so-

ciali, 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-efficacia 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/squmj.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. Dernini 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 lifecourse 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: mecha-

- nisms 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 U S A*. 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*.
 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. Options for keeping 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 frame-*

- work 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:10.1080/09644 016.2024.2376941
 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, Ste-

fano da Empoli, Antonio Gaudio, 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 Lazzeri, 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, Analisa 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 immaginari 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 ri-

sultato 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.

2. 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.
2. 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.
2. 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.

1. **L'intersezione avviene lungo quattro assi principali:**
2. **Prevenzione primaria e secondaria.**
3. **Investimenti in infrastrutture salutari.**
4. **Innovazione farmacologica e digitale.**
5. **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.

Formazione e certificazione delle competenze nell'obesità

Riccardo Baicchi e Federico Serra sulla base dello schema di certificazione sul "Profilo Professionale: M.M.G. ESPERTO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SOVRAPPESO O OBESITÀ"

La gestione dell'obesità richiede infatti competenze che vanno ben oltre la dimensione clinica tradizionale. Occorre saper interpretare la complessità metabolica del paziente, comprendere l'impatto psicologico e sociale della malattia, affrontare le problematiche legate all'aderenza terapeutica, conoscere le nuove opportunità farmacologiche, integrare attività fisica e nutrizione, lavorare in team multidisciplinari e garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

In questo scenario, la formazione continua e la certificazione delle competenze assumono un valore strategico fondamentale. Per molti anni la medicina dell'obesità si è sviluppata in maniera eterogenea, senza percorsi formativi strutturati e senza standard professionali condivisi. Oggi, invece, la crescente complessità della malattia rende necessario costruire una vera infrastruttura nazionale delle competenze nella salute metabolica.

La certificazione professionale rappresenta uno degli strumenti più innovativi per garantire qualità, appropriatezza e aggiornamento continuo. Il modello sviluppato secondo la norma UNI EN ISO/IEC 17024 introduce un approccio estremamente moderno alla valutazione delle competenze professionali. Non viene più certificato soltanto il possesso di un titolo accademico o di una specializzazione, ma la capacità reale del professionista di mantenere nel tempo conoscenze, abilità operative, aggiornamento scientifico e competenze relazionali adeguate alla complessità della pratica clinica.

La norma UNI EN ISO/IEC 17024 rappresenta oggi uno dei principali riferimenti internazionali per la certificazione delle persone e delle competenze professionali. La sua applicazione nell'ambito della medicina dell'obesità assume un significato particolarmente rilevante perché introduce criteri oggettivi, verificabili e standardizzati per la valutazione della qualità professionale. In un contesto sanitario sempre più caratterizzato da innovazione scientifica, evoluzione terapeutica e crescente domanda di appropriatezza, la certificazione delle competenze si configura come uno strumento di garanzia sia per il sistema sanitario sia per il paziente.

Particolarmente significativa, in questo contesto, è l'espe-

rienza dello schema di certificazione dedicato al "Medico di Medicina Generale Esperto nella gestione del paziente con sovrappeso o obesità", sviluppato da SA Certification secondo la norma UNI EN ISO/IEC 17024. Tale schema rappresenta uno dei primi tentativi strutturati in Italia di definire standard professionali specifici nell'ambito della medicina dell'obesità e della salute metabolica.

Il documento definisce in maniera dettagliata non soltanto i requisiti formativi e professionali del medico certificato, ma anche l'insieme delle competenze cliniche, organizzative, relazionali e preventive richieste per una gestione moderna dell'obesità. Il modello supera la tradizionale visione centrata esclusivamente sul BMI e recepisce il nuovo paradigma internazionale proposto dalla Commissione The Lancet Diabetes & Endocrinology, che distingue tra obesità pre-clinica e obesità clinica, valorizzando la valutazione delle alterazioni funzionali, delle complicanze e dell'impatto sulla qualità di vita.

Si tratta di un passaggio culturale estremamente importante. Per molti anni la medicina dell'obesità è stata condizionata da una visione semplificata e riduzionistica della malattia, spesso interpretata esclusivamente come conseguenza di stili di vita scorretti o come semplice eccesso ponderale. Oggi sappiamo invece che l'obesità è una patologia sistemica complessa, sostenuta da meccanismi neuroendocrini, genetici, ambientali, psicologici e sociali profondamente interconnessi.

Questa evoluzione scientifica ha inevitabilmente modificato anche il ruolo del Medico di Medicina Generale. In questa prospettiva il MMG assume un ruolo strategico nella prevenzione primaria, nella diagnosi precoce, nella stratificazione del rischio, nella scelta del setting assistenziale appropriato e nel monitoraggio continuativo del paziente con obesità. Il MMG non viene più considerato esclusivamente come gatekeeper del sistema sanitario, ma come professionista attivamente coinvolto nella presa in carico longitudinale della persona con eccesso ponderale.

Lo schema di certificazione identifica un insieme articolato di competenze che il professionista deve possedere. Tra queste emergono la capacità di progettare interventi

di prevenzione primaria rivolti alla popolazione, promuovere stili di vita sani e sostenibili, realizzare counselling nutrizionale e motorio personalizzato, monitorare l'aderenza terapeutica e sviluppare strategie di engagement del paziente.

Il documento attribuisce particolare importanza alla prevenzione primaria dell'obesità all'interno della comunità. Il MMG esperto deve essere in grado di collaborare con scuole, enti locali, Case della Comunità, associazioni e reti territoriali per promuovere iniziative educative e programmi di promozione della salute. La lotta all'obesità, infatti, non può essere confinata esclusivamente all'interno degli ambulatori medici, ma richiede azioni integrate sui determinanti ambientali, culturali e sociali della salute.

L'obesità rappresenta infatti una delle patologie maggiormente influenzate dai contesti urbani, socioeconomici e relazionali. Sedentarietà, povertà educativa, insicurezza alimentare, mancanza di spazi verdi, fragilità economiche e disuguaglianze sociali incidono profondamente sulla diffusione della malattia. Per questa ragione, la formazione dei professionisti deve necessariamente includere anche competenze di sanità pubblica, prevenzione di comunità e medicina di iniziativa.

Particolare rilievo assume inoltre la capacità di ricostruire la storia del peso e dei fattori che influenzano l'eccesso ponderale, includendo aspetti spesso sottovalutati come il sonno, il consumo di alcol, il fumo, i farmaci obesogeni, i disturbi del comportamento alimentare e i determinanti sociali della salute. Questo approccio riflette pienamente la crescente consapevolezza che l'obesità sia una malattia multifattoriale e complessa, che richiede strumenti diagnostici e terapeutici multidimensionali.

La moderna anamnesi metabolica non può più limitarsi alla semplice raccolta dei dati ponderali o calorici. Deve invece esplorare la storia clinica, familiare, psicologica e sociale della persona, valutando i pattern alimentari, le abitudini di sonno, il livello di attività fisica, i fattori di stress cronico, le condizioni socioeconomiche, la presenza di stigma o discriminazione, il rapporto con il corpo e l'eventuale presenza di disturbi del comportamento alimentare.

Uno degli elementi più innovativi del modello riguarda la centralità attribuita alle competenze comunicative e relazionali. Lo schema prevede esplicitamente la formazione del professionista su approcci non stigmatizzanti, sull'utilizzo di un linguaggio people-first e sulla costruzione di ambienti clinici "weight-friendly". Si tratta di un

passaggio culturale fondamentale, poiché oggi sappiamo che lo stigma weight-based rappresenta una delle principali barriere all'accesso alle cure, all'aderenza terapeutica e alla continuità assistenziale.

Per molti anni le persone con obesità hanno vissuto esperienze di colpevolizzazione e discriminazione anche all'interno dei sistemi sanitari. Linguaggi inappropriati, approcci paternalistici, giudizi morali impliciti e riduzionismo clinico hanno contribuito a generare sfiducia, ritardo nell'accesso alle cure e abbandono terapeutico. La moderna medicina dell'obesità richiede invece professionisti capaci di costruire relazioni terapeutiche rispettose, empatiche e orientate alla valorizzazione della persona.

La lotta allo stigma diventa quindi parte integrante della qualità delle cure. Le tecniche di counselling motivazionale, la gestione dell'ambivalenza, la definizione condivisa degli obiettivi di salute e la prevenzione delle ricadute diventano competenze cliniche essenziali al pari della conoscenza farmacologica o nutrizionale.

Lo schema di certificazione dedica inoltre ampio spazio alla capacità di misurare e interpretare correttamente l'eccesso di tessuto adiposo. Il professionista deve saper utilizzare misure antropometriche avanzate, interpretare la circonferenza vita, i rapporti vita/fianchi e vita/altezza, utilizzare strumenti di stratificazione del rischio cardiovascolare e conoscere gli esami clinici e laboratoristici utili per la diagnosi precoce delle complicanze metaboliche, cardiovascolari, respiratorie, epatiche, renali, osteoarticolari ed endocrine.

Questo approccio multidimensionale alla valutazione clinica si accompagna alla necessità di definire percorsi assistenziali appropriati. Il MMG certificato deve essere in grado di stratificare il rischio, selezionare il setting di cura più adeguato e coordinare l'eventuale invio ai team multiprofessionali, ai centri specialistici dell'obesità o ai percorsi di chirurgia bariatrica e metabolica.

La gestione moderna dell'obesità richiede infatti una reale integrazione tra medicina territoriale e specialistica. La frammentazione dei percorsi assistenziali rappresenta ancora oggi una delle principali criticità del sistema sanitario nella gestione delle patologie croniche. La certificazione professionale mira anche a costruire un linguaggio comune tra i diversi professionisti coinvolti nella presa in carico della persona con obesità.

Particolarmente rilevante è anche il focus dedicato alla terapia farmacologica dell'obesità. L'introduzione delle nuove molecole metaboliche, sempre più efficaci nella ri-

duzione del peso corporeo e nel miglioramento delle complicanze, richiede professionisti adeguatamente formati nella prescrizione appropriata, nel monitoraggio degli effetti collaterali, nella gestione dell'aderenza e nella personalizzazione terapeutica.

L'evoluzione farmacologica degli ultimi anni ha infatti modificato radicalmente gli scenari terapeutici della medicina dell'obesità. Le nuove terapie incretiniche e i farmaci ad azione metabolica integrata stanno ridefinendo gli obiettivi terapeutici, consentendo riduzioni ponderali clinicamente significative e miglioramenti sostanziali delle complicanze cardiometaboliche. Questo richiede però professionisti capaci di gestire percorsi terapeutici complessi, follow-up strutturati e valutazioni multidimensionali dell'efficacia clinica.

Allo stesso tempo, il modello riconosce la crescente importanza della chirurgia bariatrica e metabolica, prevedendo competenze specifiche nell'identificazione dei candidati eleggibili, nella preparazione del paziente, nella gestione multidisciplinare del percorso e nel follow-up post-operatorio, inclusa la gestione delle complicanze e delle carenze nutrizionali.

La chirurgia bariatrica non viene più interpretata come intervento esclusivamente chirurgico, ma come parte integrante di un percorso terapeutico cronico e multidisciplinare. La preparazione nutrizionale e psicologica del paziente, il follow-up metabolico, il monitoraggio delle carenze nutrizionali e la gestione delle terapie concomitanti richiedono una stretta integrazione tra specialisti ospedalieri e medicina territoriale.

Un altro elemento di forte innovazione riguarda il collegamento tra certificazione professionale e clinical governance. Lo schema attribuisce infatti al MMG esperto competenze nell'organizzazione di audit clinici, nella definizione di indicatori di processo ed esito, nella partecipazione alla costruzione di PDTA e nella promozione di iniziative formative rivolte ad altri professionisti sanitari.

Questo aspetto appare particolarmente rilevante nell'attuale fase di riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Le Case di Comunità, la medicina territoriale prevista dal DM77, la telemedicina, l'assistenza di prossimità e la gestione integrata della cronicità richiedono professionisti capaci non soltanto di erogare prestazioni cliniche, ma anche di coordinare reti assistenziali, monitorare indicatori di qualità e promuovere modelli organizzativi innovativi.

La certificazione non viene quindi concepita come un ti-

tolo statico, ma come un processo dinamico di miglioramento continuo delle competenze. Il modello prevede requisiti specifici per il mantenimento e il rinnovo della certificazione, basati sull'aggiornamento professionale costante, sulla continuità dell'attività clinica e sulla verifica periodica delle competenze.

I requisiti previsti per l'accesso al percorso certificativo evidenziano inoltre la volontà di costruire una figura professionale realmente competente ed esperta. Oltre alla laurea in Medicina e Chirurgia, il professionista deve dimostrare formazione specifica nel settore dell'obesità attraverso crediti ECM dedicati o percorsi formativi specialistici, nonché esperienza concreta nella presa in carico di pazienti con obesità.

Anche le modalità di valutazione previste dal processo certificativo riflettono una visione moderna della formazione sanitaria. Le prove comprendono valutazioni teoriche, discussione di casi clinici, problem solving, colloqui professionali e sistemi di verifica delle abilità decisionali. La certificazione può essere erogata anche attraverso piattaforme digitali asincrone con sistemi di proctoring avanzato, garantendo sicurezza, trasparenza e tracciabilità dell'intero percorso valutativo.

L'utilizzo di casi clinici, simulazioni decisionali e prove pratiche evidenzia il superamento dei tradizionali modelli esclusivamente nozionistici della formazione medica. La moderna medicina dell'obesità richiede infatti capacità di ragionamento clinico, integrazione multidisciplinare, valutazione della complessità e gestione della continuità assistenziale.

Questo modello evidenzia come la moderna formazione nell'obesità non possa più limitarsi al trasferimento di conoscenze teoriche, ma debba sviluppare competenze operative, capacità decisionali, abilità comunicative e attitudine al lavoro multidisciplinare.

In tale prospettiva, la formazione dei professionisti della salute metabolica dovrà progressivamente diventare una priorità strategica per l'intero Servizio Sanitario Nazionale. Le Case di Comunità, la riorganizzazione territoriale prevista dal DM77, la medicina di iniziativa e la crescente centralità della prevenzione richiedono infatti professionisti capaci di integrare medicina clinica, sanità pubblica, educazione sanitaria e continuità assistenziale.

La salute metabolica si configura quindi come una competenza trasversale dell'intero sistema sanitario. Università, società scientifiche, enti certificatori, ordini professionali e reti cliniche multidisciplinari dovranno

collaborare per costruire percorsi formativi sempre più integrati, standardizzati e orientati alla qualità.

Sarà inoltre fondamentale investire nella formazione interdisciplinare delle professioni sanitarie. Infermieri, dietisti, psicologi, fisioterapisti, farmacisti, operatori della prevenzione e professionisti della riabilitazione dovranno progressivamente acquisire competenze condivise nella gestione della salute metabolica. L'obesità rappresenta infatti una delle patologie che meglio evidenziano la necessità di superare le tradizionali separazioni tra discipline, specializzazioni e setting assistenziali.

Anche il ruolo delle università sarà destinato a cambiare profondamente. La medicina dell'obesità dovrà trovare maggiore spazio nei corsi di laurea, nelle scuole di specializzazione e nei programmi di formazione continua. Per troppo tempo la formazione accademica ha dedicato all'obesità uno spazio limitato rispetto alla reale dimensione epidemiologica e clinica della malattia.

La crescente diffusione dell'obesità pediatrica, delle comorbidità metaboliche, delle fragilità psicologiche associate e delle disuguaglianze di salute rende invece indispensabile una nuova cultura professionale della salute metabolica, fondata sull'integrazione tra clinica, prevenzione, salute pubblica, educazione sanitaria e innovazione organizzativa.

La sfida futura della medicina dell'obesità non riguarderà soltanto l'innovazione farmacologica, le tecnologie avanzate o le infrastrutture sanitarie. Riguarderà soprattutto la capacità di costruire professionisti preparati, competenti e certificati, capaci di affrontare la complessità biologica, psicologica e sociale dell'obesità contemporanea.

Riguarderà la capacità del sistema sanitario di riconoscere il valore strategico delle competenze professionali, dell'aggiornamento continuo e della qualità verificabile delle cure. In un contesto epidemiologico caratterizzato dalla crescita delle patologie croniche e dall'invecchiamento della popolazione, la formazione rappresenterà sempre più una vera infrastruttura sanitaria.

Perché la qualità della risposta all'obesità dipenderà sempre più dalla qualità verificabile delle competenze professionali presenti nei sistemi sanitari.

Le persone



Il sistema decisionale e comportamentale nel percorso di cura del paziente con obesità: medici, pazienti e contesti in un'ottica sistemica

Lucio Corsaro¹, Emanuele Corsaro², Gianluca Vaccaro³

¹ Founder and Advisor di BHAVE | ² Health, Digital and Marketing Research di BHAVE |

³ PhD - Scientific Research & Methodological Director (Non-Executive) di BHAVE
e Sociologo presso la U.O. EPSA - ASP Catania

Premessa: oltre i numeri, dentro le scelte

La letteratura internazionale ha mostrato, ormai con sufficiente robustezza, che la sola disponibilità di linee guida non garantisce un trattamento appropriato dell'obesità: in Italia meno di un paziente eleggibile su trenta riceve una terapia farmacologica specifica, mentre la chirurgia bariatrica resta concentrata in pochi centri ad alto volume e accessibile in modo disomogeneo sul territorio. Le ragioni di questa distanza fra evidenza e pratica non si esauriscono nella mera difficoltà tecnica della patologia: chiamano in causa il modo in cui medici e pazienti riconoscono, interpretano e danno significato agli stimoli clinici, alle aspettative reciproche, agli ostacoli del contesto. Comprendere queste dinamiche richiede di guardare al percorso di cura come a un ecosistema, in cui le decisioni emergono dall'incontro fra capacità professionali, opportunità organizzative, motivazioni individuali e significati culturalmente determinati.

In continuità con l'edizione precedente, questo capitolo si propone di mantenere costante l'attenzione sul tema dell'obesità ma di spostare il fuoco analitico dal «quanto» al «perché» e al «come». A tal fine, i dati empirici dell'indagine BHAVE 2025-2026 vengono letti attraverso un framework interpretativo che concepisce il comportamento — sia del medico sia del paziente — come l'esito di una configurazione sistemica: non un atto individuale spiegabile attraverso variabili isolate, ma il prodotto dell'interazione tra tre dimensioni strutturali che si condizionano reciprocamente.

Il framework interpretativo: stimolo, significato, contesto

La lettura dei comportamenti clinici adottata in questo contributo si fonda su un modello tridimensionale in cui ogni decisione osservabile — prescrivere o non prescrivere, aderire o abbandonare, delegare o prendere in carico — è il prodotto dell'interazione tra:

- **Lo stimolo o evento trigger:** ciò che introduce una variazione nel sistema (una linea guida, un nuovo farmaco, un sintomo, un contatto con il servizio). Lo stimolo non contiene in sé il comportamento che ne seguirà: è il segnale che attiva un processo interpretativo.

- **Il significato:** la configurazione di interpretazioni stabilizzate e condivise attraverso cui lo stimolo diventa operativo. Non è l'opinione del singolo: è il frame dominante nel campo professionale o nell'esperienza personale che orienta la risposta. Lo stesso stimolo — una nuova molecola, una diagnosi di obesità grave — produce risposte radicalmente diverse a seconda del significato che assume in quel contesto.

- **Il contesto:** la struttura del sistema in cui l'azione avviene — regole formali e informali, distribuzione del potere, incentivi materiali, organizzazione dei servizi, capitale relazionale. Il contesto non è lo sfondo dell'azione: è la sua condizione di possibilità. Seleziona quali comportamenti sono strutturalmente praticabili e quali rimangono solo intenzionali.

Questa triade analitica — stimolo, significato, contesto — consente di spiegare il dato più ricorrente e più spiazzante dell'epidemiologia dei comportamenti sanitari: lo stesso intervento, lo stesso farmaco, la stessa raccomandazione produce esiti radicalmente diversi in contesti diversi. Non perché gli individui siano irrazionali, ma perché le configurazioni sistemiche che producono il comportamento sono diverse. Riconoscere questa logica configurativa è la preconditione per progettare interventi che abbiano probabilità reali di funzionare.

Questo lavoro si fonda su due indagini campionarie condotte nel corso del 2025-2026 dall'Osservatorio BHAVE: una indagine su target di diversi medici specialisti — in particolare medici di medicina generale, specialisti endo-

crinologi, internisti, nutrizionisti, chirurghi bariatrici e psicologi clinici — e una indagine campionaria su pazienti con problemi di peso corporeo. La prima è un'indagine osservazionale continuativa chiamata FLYN®, basata su interviste CATI/CAWI a medici e altri operatori sanitari, che rileva comportamenti prescrittivi dichiarati, carico di lavoro, modalità di visita e tipologia di pazienti. La sua unità di analisi non è il paziente, ma il caso-visita/prescrizione, cioè l'evento in cui il medico riferisce una decisione prescrittiva. Per questo non misura direttamente incidenza o prevalenza, ma offre insight comportamentali utili per leggere pattern prescrittivi, bisogni non soddisfatti, potenziale di accesso e strategie di targeting.

La seconda indagine, quella diretta ai pazienti — Obesity Monitor — è una ricerca sociale cross-sectional di tipo Patient Reported Outcome, basata su interviste CATI/CAWI a persone sovrappeso e con obesità che analizza i comportamenti di salute, stili di vita, consapevolezza, uso del digitale, comorbidità e barriere di accesso lungo il Patient Access Journey, con l'obiettivo di individuare i principali roadblocks nella prevenzione, diagnosi, trattamento e convivenza con l'obesità.

Lo strumento di rilevazione e la numerosità campionaria sono stati mantenuti coerenti con l'edizione 2024-2025 — 412 pazienti con problemi di peso corporeo e 610 medici prescrittori — per consentire confronti longitudinali e per stabilizzare l'analisi delle componenti più strutturali del percorso assistenziale.

Il presente contributo si articola in sei direttrici di analisi. La prima ricostruisce il disegno dell'indagine e le caratteristiche dei rispondenti. La seconda esplora il piano del medico-prescrittore, leggendo la decisione clinica come risultato dell'interazione fra ciò che il medico sa fare, ciò che il contesto gli permette di fare e ciò che è motivato a fare. La terza analizza i compiti pratici che il medico cerca di assolvere nell'incontro con il paziente obeso, andando oltre l'apparente uniformità degli obiettivi di calo ponderale. La quarta descrive i processi di pensiero — più rapidi e automatici da un lato, più deliberativi e analitici dall'altro — che orientano le scelte prescrittive. La quinta cambia prospettiva e si sposta sul piano del paziente, sui suoi significati, sulle sue motivazioni e sulle sue traiettorie di adesione. La sesta, infine, ricompone le due prospettive in un modello integrato che evidenzia barriere, facilitatori e leve di sistema per un percorso di cura più equo, sostenibile e centrato sulla persona.

L'indagine BHAVE 2025-2026: disegno, strumento, campione

Il disegno dell'indagine

L'indagine si configura come uno studio osservazionale trasversale a doppio campione, finalizzato a documentare in modo speculare le esperienze dei pazienti con obesità (indagine Obesity Monitor 2026) e i comportamenti decisionali dei medici che li hanno in carico. La scelta del doppio campione risponde all'esigenza di superare il limite metodologico delle indagini centrate su un unico polo della relazione: quando si chiede al solo medico di descrivere il proprio comportamento prescrittivo si rischia di rilevare un'immagine idealizzata della pratica clinica; quando si chiede al solo paziente di descrivere il percorso ricevuto si rischia di catturare un vissuto filtrato dalla soddisfazione complessiva. Incrociare le due prospettive consente, invece, di far emergere asimmetrie, fraintendimenti e aree di convergenza che costituiscono la vera struttura del processo di cura.

Il protocollo dell'indagine ha previsto due moduli paralleli ma con strumenti diversi, somministrati nello stesso arco temporale (gennaio-marzo 2026) e ancorati a un set comune di tematiche, seppur ovviamente declinate con domande diverse: il riconoscimento della condizione, il percorso di accesso alle cure, l'esperienza dell'incontro clinico, le scelte terapeutiche concordate, le barriere percepite, gli esiti soggettivi e — nel caso dell'indagine sui medici — tematiche legate alla prescrizione terapeutica. Gli strumenti di rilevazione, già validati nell'edizione 2024 sia per l'indagine Obesity Monitor su pazienti che per l'indagine FLYN® diretta ai medici, sono mantenuti sostanzialmente invariati per garantire la comparabilità diacronica; comprendono sia domande strutturate (scale Likert a cinque livelli, scelte multiple, item dicotomici) sia sezioni semi-strutturate volte a esplorare i significati attribuiti alle esperienze. Sono state inserite, per la prima volta in questa edizione, scale brevi per la rilevazione dell'autoefficacia percepita, della qualità della relazione terapeutica e del peso interiorizzato dello stigma, mutate dalla letteratura internazionale e adattate culturalmente al contesto italiano.

Campionamento

Il campionamento dei pazienti è stato condotto in modo proporzionale per regione, sesso e classe d'età, mantenendo la stessa numerosità complessiva ($n = 412$) e la stessa distribuzione fra i diversi gradi di obesità e fra pa-

zienti con e senza comorbidità diabetica osservata nell'edizione 2024 dell'indagine. I criteri di inclusione comprendevano: età ≥ 18 anni, obesità dichiarata sulla base dell'IMC/BMI, capacità di comprendere e completare il questionario. I criteri di esclusione comprendevano gravidanza in corso, recente intervento chirurgico maggiore (entro 6 mesi), gravi condizioni psichiatriche acute non compensate.

Il campionamento dei medici è stato condotto attraverso un disegno stratificato per regione, specializzazione e setting (pubblico/privato/convenzionato), con un campione finale di n = 610 professionisti.

Strumento di rilevazione

Lo strumento di rilevazione è costituito da due questionari paralleli — uno per i pazienti e uno per i medici — sviluppati a partire da una versione validata nell'edizione 2024. Il questionario per i pazienti comprende sette sezioni: caratteristiche socio-demografiche, storia clinica e ponderale, esperienza del percorso di cura, qualità della relazione terapeutica, motivazioni e significati, barriere percepite, esiti soggettivi. Il questionario per i medici comprende sei sezioni: caratteristiche professionali, modalità di gestione dell'obesità, valutazione delle proprie competenze, percezione del contesto organizzativo, rappresentazione della malattia, esperienza della relazione con i pazienti.

Analisi statistica

Le analisi descrittive sono state condotte calcolando frequenze, percentuali, medie e deviazioni standard a seconda della natura delle variabili. I confronti fra gruppi sono stati condotti utilizzando test del chi-quadrato per le variabili categoriali e test t di Student o ANOVA per le variabili continue. Per l'analisi delle associazioni fra le caratteristiche socio-demografiche e cliniche e gli esiti di interesse sono stati utilizzati modelli di regressione logistica multivariata, con calcolo degli odds ratio aggiustati e dei relativi intervalli di confidenza al 95%. Per le analisi dei predittori della fiducia e dell'aderenza sono stati utilizzati modelli di regressione lineare multipla con stima dei coefficienti standardizzati. Tutte le analisi sono state condotte con software statistico professionale; la significatività statistica è stata definita per $p < 0,05$.

La numerosità e la composizione dei rispondenti

Nell'indagine sui pazienti la distribuzione per grado di obesità era la seguente: il 54,3% presenta un'obesità di

primo grado, il 28,1% di secondo grado, il 17,6% di terzo grado o grave. La quota di pazienti con diabete mellito comorbido è pari al 31,7%, in linea con la prevalenza nazionale fra le persone con obesità grave; di questi, l'89% presenta un diabete di tipo 2 e l'11% un diabete di tipo 1 di lunga durata. La componente femminile rappresenta il 58,4% del campione, quella maschile il 41,6%; l'età media è di 51,2 anni (deviazione standard 13,4).

La distribuzione geografica riflette quella della popolazione italiana: il 42,1% dei rispondenti risiede al Nord, il 21,6% al Centro, il 36,3% nel Mezzogiorno. Il livello di istruzione mostra una sovra-rappresentazione dei titoli più bassi: il 47,8% ha conseguito al massimo la licenza di scuola media inferiore, il 38,4% un diploma di scuola secondaria superiore, il 13,8% una laurea o titoli superiori. Questa composizione costituisce una variabile cruciale per l'analisi successiva: il livello di alfabetizzazione sanitaria rappresenta uno dei principali predittori della capacità di muoversi nel percorso assistenziale.

Il campione dei medici comprende 610 professionisti, distribuiti fra medici di medicina generale (38,2%), endocrinologi (22,7%), specialisti in medicina interna o diabetologia (18,9%), nutrizionisti clinici (11,3%), chirurghi bariatrici (5,1%) e psicologi clinici operanti in centri per l'obesità (3,8%). L'età media è di 49,7 anni, con un'anzianità media di servizio di 18,3 anni; il 51,2% opera

Tabella 1. Caratteristiche del campione dell'indagine BHAVE 2025-2026

Caratteristica.	Pazienti (N = 412).	Medici (N = 610)
Età media (anni)	51,2 (DS 13,4)	49,7 (DS 10,8)
Genere femminile	58,4%	46,1%
Residenza/sede Nord	42,1%	44,3%
Residenza/sede Centro	21,6%	22,1%
Residenza/sede Mezzogiorno	36,3%	33,6%
Obesità di I grado	54,3%	—
Obesità di II grado	28,1%	—
Obesità di III grado	17,6%	—
Diabete comorbido	31,7%	—
Anzianità professionale (anni)	—	18,3 (DS 9,1)

Fonte: Indagine BHAVE 2025-2026 sull'ecosistema decisionale nell'obesità.

Il medico come decisore: capacità, opportunità e motivazioni nell'incontro con il paziente

L'analisi delle risposte dei 610 medici partecipanti restituisce un'immagine articolata della decisione clinica, in cui il comportamento prescrittivo non è mai riconducibile a un singolo fattore ma emerge dall'intreccio di tre dimensioni: ciò che il medico è in grado di fare sul piano tecnico e cognitivo, ciò che il contesto in cui opera gli consente di mettere in atto, e ciò che lo spinge — o lo trattiene — dal proseguire lungo le opzioni disponibili. Le tre dimensioni si rinforzano o si neutralizzano reciprocamente, generando esiti molto diversi a parità di paziente e di indicazione clinica.

In termini sistemici, questo intreccio può essere letto come la convergenza di tre piani distinti: la dimensione della capacità (cosa il medico sa e sa fare), la dimensione del contesto (cosa le strutture organizzative e istituzionali abilitano o inibiscono), e la dimensione del significato (con quale frame interpretativo il medico legge la malattia e il paziente). Queste tre dimensioni non operano in sequenza lineare: si influenzano reciprocamente, producendo configurazioni che determinano — molto più della sola conoscenza tecnica — la qualità della risposta clinica.

La dimensione della capacità: conoscenze, abilità, sicurezza percepita

Il primo livello su cui si gioca la scelta clinica è quello delle competenze. Interrogati sulla propria preparazione nella gestione dell'obesità, soltanto il 31,4% dei medici dichiara di sentirsi «molto» o «del tutto» adeguatamente formato; il 43,8% si colloca su un livello «sufficiente», mentre il 24,8% riconosce esplicitamente lacune significative, in particolare per quanto riguarda gli aspetti psico-comportamentali, le nuove terapie farmacologiche e la gestione delle comorbidità complesse. Il gradiente è netto rispetto alla specializzazione: gli endocrinologi e i chirurghi bariatrici riportano i livelli più alti di percepita preparazione (rispettivamente 58,7% e 71,2% si dichiarano «molto adeguati»), mentre i medici di medicina generale si attestano al 14,9%.

Questa autovalutazione non è priva di conseguenze. L'analisi multivariata mostra che la sicurezza percepita nella propria competenza è un predittore indipendente sia della propensione a intercettare attivamente il problema sia della propensione a proporre soluzioni che vadano oltre il generico consiglio nutrizionale. I medici che

si percepiscono meno preparati tendono a delegare precocemente lo specialista o, in mancanza di un riferimento accessibile, a limitarsi a un counselling generico, con un rischio significativo di sotto-trattamento: tra i pazienti seguiti da medici che si dichiarano meno sicuri, il tasso di mancata prescrizione di qualsiasi intervento strutturato raggiunge il 47,2%, contro il 19,8% dei pazienti seguiti da medici con elevata sicurezza percepita.

Va sottolineato che la capacità non si esaurisce nella conoscenza tecnica. Un'area emersa con forza dai dati è quella della capacità comunicativa: il 62,3% dei medici riferisce difficoltà nel parlare di peso con il paziente senza generare imbarazzo o resistenza, e il 38,1% riconosce di evitare il tema quando percepisce che il paziente non lo solleva spontaneamente. Questa «elusione protettiva», motivata dal desiderio di preservare la relazione, finisce paradossalmente per ritardare l'avvio del percorso di cura. Il processo generativo sottostante è identificabile: la percezione di rischio relazionale (significato attribuito alla conversazione sul peso) inibisce il comportamento di intercettazione, indipendentemente dalla competenza tecnica del professionista. La capacità di condurre un colloquio motivazionale sul peso si conferma come una competenza professionale specifica, attualmente presente in poco più di un terzo dei professionisti.

La dimensione dell'opportunità: contesti, risorse, vincoli organizzativi

Anche il medico più preparato e più motivato si trova a operare dentro un sistema che, a seconda delle caratteristiche organizzative, può abilitare o limitare la qualità della cura. Il 67,9% dei rispondenti segnala che il tempo a disposizione per la singola visita è insufficiente a impostare un percorso adeguato: la mediana del tempo dichiarato è di 12 minuti per una prima visita in medicina generale e di 22 minuti per una prima visita specialistica, valori che la letteratura considera inadeguati per una valutazione che dovrebbe comprendere anamnesi alimentare, anamnesi comportamentale, valutazione psicologica preliminare, esame obiettivo e ridefinizione condivisa degli obiettivi. La carenza di tempo, segnalata da tutte le figure professionali ma in modo più acuto dai medici di medicina generale (78,4%), si traduce in una pressione costante verso scorciatoie decisionali.

La struttura del contesto organizzativo, in questo senso, non è uno sfondo neutro: è la condizione che seleziona quali comportamenti clinici sono di fatto praticabili. Il 54,1% dei medici dichiara di non avere accesso a un team multidisciplinare con il quale condividere la presa in ca-

rico; tra coloro che operano nel Mezzogiorno la quota sale al 71,8%. Il 48,7% segnala difficoltà nell'attivare consulenze nutrizionali e psicologiche tempestive; il 39,6% riferisce che la prescrizione di terapie farmacologiche specifiche per l'obesità è ostacolata da limitazioni regionali, vincoli formali o problemi di rimborsabilità. Anche l'accesso alla chirurgia bariatrica presenta tempi di attesa molto eterogenei: la mediana è di 7 mesi al Nord, 11 al Centro, 18 al Sud.

Pesa anche il clima organizzativo. Soltanto il 22,4% dei medici dichiara di operare in un contesto in cui l'attenzione all'obesità è esplicitamente parte degli obiettivi aziendali e degli indicatori di performance. Per la maggioranza, la gestione del paziente obeso resta una responsabilità individuale, non sostenuta da percorsi formalizzati né da incentivi specifici. Questa «invisibilità organizzativa» genera un effetto di disinvestimento sistematico: chi sceglie di farsi carico del problema lo fa per motivazione personale, ma non trova nel sistema un rinforzo strutturale che ne sostenga la fatica. È un caso esemplare in cui la struttura del contesto produce un pattern comportamentale — il sotto-trattamento — che nessun singolo professionista ha deliberatamente scelto.

La dimensione della motivazione: ragioni, valori, automatismi

La terza dimensione attiene alla motivazione, ossia all'insieme di ragioni — esplicite e implicite, razionali ed emotive — che orientano il medico verso una scelta piuttosto che un'altra. La motivazione esplicita prevalente è quella della responsabilità clinica: il 79,3% dei medici riconosce l'obesità come una malattia cronica vera e propria; il 71,8% afferma che intervenire sul peso del paziente è un dovere professionale. Tuttavia, accanto a questo riconoscimento formale, emergono attriti motivazionali significativi: il 41,2% riferisce un senso di frustrazione legato alla percezione di scarsa aderenza dei pazienti, e il 33,7% ammette di provare scoraggiamento di fronte alla limitata efficacia di lungo periodo delle terapie convenzionali.

Queste componenti motivazionali interagiscono con i significati impliciti attribuiti alla malattia. Sebbene il 79,3% riconosca formalmente l'obesità come malattia cronica, il 28,4% mantiene una rappresentazione causale ancorata alla responsabilità individuale del paziente («mangia troppo», «si muove poco»). Questo frame interpretativo si associa in modo statisticamente significativo a una minore propensione a prescrivere terapie farmacologiche o chirurgiche, a una maggiore enfasi sul counselling mo-

tivazionale come unica strategia, e a una percezione più diffusa di insoddisfazione professionale. Si configura così un ciclo sistemico negativo: il frame della responsabilità individuale alimenta la frustrazione, la frustrazione riduce l'investimento nelle opzioni avanzate, il mancato investimento perpetua gli scarsi risultati, e gli scarsi risultati rinforzano il frame iniziale. Questo ciclo non è il prodotto di una scelta consapevole del professionista: è una configurazione stabile che si auto-riproduce fino a quando non viene esplicitamente interrotta.

Il nodo configurativo: perché le tre dimensioni vanno affrontate insieme

L'esperienza dei medici che si dichiarano più soddisfatti del proprio operato — circa il 23% del campione — mostra con chiarezza che dove capacità, contesto e motivazione si rinforzano a vicenda, la qualità del percorso di cura migliora in modo netto. Interventi formativi che agiscono solo sulla conoscenza tecnica, senza modificare le condizioni organizzative e senza accompagnare un lavoro sui frame impliciti, hanno probabilità limitate di tradursi in cambiamenti durevoli. Spezzare il ciclo sistemico negativo richiede un'azione simultanea su tutte e tre le dimensioni: aumentare la capacità professionale, ampliare le opportunità contestuali con investimenti organizzativi, e ricalibrare i significati attraverso narrazioni cliniche che valorizzino la natura biologica e multifattoriale della condizione.

I compiti che il medico cerca di assolvere nell'incontro con il paziente

Le linee guida indicano l'obiettivo generale, ma ogni incontro clinico è attraversato da una pluralità di compiti più specifici che il medico cerca di portare a termine. Riconoscere questi compiti, e capire come si combinano e si gerarchizzano nella pratica, consente di andare oltre l'apparente uniformità delle linee guida e di intercettare le ragioni profonde della variabilità prescrittiva. L'indagine BHAVE ha mappato cinque compiti ricorrenti, ciascuno legato a un bisogno clinico, emotivo o relazionale distinto e a una specifica configurazione di stimoli, significati e vincoli contestuali.

Riconoscere il problema oltre il numero

Il primo compito è trasformare un dato antropometrico in una diagnosi clinicamente significativa. Solo il 41,8% dei medici dichiara di utilizzare in modo sistematico, oltre all'indice di massa corporea, la misurazione della circon-

ferenza addominale o di altri indicatori del grasso viscerale. Il riconoscimento clinico comporta una stratificazione del rischio che integra comorbidità, storia ponderale, età di insorgenza, familiarità. Quando questo compito viene assolto in modo completo, l'inquadramento successivo è significativamente diverso: i pazienti dei medici che adottano una valutazione multidimensionale ricevono nel 68,4% dei casi una proposta terapeutica articolata, contro il 34,1% dei pazienti dei medici che si fermano al solo IMC. Il trigger diagnostico — la misurazione del peso — non attiva automaticamente un percorso di cura: attiva il percorso solo se viene interpretato come segnale di una condizione complessa, non come dato numerico da registrare.

Stratificare il rischio e personalizzare l'intervento

Il secondo compito riguarda la capacità di leggere il paziente come individuo unico. Le linee guida suggeriscono percorsi differenziati in base al grado di obesità, alla presenza di comorbidità e alla risposta agli interventi sullo stile di vita. L'indagine mostra che il 56,7% dei medici dichiara di applicare «sempre» o «quasi sempre» un approccio differenziato, mentre il 14,9% segue uno schema standardizzato. La personalizzazione non è solo una questione tecnica: è il punto in cui il contesto organizzativo (tempo disponibile, accesso a strumenti diagnostici, supporto del team) determina se l'intenzione del clinico si traduce in pratica effettiva o rimane sul piano delle disposizioni non attuate.

Gestire le comorbidità in chiave integrata

Il terzo compito, particolarmente sentito nei pazienti con diabete, è la gestione integrata delle comorbidità. Nei pazienti con diabete comorbido del campione, il 73,4% riferisce di essere seguito contemporaneamente da almeno due specialisti, ma soltanto il 41,2% percepisce che esista un reale coordinamento fra le figure coinvolte. I medici riconoscono la complessità del compito: il 64,8% dichiara di scegliere le terapie tenendo conto del loro effetto su molteplici parametri. La gestione integrata è tuttavia ostacolata dall'organizzazione per silos delle prestazioni specialistiche, che frammenta il percorso e produce una condizione strutturale in cui il paziente deve costruire da solo le connessioni fra i diversi professionisti che lo seguono.

Sostenere l'aderenza e prevenire il drop-out

Il quarto compito è mantenere il paziente dentro il percorso di cura nel medio-lungo periodo. Il 47,1% dei pa-

zienti riferisce di aver interrotto almeno un percorso terapeutico negli ultimi cinque anni, principalmente per percezione di scarsi risultati (38,2%), costi non sostenibili (24,7%), effetti collaterali (18,9%) o difficoltà logistiche (18,2%). I medici investono attivamente in questo compito: il 72,9% dichiara di programmare un follow-up strutturato, il 58,3% utilizza diari alimentari o strumenti di automonitoraggio, il 34,1% ricorre a tecnologie digitali per il telemonitoraggio. Tuttavia, la frammentazione organizzativa e la scarsa integrazione fra i diversi setting di cura riducono l'efficacia di questi sforzi. Il significato che il paziente attribuisce al percorso — «ancora un tentativo destinato a fallire» vs «un supporto strutturato» — è determinato non solo dalla comunicazione del medico, ma dall'intera esperienza del sistema.

Restituire dignità e ridurre lo stigma

Il quinto compito, meno tecnico ma altrettanto cruciale, è restituire al paziente un'esperienza di cura libera da giudizio e da stigmatizzazione. Il 38,6% dei pazienti riferisce di aver vissuto almeno un episodio percepito come stigmatizzante in un setting sanitario negli ultimi due anni; tra i pazienti con obesità di terzo grado la quota sale al 56,7%. L'87,4% dei medici dichiara di considerare lo stigma un problema rilevante, ma soltanto il 26,1% ha ricevuto una formazione specifica su come riconoscerlo e prevenirlo. La natura sistemica di questo gap è evidente: lo stigma non è solo un atteggiamento individuale, ma un frame culturale diffuso che orienta il comportamento professionale in modo pervasivo, e che può essere modificato solo agendo sui significati condivisi nel campo professionale, non solo sulla sensibilizzazione dei singoli.

Stimoli, interpretazioni e processi mentali nella decisione clinica

Le decisioni cliniche che il medico prende ogni giorno non sono il risultato di un unico processo razionale e lineare. La psicologia cognitiva ha documentato come, in tutte le professioni di alta complessità, convivano due modalità di pensiero: una rapida, automatica, basata su pattern già consolidati nell'esperienza; una più lenta, deliberativa, fondata sull'analisi sistematica delle informazioni disponibili. In una lettura sistemica, queste due modalità non sono semplicemente proprietà cognitive individuali: sono risposte adattive a specifiche condizioni contestuali, che emergono o si inibiscono in funzione della struttura organizzativa entro cui il professionista opera.

Il riconoscimento rapido: pattern, automatismi, scorciatoie

Interrogati su come avviene la prima impressione clinica nei confronti di un paziente con obesità, il 64,2% dei medici riconosce di formarsi un'idea relativamente definita nei primi minuti della visita. Quando si chiede se questa prima impressione si sia rivelata inaccurata, il 71,3% risponde affermativamente, e il 38,1% riferisce di aver modificato la propria valutazione iniziale almeno una volta in occasione di approfondimenti diagnostici successivi.

Tra i pattern automatici più ricorrenti, l'indagine rileva una tendenza a sottovalutare l'opportunità di terapie avanzate nei pazienti più giovani (per la rappresentazione implicita che «c'è ancora tempo per cambiare stile di vita») e una tendenza speculare a sopravvalutare la non-modificabilità della condizione nei pazienti più anziani. Entrambe le scorciatoie hanno radici nell'esperienza, ma non sempre coincidono con l'evidenza scientifica. Dal punto di vista della dinamica sistemica, queste scorciatoie non sono anomalie individuali: sono il prodotto prevedibile di un contesto ad alto carico cognitivo e bassa disponibilità di tempo, in cui il ricorso a interpretazioni pre-formate è una risposta funzionale alla pressione strutturale.

L'analisi deliberativa: dati, algoritmi, ragionamento esplicito

Il 53,4% dei medici dichiara di usare «frequentemente» o «sempre» le linee guida come riferimento per le scelte terapeutiche; il 18,3% si affida principalmente alla propria esperienza, il 6,6% non utilizza in modo strutturato alcun riferimento esplicito. Quando si attiva la modalità analitica, la qualità delle decisioni migliora misurabilmente: i medici che dichiarano un uso frequente delle linee guida prescrivono in misura significativamente maggiore terapie appropriate al grado di obesità (78,9% contro 51,4% degli altri).

L'attivazione del pensiero deliberativo ha un costo cognitivo e temporale. Non sorprende che la sua frequenza sia più alta nei contesti specialistici con tempi più estesi per la visita e con strumenti di supporto alle decisioni, e più bassa nei contesti ad alto carico ambulatoriale. Si delinea così un meccanismo strutturale: dove il contesto non offre le condizioni abilitanti, prevalgono le scorciatoie cognitive, indipendentemente dalla volontà e dalla competenza del singolo professionista. La variabile rilevante non è la razionalità del medico, ma la struttura del sistema entro cui opera.

L'integrazione delle due modalità

La pratica clinica di qualità nasce dall'integrazione equilibrata delle due modalità. L'indagine ha identificato tre fattori che la favoriscono: la consapevolezza dei propri automatismi (dichiarata dal 28,4% del campione), la disponibilità di strumenti di supporto alle decisioni, e la presenza di una cultura professionale che valorizza la riflessione condivisa. I tre fattori sono a loro volta condizionati dal contesto: un professionista riflessivo in un sistema disinvestito fatica a tradurre la propria consapevolezza in pratica quotidiana. Sviluppare la qualità delle decisioni cliniche in ambito obesità non richiede soltanto un aggiornamento delle conoscenze: richiede di lavorare sui processi cognitivi e, contestualmente, sulle condizioni strutturali che ne consentono l'attivazione.

Il paziente come protagonista: significati, motivazioni e contesti

Cambiare prospettiva e collocarsi dal lato del paziente significa scoprire che il percorso di cura non comincia nell'ambulatorio del medico. Comincia molto prima, nelle storie personali di tentativi falliti, nelle rappresentazioni culturali del corpo, nelle reti di significato che fanno del peso un campo di battaglia identitaria. Il paziente non porta con sé semplicemente un sintomo o un dato clinico: porta una configurazione di significati, esperienze e vincoli contestuali che determina — spesso più dell'indicazione clinica stessa — se e come risponderà alle proposte terapeutiche.

Il riconoscimento del problema: dal sintomo alla domanda

Solo il 38,7% dei pazienti del campione riferisce di essere giunto al primo contatto con un servizio specialistico per propria iniziativa. Il 27,3% è stato invitato dal medico di medicina generale, il 21,1% si è rivolto a un servizio in seguito alla comparsa di una comorbidità, il 12,9% è arrivato attraverso percorsi indiretti. Il dato rivela una caratteristica importante: per una quota significativa di pazienti, il peso non è di per sé motivo di domanda di cura, ma lo diventa solo quando si traduce in sintomi socialmente legittimati.

Il tempo che intercorre tra la percezione iniziale del problema e la richiesta di aiuto specialistico è notevolmente lungo: la mediana è di 7,2 anni. In questo intervallo, il 78,4% dei pazienti ha sperimentato almeno un tentativo autonomo di gestione, e il 64,2% ha vissuto più cicli di perdita e recupero del peso. Questa storia di tentativi

non riusciti modifica profondamente il significato con cui il paziente si presenta nell'incontro clinico: porta con sé un bagaglio di fatica, delusione e vergogna che condiziona la sua disponibilità a investire in un nuovo percorso. Questo bagaglio di significati sedimentati è un fattore sistemico, non una caratteristica psicologica individuale.

Le motivazioni del paziente: cosa cerca davvero

L'indagine ha esplorato le motivazioni che spingono il paziente a chiedere aiuto, distinguendo fra motivazioni di salute, estetiche, funzionali e relazionali. Le motivazioni di salute risultano prevalenti (61,4%), seguite dalle motivazioni funzionali (24,3%), relazionali (8,7%) ed estetiche (5,6%).

Sapere cosa motiva davvero il paziente è cruciale. I pazienti i cui obiettivi personali coincidono con quelli formulati dal medico riferiscono livelli di soddisfazione del percorso significativamente più alti (78,3% vs 41,2%) e tassi di abbandono più bassi (12,4% vs 38,9%). L'allineamento degli obiettivi non avviene spontaneamente: richiede una negoziazione esplicita, un tempo dedicato al dialogo, una disponibilità del medico a partire dalle priorità del paziente. Dal punto di vista della dinamica sistemica, questo allineamento è il momento in cui i significati del medico e i significati del paziente si incontrano o si scontrano. Quando si incontrano, il percorso regge; quando rimangono paralleli, le probabilità di abbandono aumentano significativamente.

I significati attribuiti al peso e al cibo

Il peso, per il paziente con obesità, non è soltanto un dato corporeo: è un terreno carico di significati che attraversano l'identità, le relazioni familiari, la storia personale. L'indagine ha rilevato la frequenza con cui i pazienti associano al proprio peso pensieri di colpa (62,4%), vergogna (51,7%), inadeguatezza sociale (47,3%), perdita di controllo (44,1%). Questi vissuti, quando intensi e persistenti, configurano un quadro di stigma interiorizzato con conseguenze cliniche misurabili: minore autoefficacia, maggiore vulnerabilità a comportamenti alimentari disregolati, ridotta partecipazione ad attività sociali e fisiche.

Il cibo assume parallelamente significati che vanno ben oltre il valore nutrizionale. Il 39,8% dei pazienti riferisce di mangiare in risposta a stati emotivi negativi; il 28,4% riconosce un uso del cibo come ricompensa; il 22,1% descrive episodi che soddisfano i criteri del disturbo da alimentazione incontrollata. Questi pattern non sono

comportamenti irrazionali: sono risposte funzionali a specifiche configurazioni di significato e contesto. Riconoscerli come tali — anziché come deficit di volontà — è la precondizione per interventi che abbiano probabilità di modificarli durevolmente.

I contesti di vita: famiglia, lavoro, territorio

La persona con obesità non vive nel vuoto. Il 54,3% dei pazienti vive in nuclei familiari in cui almeno un altro componente è in eccesso di peso, e il 31,8% ha avuto entrambi i genitori con obesità. Questa familiarità non riguarda solo la trasmissione genetica del rischio: riguarda anche la trasmissione di abitudini, di significati culturali del cibo, di strategie di coping. Intervenire sul singolo senza coinvolgere il sistema familiare riduce sensibilmente la probabilità di esiti duraturi.

Sul piano lavorativo, il 47,2% dei pazienti dichiara che le condizioni del proprio lavoro rendono difficile mantenere abitudini alimentari regolari; il 38,9% riferisce difficoltà a inserire nella giornata uno spazio per l'attività fisica. Sul piano territoriale, emerge un gradiente nord-sud nell'accesso a strutture sportive, mercati di prossimità, servizi sociosanitari. Questi elementi — spesso considerati «sociali» e quindi esterni al perimetro della medicina — costituiscono in realtà determinanti diretti dell'esito clinico. Il contesto di vita del paziente non è la cornice dell'intervento: è parte integrante della configurazione che determina se l'intervento potrà funzionare o no.

L'incontro tra le prospettive: uno spazio decisionale condiviso

Le sezioni precedenti hanno descritto separatamente il medico e il paziente. Ma il percorso di cura nasce nel loro incontro, e l'incontro non è mai una somma aritmetica di due prospettive: è un campo dinamico in cui le rappresentazioni reciproche, le aspettative, i non detti generano configurazioni nuove. La qualità di questo incontro dipende non solo dalla buona volontà dei singoli, ma dalla misura in cui le loro rispettive configurazioni — di significato, di esperienza, di attese — riescono a trovare un terreno comune.

Asimmetrie nella percezione della relazione

Il 73,2% dei medici giudica la relazione terapeutica «buona» o «molto buona», ma soltanto il 51,4% dei pazienti condivide la stessa valutazione. Lo scarto si fa più ampio nel dettaglio: il 67,8% dei medici ritiene di dedi-

care tempo sufficiente all'ascolto, ma solo il 42,1% dei pazienti lo conferma; il 71,4% dei medici ritiene di spiegare in modo comprensibile le opzioni terapeutiche, ma solo il 48,3% dei pazienti riferisce di averle effettivamente comprese. Queste asimmetrie non sono semplici errori di percezione: indicano una divergenza strutturale nei criteri con cui le due parti misurano la comunicazione. I medici tendono a misurare la qualità comunicativa sulla quantità di informazioni fornite; i pazienti la misurano sulla possibilità di assimilarle e di metterle in pratica. Questa divergenza non si risolve con più informazione, ma con una diversa architettura dell'incontro clinico.

Convergenze e divergenze sugli obiettivi

Quando si chiede a medici e pazienti, separatamente, di indicare quale sia l'obiettivo prioritario del percorso in corso, le risposte coincidono solo nel 49,3% dei casi. La discrepanza più frequente vede il medico orientato a obiettivi clinici quantitativi (calo ponderale, normalizzazione dei parametri metabolici) e il paziente orientato a obiettivi soggettivi qualitativi (sentirsi meglio, ridurre la fatica, ritrovare libertà nelle attività quotidiane). La divergenza di obiettivi è una divergenza di frame: il medico e il paziente stanno parlando della stessa condizione attraverso categorie di significato diverse, e se questa differenza non viene esplicitata produce frustrazione reciproca senza che nessuno delle due parti comprenda perché.

I pazienti che dichiarano di aver vissuto una negoziazione esplicita degli obiettivi riferiscono livelli di aderenza più alti (78,9% contro 47,2%), maggiore soddisfazione (82,4% contro 51,8%) e migliori esiti clinici a 12 mesi. La negoziazione esplicita non è una concessione alla retorica della partecipazione: è una condizione tecnica per la costruzione di un frame condiviso che sorregga il percorso nel tempo.

Il ruolo della fiducia

La fiducia è la moneta nascosta dell'incontro terapeutico. Il punteggio medio di fiducia rilevato attraverso scala standardizzata è di 7,8 su 10, con una distribuzione bimodale: il 35,8% attribuisce punteggi molto alti (9-10) e il 18,7% punteggi bassi (inferiori a 6). I predittori principali della fiducia sono la percezione di essere ascoltati senza giudizio ($\beta = 0,42$), la coerenza nel tempo del medico di riferimento ($\beta = 0,28$), la chiarezza nella comunicazione ($\beta = 0,24$), la capacità del medico di riconoscere e ammettere i propri limiti ($\beta = 0,19$).

La fiducia è a sua volta il principale predittore del comportamento successivo del paziente: i pazienti con alto livello di fiducia hanno una probabilità tre volte maggiore di seguire le indicazioni terapeutiche, una probabilità doppia di tornare per i controlli programmati. In una lettura sistemica, la fiducia non è solo un esito relazionale: è un fattore di contesto che modifica la probabilità che gli stimoli clinici producano il comportamento desiderato. Un'indicazione terapeutica trasmessa in un contesto di alta fiducia e la stessa indicazione trasmessa in un contesto di diffidenza producono esiti radicalmente diversi, indipendentemente dalla qualità tecnica dell'indicazione stessa.

Barriere, criticità di accesso e difficoltà di sistema

L'analisi separata delle dimensioni del medico e del paziente, insieme alla loro intersezione nell'incontro clinico, consente di ricomporre un quadro complessivo delle barriere che ostacolano l'accesso a una cura adeguata. Queste barriere si dispongono su tre livelli — individuale, relazionale, sistemico — e si potenziano reciprocamente, producendo esiti di esclusione che colpiscono in modo particolare le popolazioni più vulnerabili.

Barriere individuali e psicosociali

Lo stigma interiorizzato affligge in misura clinicamente significativa il 38,4% dei pazienti e si associa a un ritardo nella ricerca di aiuto (mediana di 9,3 anni vs 5,1 anni nei pazienti senza stigma interiorizzato significativo). L'alfabetizzazione sanitaria risulta inadeguata nel 41,2% del campione. L'autoefficacia — la convinzione di poter incidere sul proprio destino di salute — è elevata soltanto nel 34,1% dei pazienti. Queste barriere individuali non sono caratteristiche fisse della personalità: sono costruzioni che si formano e si modificano in risposta all'esperienza del sistema di cura. Un'esperienza di stigmatizzazione in un setting sanitario non solo produce un esito negativo immediato: consolida nel paziente un frame interpretativo che ridurrà la probabilità di ricercare ulteriore aiuto in futuro.

Barriere relazionali e di accesso al servizio

Il 47,3% dei pazienti dichiara di aver cambiato medico di riferimento almeno una volta a causa di insoddisfazione nella gestione del peso; tra questi, il 38,1% lo ha fatto dopo un'esperienza specificamente vissuta come stigmatizzante. Il 42,8% riferisce difficoltà nell'ottenere un ap-

puntamento con uno specialista entro tempi clinicamente adeguati; la mediana del tempo di attesa per una prima visita specialistica è di 56 giorni, con notevoli variazioni territoriali. L'11,3% ha rinunciato a un percorso terapeutico per ragioni economiche.

Barriere di sistema e disomogeneità territoriale

Il 56,8% dei medici segnala l'assenza, nella propria area di lavoro, di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale formalizzato e operativo per l'obesità. Le opzioni terapeutiche più innovative sono ostacolate da limitazioni di rimborsabilità e costi diretti. La chirurgia bariatrica è disponibile in modo molto eterogeneo: oltre il 60% dei centri ad alto volume si concentra in cinque regioni del Centro-Nord. La sottovalutazione formativa dell'obesità nei curricula universitari e nei programmi di formazione continua produce un effetto di secondo ordine: non solo i professionisti sono meno preparati, ma il campo professionale non ha sviluppato i frame interpretativi necessari per affrontare la condizione nella sua complessità sistemica.

Tabella 2. Tempi mediani di attesa per prima visita specialistica e accesso a chirurgia bariatrica per macroarea

Indicatore	Nord	Centro	Sud-Isole	Italia
Prima visita specialistica (giorni)	38	67	78	56
Visita nutrizionale (giorni)	42	71	92	63
Valutazione psicologica (giorni)	61	104	138	89
Accesso a chirurgia bariatrica (mesi)	7	11	18	10
% pazienti che hanno rinunciato per ragioni economiche	8,2%	11,7%	15,4%	11,3%

Fonte: Indagine BHAVE 2025-2026. Dati riferiti agli ultimi 24 mesi.

Le scelte terapeutiche tra evidenze, preferenze e sostenibilità

Al centro del percorso di cura si colloca la scelta terapeutica: il momento in cui le valutazioni cliniche, le preferenze del paziente, i vincoli del sistema si traducono in una proposta concreta di intervento. Questo momento è il punto di massima convergenza delle tre dimensioni analitiche adottate in questo contributo: lo stimolo clinico (la condizione del paziente), il significato (come medico e paziente interpretano le opzioni disponibili), il contesto (cosa il sistema rende accessibile e praticabile).

Il principio della personalizzazione progressiva

La logica decisionale emersa dall'indagine è quella della personalizzazione progressiva: si parte dall'intervento meno invasivo coerente con il profilo di rischio e si procede, in caso di mancata risposta, verso opzioni progressivamente più intensive. Il primo livello — interventi sullo stile di vita — è proposto come base nel 92,7% dei casi. Le terapie farmacologiche specifiche sono proposte al 31,8% dei pazienti eleggibili, con marcate differenze territoriali e per specialità. Gli interventi di chirurgia metabolica sono proposti al 6,4% del campione.

La logica della personalizzazione non implica un percorso lineare. Il 43,2% dei pazienti ha visto modificarsi la propria strategia terapeutica almeno una volta negli ultimi due anni. La flessibilità del piano di cura — la possibilità di adattarlo senza viverlo come un fallimento — è un fattore associato a esiti migliori e a una maggior continuità del percorso. Questa flessibilità è a sua volta una funzione del contesto: in sistemi rigidamente burocratizzati, modificare un piano terapeutico richiede un investimento organizzativo che molti professionisti non sono in grado di sostenere.

L'allineamento fra opzioni cliniche e priorità del paziente

Tra i pazienti che riferiscono di aver concordato esplicitamente con il medico gli obiettivi e le modalità del percorso, il 73,4% dichiara di averlo seguito «sempre» o «quasi sempre» come pattuito; tra i pazienti che riferiscono di aver ricevuto una proposta «unilaterale», la quota scende al 39,1%. Solo il 54,7% dei pazienti riferisce di aver ricevuto un'informazione che ritiene esaustiva sui possibili effetti collaterali delle terapie proposte. Questo dato indica un margine di miglioramento significativo in un'area che incide direttamente sulla qualità del consenso informato e sulla tenuta del percorso nel tempo.

La sostenibilità economica e organizzativa

Nessuna scelta terapeutica può essere considerata appropriata se non è sostenibile per il paziente. Il 27,8% riferisce difficoltà significative a sostenere i costi diretti del percorso; il 39,2% segnala difficoltà a conciliare gli appuntamenti con gli impegni lavorativi o familiari; il 31,7% ha dovuto orchestrare in modo autonomo la propria rete di cura. Il 32,4% dei pazienti che hanno abbandonato un percorso cita esplicitamente ragioni di sostenibilità — non di efficacia, non di motivazione — come motivo principale. La sostenibilità non è un fattore collaterale: è una dimensione del contesto che determina se la migliore proposta clinica potrà tradursi in un percorso che si compie.

Verso un ecosistema integrato di cura: implicazioni e prospettive

L'analisi presentata ha cercato di restituire un'immagine del percorso di cura del paziente con obesità che vada oltre la rappresentazione lineare delle linee guida, per dare spazio alla complessità reale delle decisioni cliniche e dei vissuti soggettivi. Tre conclusioni emergono con forza dall'insieme dei dati.

La prima è che il comportamento prescrittivo dei medici non è riducibile a una variabile di conoscenza. È il risultato dell'intreccio fra ciò che il medico sa fare, ciò che il contesto gli permette di fare, ciò che è motivato a fare — e soprattutto del significato che attribuisce alla malattia e al paziente. Interventi formativi che agiscono solo sul piano della conoscenza tecnica, senza modificare le condizioni organizzative e i frame interpretativi impliciti, hanno probabilità limitate di produrre cambiamenti duraturi nella pratica clinica.

La seconda conclusione è che il paziente non è un oggetto di intervento ma un attore decisionale a pieno titolo, portatore di significati, motivazioni, vincoli e risorse che condizionano l'efficacia di qualsiasi proposta terapeutica. La distanza fra ciò che il medico ritiene di aver comunicato e ciò che il paziente effettivamente comprende è ampia, e si colma soltanto attraverso una pratica clinica che dedichi tempo e attenzione esplicita al dialogo, alla negoziazione degli obiettivi, alla costruzione di un frame condiviso. Riconoscere il paziente come decisore non è retorica: è una condizione tecnica per l'efficacia del percorso.

La terza conclusione è che le barriere documentate — formative, organizzative, economiche, territoriali — non

sono inconvenienti collaterali ma elementi strutturali del sistema, che producono in modo sistematico esiti di disuguaglianza. I pazienti più vulnerabili sul piano socioeconomico, geografico, culturale ricevono in modo riconoscibilmente meno frequente le proposte terapeutiche più appropriate. Affrontare questi divari richiede un investimento di sistema che va oltre la dimensione clinica: percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali formalizzati, accessibilità omogenea alle terapie, coordinamento territoriale, formazione sui meccanismi di stigma, alfabetizzazione sanitaria delle comunità.

Le leve di sistema: dove intervenire e come

Sul piano del medico: formazione comunicativa dedicata alla gestione del colloquio sul peso; strumenti di supporto alle decisioni cliniche integrati nel flusso di lavoro; incentivi organizzativi che rendano visibile e valorizzato l'investimento nella gestione dell'obesità.

Sul piano del paziente: interventi di potenziamento dell'autoefficacia prima e durante il percorso di cura; integrazione sistematica della valutazione psicologica nei percorsi di routine; riduzione delle barriere economiche all'accesso alle terapie appropriate.

Sul piano del sistema: percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali formalizzati e operativi a livello territoriale; riduzione della disomogeneità geografica nell'accesso alle opzioni terapeutiche avanzate; promozione di una cultura clinica che riconosca la natura multifattoriale della condizione e contrasti lo stigma anche all'interno dei luoghi di cura.

In una prospettiva di ecosistema integrato, queste tre dimensioni — medico, paziente, sistema — non sono blocchi separati ma componenti che si influenzano reciprocamente. Migliorare la cura dell'obesità in Italia richiede di lavorare contemporaneamente su tutte le componenti, riconoscendo che il risultato finale dipende dalla componente più debole, non dalla migliore.

Limiti dello studio

Lo studio presenta alcuni limiti che occorre considerare nell'interpretazione dei risultati. Il disegno trasversale non consente inferenze causali ma soltanto descrittive e associative. Il campionamento, pur stratificato, non è probabilistico in senso stretto. L'uso di questionari auto-compilati comporta i consueti rischi di bias di memoria, di desiderabilità sociale, di interpretazione soggettiva

degli item. L'analisi delle dimensioni qualitative del vissuto è stata condotta attraverso item strutturati e semi-strutturati, e non sostituisce un'analisi qualitativa in profondità.

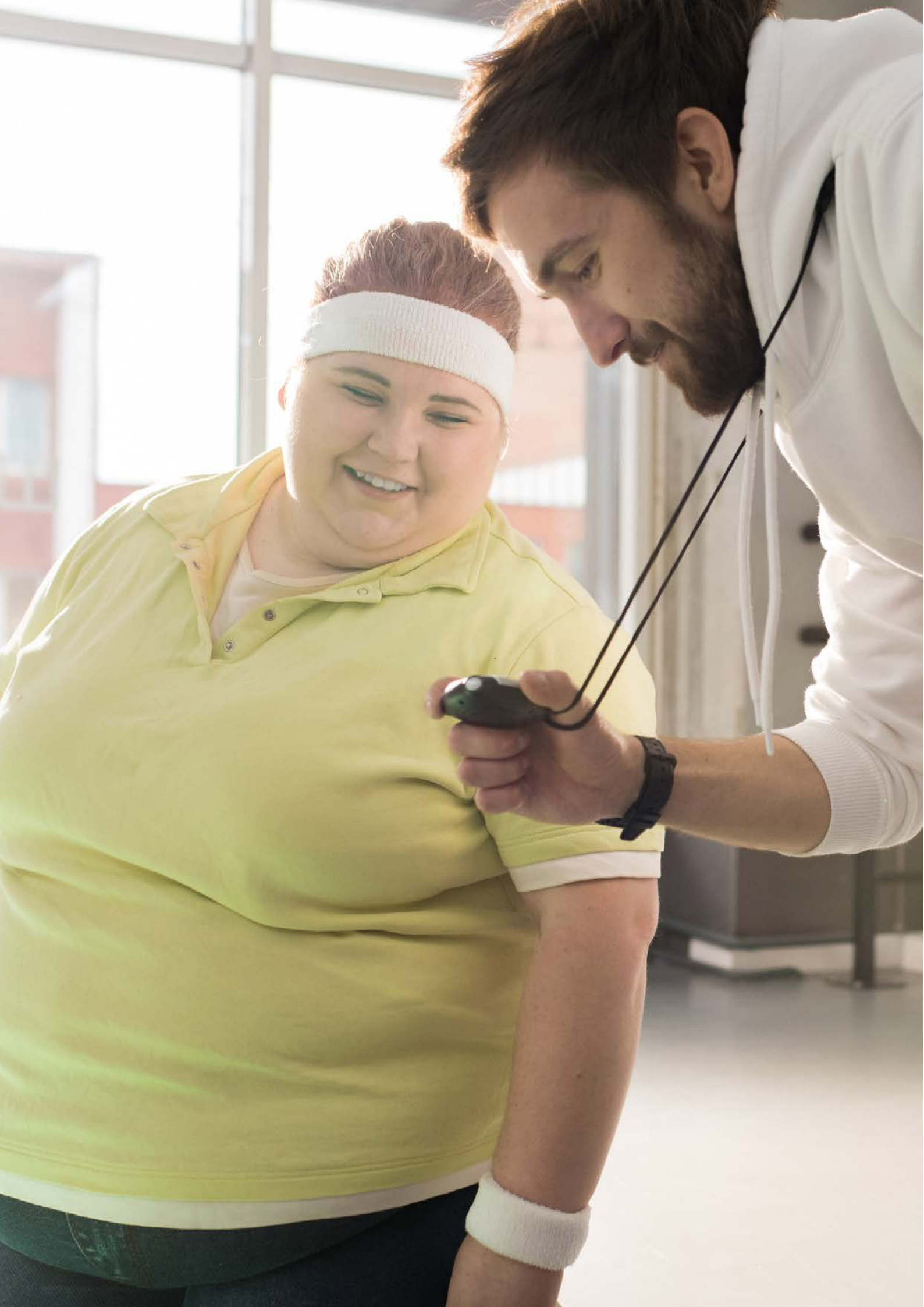
La lettura attraverso il framework stimolo-significato-contesto adottata in questo contributo ha carattere interpretativo e teoricamente fondato, ma non costituisce una validazione formale del modello. Le inferenze causali sulla dinamica delle configurazioni sistemiche richiedono disegni longitudinali e strumenti di misura dedicati, che potranno essere sviluppati in successive fasi della ricerca.

Bibliografia

1. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity* 2009; 17(5): 941-964.
2. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet. Geneva: WHO; 2024.
3. Bray GA, Heisel WE, Afshin A, et al. The Science of Obesity Management: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev* 2018; 39(2): 79-132.
4. Wadden TA, Tronieri JS, Butryn ML. Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults. *Am Psychol* 2020; 75(2): 235-251.
5. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab* 2019; 21(8): 1914-1924.
6. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes* 2009; 33(3): 289-295.
7. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, et al. Pharmacological management of obesity: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100(2): 342-362.
8. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts* 2015; 8(6): 402-424.
9. Associazione Medici Endocrinologi (AME), Società Italiana dell'Obesità (SIO), ADI. Linee guida sulla terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale. Roma; 2022.
10. Società Italiana di Medicina Generale (SIMG). Consensus sul management dell'obesità in medicina generale. Firenze; 2023.
11. Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità (SICOB). Linee guida di indirizzo per la chirurgia bariatrica e metabolica. Milano; 2023.
12. Gargiulo L, Bologna E, Iannucci L. Epidemiologia dell'obesità in Italia. In: Rapporto sull'Obesità in Italia 2024. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2024.
13. Istituto Superiore di Sanità. Sorveglianza PASSI: comportamenti a rischio per la salute in Italia. Rapporto annuale. Roma: ISS; 2024.
14. Istituto Superiore di Sanità. OKkio alla SALUTE. Roma: ISS; 2024.
15. Tomiyama AJ. Stress and Obesity. *Annu Rev Psychol* 2019; 70: 703-718.
16. Puhl RM, Lessard LM. Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Curr Obes Rep* 2020; 9(4): 402-411.
17. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev* 2018; 19(8): 1141-1163.
18. Albury C, Strain WD, Brocq SL, et al. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020; 8(5): 447-455.
19. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 2020; 26(4): 485-497.
20. Kushner RF, Sorensen KW. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2013; 20(5): 389-395.
21. Dixon JB, Egger G, Finkelstein EA, et al. 'Obesogenic' environments: a framework for action. *Lancet* 2015; 385(9985): 2400-2409.
22. Hassan Y, Head V, Jacob D, et al. Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review. *Clin Obes* 2016; 6(6): 395-403.
23. Knowler WC et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6): 393-403.
24. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, et al. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. *N Engl J Med* 2021; 384(11): 989-1002.
25. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med* 2022; 387(3): 205-216.
26. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 5-Year Outcomes. *N Engl J Med* 2017; 376(7): 641-651.
27. Sjöström L et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004; 351(26): 2683-2693.
28. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res* 2003; 11(10): 1168-1177.
29. Phelan SM et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* 2015; 16(4): 319-326.
30. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors. *PLoS One* 2012; 7(11): e48448.
31. Talumaa B, Brown A, Batterham RL, Kalea AZ. Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obes Rev* 2022; 23(10): e13494.
32. Bessell E et al. Efficacy of dietary interventions in adults with obesity: a systematic review. *Obes Rev* 2021; 22(11): e13315.
33. Castelnuevo G et al. Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients. *Psychol Res Behav Manag* 2017; 10: 165-173.

-
34. Greaves CJ et al. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness. *BMC Public Health* 2011; 11: 119.
 35. Dombrowski SU et al. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions. *BMJ* 2014; 348: g2646.
 36. Marsh K, Eichler HG, Goettsch W. Patient preferences in obesity treatment: a systematic literature review. *Patient Preference Adherence* 2017; 11: 521-538.
 37. Forman EM, Butryn ML. A new look at the science of weight control. *Appetite* 2015; 84: 171-180.
 38. Wilson DK et al. An overview of the 'positive action for today's health' (PATH) trial. *Contemp Clin Trials* 2010; 31(1): 21-28.
 39. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychol Sci* 2015; 26(11): 1803-1811.
 40. Tomiyama AJ et al. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med* 2018; 16(1): 123.
 41. Hofmann B. Stuck in the Middle: The Many Moral Challenges with Bariatric Surgery. *Am J Bioeth* 2010; 10(12): 3-11.
 42. Albury C et al. Conversation analytic approach to the study of doctor-patient communication. *Patient Educ Couns* 2019; 102(7): 1340-1346.
 43. Stubbs J et al. Problems in identifying predictors and correlates of weight loss and maintenance. *Obes Rev* 2011; 12(9): 688-708.
 44. Teixeira PJ et al. Successful behavior change in obesity interventions in adults. *BMC Med* 2015; 13: 84.
 45. Caprio S et al. Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity. *Diabetes Care* 2008; 31(11): 2211-2221.
 46. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr* 2004; 79(1): 6-16.
 47. Hales CM et al. Prevalence of Obesity and Severe Obesity Among Adults: United States, 2017-2018. *NCHS Data Brief* 2020; 360: 1-8.
 48. Welbourn R et al. Bariatric surgery worldwide: IFSO Global Registry Report 2018. *Obes Surg* 2019; 29(3): 782-795.
 49. Tronieri JS et al. Sex differences in obesity and mental health. *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19(6): 29.
 50. Cooper Z et al. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity. *Behav Res Ther* 2010; 48(8): 706-713.

Commento delle Associazioni pazienti



Amici obesi

Iris Zani

Presidente Amici Obesi e di FIAO

I dati dell'Italian Obesity Barometer confermano che l'obesità rappresenta un'emergenza di salute pubblica, con un impatto rilevante nella popolazione adulta e tra i più giovani. Si tratta di una patologia cronica, complessa e recidivante, associata a oltre 200 complicanze – metaboliche, cardiovascolari, muscolo-scheletriche e psicologiche – che compromettono qualità e aspettativa di vita.

Dopo l'approvazione della Legge Pella nell'ottobre 2025 e dei successivi riconoscimenti istituzionali, come comunità di pazienti riteniamo che sia fondamentale procedere rapidamente alla sua concreta attuazione, affinché il riconoscimento dell'obesità come malattia si traduca in diritti effettivi. È necessario garantire l'inserimento nei LEA dell'obesità, assicurando un accesso uniforme e tempestivo su tutto il territorio nazionale. Parallelamente, è essenziale sviluppare PDTA integrati e basati sulle evidenze, per superare la frammentazione e le liste di attesa e garantire una presa in carico multidisciplinare, migliorando l'efficacia dell'approccio terapeutico e prevenendo la progressione della malattia e le principali complicanze.

Prioritario inoltre promuovere campagne di sensibilizzazione per contrastare il weight stigma e tutelare la dignità della persona con obesità. L'Italia deve proseguire su questa strada: affrontare l'obesità significa costruire una società più inclusiva, in cui la salute è riconosciuta come diritto collettivo.

Tiziana Nicoletti

Responsabile Coordinamento Associazioni Malati cronici
e rari di Cittadinanzattiva

L'impegno di Cittadinanzattiva sul tema dell'obesità

Rispetto all'obesità sono stati fatti dei passi importanti nel nostro Paese: oggi è riconosciuta dalla comunità scientifica come una malattia cronica e le istituzioni ne sostengono la rilevanza sociale.

Si tratta di una patologia che necessita di trattamenti e di un approccio integrato tra cure primarie e specialisti che al fine di garantire continuità assistenziale attraverso percorsi condivisi e uniformi.

Inoltre, l'obesità è stata inserita nell'aggiornamento del [Piano Nazionale della Cronicità](#) (PNC) 2024, in attesa di essere approvato dalla Conferenza dello Stato Regioni. Per la prima volta in Italia è stata approvata la Legge n. 741 del 2025, recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità". Si tratta di un traguardo storico: l'Italia è il primo e unico Paese al mondo ad aver adottato una legge specifica sull'obesità, riconoscendola pienamente come malattia cronica e definendo un quadro normativo per la sua prevenzione, diagnosi e presa in carico.

Cittadinanzattiva si impegna da anni attivamente nella prevenzione e nella gestione dell'obesità, riconoscendola come una priorità di salute pubblica che richiede azioni coordinate e sistemiche.

Attraverso le nostre reti civiche, lavoriamo per garantire che la prevenzione dell'obesità sia integrata nelle politiche pubbliche, ponendo la persona al centro e promuovendo un modello di salute basato sulla responsabilità condivisa.

Proprio in quest'ottica abbiamo deciso di lanciare una campagna nazionale su questo tema in stretta **collaborazione con Federfarma**. Questa partnership strategica è fondamentale per raggiungere capillarmente i cittadini e i pazienti. Le farmacie, infatti, rappresentano un punto di riferimento essenziale sul territorio, un presidio di prossimità che può svolgere un ruolo cruciale nella prevenzione dell'obesità¹.

¹ Report Obesità: non ignorarla, affrontiamola insieme – Cittadinanzattiva
<file:///C:/Users/Tiziana.NOTEBOOKDARIA/OneDrive/Desktop/obesita-non-ignorarla-affrontiamola-insieme-report-2025.pdf>

La Campagna "Obesità. Non ignorarla, affrontiamola insieme" punta a favorire l'empowerment, la consapevolezza, l'informazione e la sensibilizzazione dei cittadini e dei pazienti sui rischi dell'obesità²

Le azioni sono finalizzate a:

- Informazione e sensibilizzazione: far comprendere che l'obesità è una malattia che deve essere riconosciuta, gestita, curata e presa in carico, attraverso un leaflet informativo **sull'obesità, sui principali fattori di rischio e sulle strategie di prevenzione** più efficaci, con un linguaggio chiaro, accessibile e scientificamente corretto³.

² La Campagna è stata sviluppata con il supporto tecnico-scientifico di un Board di esperti multidisciplinare, composto da rappresentanti del mondo scientifico, delle società professionali, delle associazioni di pazienti e del sistema farmaceutico.

Il Board ha condiviso e validato l'impianto metodologico, i materiali informativi e gli strumenti di sensibilizzazione utilizzati nella campagna.

Componenti del Board scientifico:

Andrea Lenzi, Presidente CNR; Coordinatore comitato consultivo scientifico obesità e diabete, Intergruppo parlamentare obesità e diabete; membro della Cabina di Regia Piano Nazionale della Cronicità. Andrea Vianello, Presidente A.L.I.C.e. Italia Odv - Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale.

Barbara Paolini, Presidente ADI Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica.

Clara Mottinelli, Tesoriera Federfarma e presidente Federfarma Brescia.

David Lazzari, Past president Società Italiana di Psiconeuroendocrinologia, Presidente CNOP.

Eligio Linoci, Presidente LA MATTINA DOPO Odv - Associazione Nazionale per la Cura dell'obesità.

Manuela Bertaggia, Presidente Fand - Associazione Italiana Diabetici. Francesco Barillà, presidente "Il cuore siamo noi", Fondazione Italiana Cuore e Circolazione.

Valeria Fava, Responsabile Coordinamento Politiche della Salute di Cittadinanzattiva.

Gallieno Marri, Presidente Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita SIMPeSV e delegato FIMMG.

Gerardo Medea, Responsabile Nazionale SIMG dell'area endocrinologia e diabetologia.

Iris Zani, Presidente Associazione Amici Obesi – AAO- e Presidente Federazione italiana Associazioni Obesità – FIAO.

Raffaella Buzzetti Presidente nazionale della Società Italiana di Diabetologia – SID.

Pasquale Perrone Filardi, Presidente Società Italiana Cardiologia – SIC.

Rocco Barazzoni, Past Presidente Società Italiana Obesità – SIO.

Silvia Migliaccio, Presidente Società Italiana di Scienze dell'Alimentazione - SISA e delegata Società Italiana di Endocrinologia – SIE.

Tiziana Nicoletti, Responsabile CNAMC - Cittadinanzattiva.

Leaflet informativo – Cittadinanzattiva

[file:///C:/Users/Tiziana.NOTEBOOKDARIA/OneDrive/Desktop/obesita-non-ignorarla-affrontiamola-insieme-2025-v4%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Tiziana.NOTEBOOKDARIA/OneDrive/Desktop/obesita-non-ignorarla-affrontiamola-insieme-2025-v4%20(2).pdf)

- Divulgazione e promozione della salute: promuovere corretti stili di vita, un'alimentazione equilibrata e l'importanza dell'attività fisica.
- Tutela dei diritti: contrastare ogni forma di stigma e discriminazione nei confronti delle persone con obesità, anche in contesti sanitari e scolastici.
- Partecipazione civica: promuovere il coinvolgimento dei cittadini nei processi decisionali che riguardano politiche nutrizionali, ambienti urbani salutarie, sicurezza alimentare e accesso equo ai servizi di prevenzione e cura.
- Collaborazione: lavorare in sinergia con istituzioni, scuole, professionisti della salute e, in particolare, con il vasto network delle farmacie, per costruire comunità più inclusive e attrezzate nella lotta all'obesità.*

Il quadro normativo favorisce un approccio equo, completo e sostenibile per milioni di cittadini.

A seguito di queste importanti novità normative, possiamo dire che finalmente vi è un diverso approccio dell'obesità in Italia in quanto siamo passati dal definire l'obesità come un fattore legato prevalentemente a comportamenti individuali scorretti (sedentarietà, cattive abitudini alimentari, pigrizia), ad una concezione di malattia cronica, progressiva e recidivante, con basi multifattoriali. Ciò anche grazie all'inserimento della patologia nel piano nazionale della Cronicità.

Fino a oggi, l'assenza di una legge specifica sull'obesità ha limitato l'accesso alle cure, creando notevoli difformità regionali e lasciando molte terapie al di fuori dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Inoltre, la mancanza di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nazionali ha determinato una gestione non strutturata e un approccio frammentario, spesso affidato alla buona volontà dei singoli professionisti. I percorsi di cura sono stati discontinui, spesso costosi e il supporto psicologico è risultato insufficiente a causa della scarsità di fondi specifici.

- Un primo esame permette di individuare **alcune possibili criticità**; una di esse riguarda il fatto che la norma in più punti appare piuttosto generica.
- **Sarà necessario attendere i decreti attuativi** per definire con precisione i servizi, le strutture coinvolte e le modalità per garantire l'uniformità su tutto il territorio nazionale. Infatti, anche con una legge nazionale, l'implementazione dipenderà da come ogni Regione la recepirà e, soprattutto, dalla sua capacità di organizzare una rete di cura efficace, con centri di riferimento e personale adeguato. Questo potrebbe inevitabilmente generare ulteriori disuguaglianze nell'accesso alle cure per i cittadini.

- **Le risorse saranno ripartite** tra le Regioni **tramite un decreto** del Ministero della Salute, d'intesa con il MEF e la Conferenza Stato-Regioni, e saranno destinate a una serie di azioni che vanno dalla promozione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione fin dall'infanzia, alla sensibilizzazione dei genitori, al sostegno all'allattamento al seno, all'informazione pubblica tramite farmacie, medici e reti di prossimità.
- *Inoltre, lo* **stanziamento di fondi** appare limitato, specialmente nel primo biennio. Sarà quindi cruciale verificare che le risorse siano sufficienti a coprire tutti gli interventi previsti: diagnosi, cura, formazione e le varie attività territoriali.

Come organizzazione civica, il nostro impegno sarà quello di vigilare sull'attuazione pratica della legge. Verificheremo che i regolamenti attuativi vengano emanati nei tempi previsti e che vi sia, in seguito, un'effettiva applicazione della legge in grado di rispondere in modo equo ai bisogni di salute dei cittadini in tutto il Paese.

L'obesità non è semplicemente una questione estetica, ma una condizione che incide profondamente sulla qualità della vita e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. È urgente sviluppare strategie efficaci di prevenzione e intervento, che coinvolgano la società nel suo complesso. Solo attraverso la collaborazione tra cittadini, istituzioni e mondo medico sarà possibile contrastare con successo questa epidemia silenziosa.

Riconoscere e trattare l'obesità come una malattia cronica rappresenta un passaggio fondamentale per affrontare in modo serio e strutturato una condizione che oggi colpisce milioni di persone, con gravi conseguenze sulla salute e sul sistema sanitario. L'urgenza e la complessità del fenomeno va affrontata con competenza e risorse umane ed economiche adeguate.

La presenza di una legge che riconosce l'obesità come una malattia cronica mira a garantire ai pazienti cure adeguate e continuative. L'obesità, infatti, richiede un approccio multidisciplinare: non bastano interventi temporanei o soluzioni fai-da-te, ma serve un percorso medico integrato che includa il supporto nutrizionale, psicologico, farmacologico e, in alcuni casi, anche chirurgico. A seguito di tale riconoscimento, le persone affette da obesità saranno inserite all'interno di percorsi terapeutici efficaci per cui, verrà loro riconosciuto il diritto all'assistenza.

In secondo luogo, trattare l'obesità come una malattia e non come una colpa personale aiuta a superare lo stigma sociale. Troppo spesso le persone con obesità sono vittime di giudizi, discriminazioni e stereotipi. Eppure, è ormai noto che questa condizione dipende da una com-

binazione complessa di fattori biologici, ambientali, psicologici e sociali. Riconoscerla come patologia cronica aiuta a cambiare il linguaggio e l'approccio culturale, promuovendo una visione più empatica e scientifica.

Un altro motivo per cui è fondamentale garantire la gestione dell'obesità come patologia cronica, riguarda i costi per il Servizio Sanitario Nazionale. L'obesità è un importante fattore di rischio per molte altre malattie croniche, come il diabete, le malattie cardiovascolari e alcuni tipi di tumori. Intervenire precocemente con una gestione efficace dell'obesità significa prevenire o ritardare l'insorgenza di queste patologie e, quindi, ridurre i costi sociali e sanitari a lungo termine.

Non va dimenticato, inoltre, che il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica rappresenta un passo fondamentale per assicurarne l'inclusione nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Questo consentirebbe ai pazienti di accedere a trattamenti e servizi specifici, spesso oggi non rimborsati o difficilmente accessibili. In questo modo, si promuove una maggiore equità, dando a tutti la possibilità di curarsi, indipendentemente dalla condizione economica e dalla residenza.

Infine, trattare l'obesità come una malattia cronica rafforza l'idea che è necessaria una risposta di sanità pubblica integrata. Educazione nelle scuole, promozione di stili di vita sani, urbanistica favorevole al movimento e allo sport, sono solo alcune delle azioni che vanno attivate in modo coordinato per affrontare questa emergenza.

In sintesi, aver riconosciuto l'obesità come malattia cronica è un atto di giustizia, di prevenzione e di responsabilità collettiva.

Grazie alla legge si potrà garantire a milioni di persone un'assistenza adeguata e costruire una società più sana, consapevole e inclusiva.

Dal punto di vista di Cittadinanzattiva, per contrastare efficacemente l'obesità, è necessaria un'azione coordinata su più livelli, che impegni istituzioni, professionisti della salute e società civile. Queste proposte mirano a stabilire una strategia organica e sostenibile per la prevenzione e la cura della patologia.

1. Riconoscimento e inquadramento normativo

- **Approvazione dei decreti attuativi della Legge 741/2025:** sollecitare l'approvazione immediata dei decreti attuativi per garantire una rapida operatività delle disposizioni previste.
- **Inserimento formale dell'obesità nei LEA** con un proprio percorso strutturato.

- **Rendere operativo il nuovo Piano Nazionale della Cronicità 2025:** incoraggiare l'attuazione concreta del **Nuovo Piano Nazionale della Cronicità (PNC)**, che include formalmente l'obesità tra le patologie da gestire in modo integrato nel Servizio Sanitario Nazionale.

2. Organizzazione delle cure e monitoraggio

- **Centri specializzati e team multidisciplinari:** creare sul territorio nazionale **Centri per l'obesità**, con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, per assicurare una presa in carico completa e coordinata delle persone con obesità.
- **Percorsi di cura uniformi:** definire percorsi di cura integrati e condivisi che garantiscano uniformità di prevenzione, diagnosi, terapia e follow-up in ogni regione.
- **Registro nazionale:** istituire un **registro nazionale dell'obesità** per raccogliere e analizzare dati aggiornati su incidenza, trattamenti ed esiti. Questo strumento è fondamentale per orientare le future politiche sanitarie e valutare l'efficacia degli interventi.

3. Formazione e sensibilizzazione

- **Formazione degli operatori:** rendere obbligatori corsi di aggiornamento su obesità e malattie metaboliche per MMG, pediatri, infermieri, specialisti e farmacisti. Inserire queste materie nei piani di studio universitari.
- **Lotta allo stigma:** promuovere la sensibilizzazione del personale sanitario, affinché adotti un approccio non giudicante nei confronti dei pazienti, riconoscendo l'obesità come una patologia complessa.
- **Coinvolgimento civico:** inserire formalmente le organizzazioni civiche nell'**Osservatorio nazionale sull'obesità**, affidando loro compiti di monitoraggio, raccolta dati e promozione di stili di vita salutari in collaborazione con le istituzioni.

4. Attività e azioni concrete attivando le comunità civiche

- **Interventi nelle scuole:** promuovere programmi di educazione alimentare e sportiva nelle scuole fin dall'infanzia, per insegnare ai bambini abitudini corrette.
- **Politiche fiscali:** valutare l'introduzione di tasse sulle bevande zuccherate e altri prodotti non salutari, e contemporaneamente incentivare l'acquisto di cibi sani e permettere sgravi fiscali sul costo degli abbonamenti a palestre, piscine o centri di riabilitazione motoria.
- **Riqualificazione degli spazi urbani:** creare o migliorare aree verdi, piste ciclabili e marciapiedi sicuri per incoraggiare le persone a muoversi di più.

Negli ultimi anni l'obesità è entrata con maggiore forza nel dibattito politico e sanitario europeo. La crescente attenzione delle istituzioni, della comunità scientifica e delle organizzazioni di pazienti testimonia un cambiamento culturale profondo: l'obesità non può più essere ricondotta esclusivamente alla responsabilità individuale, ma va riconosciuta come malattia cronica complessa, recidivante e multifattoriale, che richiede cure appropriate, continuità assistenziale e politiche strutturate.

Anche durante la recente World Health Assembly 2026 di Ginevra (WHA79), il tema è stato al centro del confronto internazionale sulle malattie croniche non trasmissibili. È emersa con chiarezza la necessità di strategie integrate che comprendano prevenzione, diagnosi precoce, accesso alle cure e gestione a lungo termine, affrontando al contempo lo stigma ancora diffuso. Le discussioni tra organizzazioni internazionali, società scientifiche e rappresentanti dei pazienti hanno confermato come un approccio fondato esclusivamente su campagne di stile di vita non sia più sufficiente: serve un modello cronico - assistenziale e multidisciplinare.

In Europa cresce la consapevolezza che l'obesità debba essere pienamente riconosciuta come malattia cronica, superando la narrazione centrata sulla colpa individuale e orientando le politiche sanitarie verso equità, accesso alle cure e presa in carico continuativa.

In questo contesto, l'Italia rappresenta oggi un riferimento importante a livello europeo. La collaborazione congiunta tra associazioni di pazienti, società scientifiche e istituzioni, ha contribuito a costruire una maturità politica e sociale sul tema. La recente approvazione della cosiddetta «Legge Pella» costituisce un passaggio storico, osservato con interesse da altri Paesi europei che guardano all'esperienza italiana come possibile modello per il riconoscimento dell'obesità e lo sviluppo di strategie nazionali dedicate.

Tuttavia, il riconoscimento normativo non può rimanere un atto simbolico. Come richiamato dai principi della Carta di Erice, è fondamentale che questo percorso si traduca in azioni concrete capaci di garantire equità reale: diagnosi precoce, trattamenti appropriati, supporto multidisciplinare e gestione continuativa lungo tutto il percorso di vita.

Per questo motivo, come ECPO, riteniamo prioritario il futuro inserimento dell'obesità nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), affinché la presa in carico non dipenda dal territorio di residenza o dalle possibilità economiche individuali. Persistono ancora importanti disuguaglianze regionali, ostacoli economici e stigma sociale che limitano il diritto alla salute e la qualità della vita di milioni di persone che vivono con obesità.

Ogni politica sull'obesità, per essere realmente efficace, deve mettere al centro la persona, ascoltare la voce dei pazienti e costruire percorsi di cura dignitosi, accessibili e continuativi nel tempo.

La mattina dopo APS

Eligio Linoci

Presidente Ass. LA MATTINA DOPO aps

I dati dell'Italian Barometer Obesity Report confermano la necessità di un cambio di paradigma: l'obesità è una patologia cronica, complessa, recidivante che richiede risposte strutturate, multidisciplinari e continuative.

La sua crescita, soprattutto nell'età evolutiva, rende non più rinviabile un rafforzamento dei percorsi assistenziali.

La priorità oggi è garantire alle persone con obesità la stessa dignità, attenzione e accesso alle cure riconosciuti per le altre patologie croniche.

In questo quadro, l'inserimento nei LEA rappresenta una leva fondamentale per assicurare equità, omogeneità e tempestività degli interventi, superando le disuguaglianze territoriali e socioeconomiche che ancora limitano l'accesso e compromettono la vita dei pazienti.

Oggi, l'accesso effettivo a tutte le opzioni terapeutiche disponibili, sulla base delle evidenze scientifiche e in funzione della valutazione clinica, rappresenta una priorità.

È necessario sviluppare strategie capaci di intercettare precocemente il bisogno assistenziale e ridurre le complicanze, in particolare cardiovascolari - a maggior impatto clinico ed economico- e metaboliche.

Parimenti prioritari sono la prevenzione e la presa in carico precoce nell'età evolutiva, per tutelare la salute delle nuove generazioni.

Alla luce dell'evoluzione legislativa, come comunità di pazienti riteniamo che investire oggi nella gestione dell'obesità significhi garantire il diritto alla salute e rafforzare la sostenibilità del SSN.

Manifesto di Erice sull'obesità





CARTA DI ERICE 2026 SULL' OBESITÀ

In Italia l'obesità è una delle principali emergenze sanitarie, sociali ed economiche, ma non è ancora pienamente riconosciuta e trattata come malattia cronica.

La Carta di Erice 2026 impegna il mondo scientifico italiano a promuovere il riconoscimento istituzionale dell'obesità, l'accesso equo alle cure e il contrasto allo stigma.

Il mondo scientifico italiano chiede politiche sanitarie coordinate, l'inclusione nei LEA e percorsi assistenziali omogenei sul territorio nazionale.

Carta di Erice 2026 sull'Obesità

Manifesto dell'impegno del mondo scientifico italiano contro l'obesità quale malattia cronica

Erice è il luogo simbolo dell'impegno condiviso del **mondo scientifico italiano** per prevenire, riconoscere e curare l'obesità come **malattia cronica, recidivante e complessa**, con un impatto sanitario, sociale ed economico paragonabile alle principali malattie croniche non trasmissibili.

Questa Carta è promossa dalla Società Italiana dell'Obesità (SIO) con l'intento di favorire il pieno riconoscimento istituzionale dell'obesità quale malattia, intende identificare in questo avanzamento normativo **responsabilità scientifica, necessità di un'azione coordinata e visione integrata di sistema**, ponendo al centro la persona e il diritto alla salute.

Premessa

L'obesità è una malattia a genesi multifattoriale che consegue alla sfavorevole interazione tra fattori biologici, ambientali, sociali ed economici. L'obesità non scaturisce da colpe di chi ne è affetto, né, semplicisticamente, è conseguenza di stili di vita inadeguati. Essa richiede l'attuazione di **percorsi di prevenzione e cura supportati da evidenze scientifiche**, continuità di assistenza ed accesso appropriato a tutte le opzioni terapeutiche disponibili.

Principi fondativi

1. L'obesità come malattia cronica e priorità di salute pubblica

Il mondo scientifico italiano riconosce l'obesità quale **malattia cronica, progressiva e recidivante**, che necessita di diagnosi precoce, di presa in carico strutturata e di inclusione tra i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, e garanzia di accesso uniforme ad assistenza e cure in tutto il territorio nazionale.

2. Centralità della persona e contrasto allo stigma

Ogni persona che vive con l'obesità ha diritto a cure appropriate, rispetto, ascolto e dignità. La comunità scientifica si impegna a contrastare **stigma, discriminazione e colpevolizzazione**, promuovendo una cultura della salute basata su evidenze ed empatia.

3. Approccio multidisciplinare e integrato

La prevenzione e la cura dell'obesità devono fondarsi su un **approccio multidisciplinare**, assicurato dal Sistema Sanitario Nazionale che integri nutrizione clinica, attività fisica, supporto psicologico, terapie farmacologiche, chirurgia bariatrica, all'interno di percorsi assistenziali integrati e coordinati.

4. Accesso equo ai trattamenti farmacologici

La comunità scientifica italiana riconosce il **trattamento farmacologico per l'obesità** come parte integrante del corredo terapeutico basato sulla medicina delle evidenze. Il mondo scientifico italiano si impegna a promuovere l'**accesso equo, appropriato e sostenibile** a questa opzione di cura, superando disuguaglianze territoriali, economiche e sociali, e favorendo l'inserimento in percorsi regolati, monitorati e rimborsabili all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, secondo criteri di appropriatezza clinica.

5. Prevenzione lungo tutto il corso della vita

La comunità scientifica sostiene politiche di prevenzione **dall'infanzia all'età adulta**, con particolare attenzione all'obesità pediatrica, agli ambiti scolastico, familiare e urbano, ed alla riduzione delle disuguaglianze sociali.

6. Formazione continua e responsabilità professionale

La comunità scientifica italiana ritiene essenziale garantire la **formazione strutturata e continua** di medici, operatori sanitari e professionisti della salute, includendo competenze specifiche relative alle diverse opzioni di cura ed alla gestione integrata della malattia, così come riportato dalle linee guida nazionali.

7. Ricerca, innovazione e valutazione degli esiti

Questa Carta evidenzia la necessità di rafforzare costantemente l'integrazione tra **ricerca clinica, farmacologica, epidemiologica e sociale**, promuovere la raccolta sistematica dei dati e la valutazione degli esiti nel mondo reale così da orientare efficacemente le decisioni cliniche e le politiche sanitarie.

8. Alleanza con le istituzioni

Il mondo scientifico italiano si impegna a collaborare con **Parlamento, Governo, Regioni ed autonomie locali**, affinché le politiche sanitarie, le attività regolatorie ed economiche garantiscano equità di accesso, sostenibilità e continuità di assistenza.

I firmatari della Carta chiedono alle istituzioni di tradurre questi principi in atti normativi, programmatori e finanziari concreti entro la prossima programmazione sanitaria nazionale.

9. Coinvolgimento delle persone e delle associazioni

Le persone che vivono con obesità e le loro associazioni sono **parte attiva e riconosciuta** al fine di orientare i processi decisionali, i percorsi di cura e le politiche pubbliche, nel rispetto del principio di partecipazione informata.

10. Comunicazione responsabile e informazione corretta

La comunità scientifica si impegna a garantire una comunicazione pubblica **rigorosa, trasparente e basata su evidenze**, contrastando disinformazione, semplificazioni e narrazioni dannose circa l'obesità ed i suoi trattamenti.

Impegno finale

Questa **Carta di Erice sull'Obesità** afferma che il mondo scientifico italiano assicura il proprio fermo impegno a:

- riconoscere l'obesità come malattia cronica;
- garantire **accesso equo ed appropriato a tutte le possibilità di cura**, incluse quelle farmacologiche e chirurgiche;
- promuovere la presa in carico delle persone con obesità in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale;
- contrastare stigma e qualsivoglia disuguaglianza;
- promuovere l'Italia quale **modello scientifico ed istituzionale internazionale** per il contrasto all'obesità.

Erice già luogo simbolo di **scienza responsabile**, intende rinnovare la propria vocazione a convertire concretamente conoscenze, innovazione e diritti in **salute come bene comune**.

Erice, 6 febbraio 2026

Consiglio Direttivo SIO

SILVIO BUSCEMI (*Presidente*)

UBERTO PAGOTTO (*presidente eletto*)

ROCCO BARAZZONI (*past-presidente*)

ANNA MARIA BARILE (*segretaria*)

MICHELA DEL PRETE (*tesoriere*)

SIMONA BERTOLI

STEFANIA CAMASTRA

GIANLUCA GORTAN

CAPPELLARI LORENZO

MARIA DONINI

MELANIA MANCO

MATTEO MONAMI

FERNANDA VELLUZZI

Firmatari

Roma, 4 marzo 2026

**Intergruppo parlamentare obesità,
diabete e malattie croniche non
trasmissibili**

World Obesity Federation

Open Italy

Società Italiana dell'Obesità, SIO

IBDO Foundation

SID

AMD

AME

ADI

IO-NET

EASO

EPCO

EUDF

Partner nazionali

Federazione Italiana Associazioni Obesità

SICOB

SIE

SIEDP

SIMG

Italian Wellness Alliance

Health City Institute

Fondazione SportCity





Addressing weight stigma and misconceptions about obesity in Europe: Considerations for policymakers

Weight stigma is an important public health concern with wide-reaching causes and impacts. In this briefing, we will focus on the implications of weight stigma on public policy specifically and how policymakers can address this. This briefing has been written for policymakers, civil society organisations (CSOs), and other stakeholders to highlight the policy opportunities for helping to reduce weight stigma and bias. Particular attention is given to actions in three settings – healthcare, education and workplace. This briefing supplements the evidence provided by systematic reviews, case studies, language and imagery guidelines, and other reports which have been compiled in the World Obesity Federation's policy dossier. The briefing presents an introduction to weight stigma, the causes, and the consequences, before focusing on stigma in three specific settings of interest. A number of considerations for how policies can be used to address weight stigma are highlighted, and a number of actions for addressing weight stigma are showcased. More information can be found [here](#).

INTRODUCTION

What is weight stigma?

People living with overweight, and obesity are often subjected weight stigma. Weight stigma includes the negative social stereotypes and misconceptions surrounding people living with overweight and obesity¹ and is a harmful manifestation of social inequity.² It includes a range of negative behaviours and attitudes that are directed towards individuals solely because of their weight and/or body size.³

Inaccurate stereotypes associated with obesity include depictions of laziness, lack of willpower, a lack of moral character, bad hygiene, low levels of competence, unintelligence, and unattractiveness.³ These stereotypes play an integral role in the creation and perpetuation of weight stigma and bias.

The World Health Organization (WHO) estimates that globally (as of 2016), 2.1 billion people (almost 39%) are living with overweight or obesity, of which 650 million are affected by obesity (over 13%).⁴ Overweight and obesity, and specifically physical and mental health challenges that are often associated with them, are therefore often considered public health priorities and are frequently the focus of political interventions and policies. However, weight stigma is a major obstacle in preventing and addressing rising obesity prevalence⁵ and commonly results in the implementation of dispersed, ineffective policies and a lack of prioritisation.

Key definitions

Implicit weight bias refers to unconscious assumptions and attitudes about people living with obesity. For example, studies show that healthcare professionals often hold implicit negative attitudes towards people with obesity and associate them with stereotypes such as being lazy, unmotivated, or lacking willpower.

Weight stigma: involves societal devaluation and stereotypes about people with obesity, including views that people with obesity are lazy, unintelligent, lacking self-discipline or willpower, having no self-control, worthless, sloppy, non-compliant with treatment. These stereotypes and labels can lead to unfair treatment, discrimination, and weight-based inequities for people who have obesity.

Weight discrimination: When people are treated differently due to their weight.

BOX: What is obesity?

The World Health Organization describes obesity as a complex multifactorial noncommunicable disease defined by excessive adiposity that can impair health. Obesity is chronic, relapsing disease resulting from complex interactions between a range of factors, including those that occur at a biological, commercial, social and political level.⁶⁷ Obesity independently contributes to poor health outcomes and mortality but also increases the risk for other chronic diseases such as cardiovascular disease, diabetes, and some forms of cancer. Obesity is classified as having a BMI ≥ 30 kg/m². BMI is a useful tool at population level, and as one screening tool for obesity in many settings. It is however not a perfect measure, and other measures such as dual x-ray absorptiometry (DEXA) may also be considered, as resources permit, to ascertain an individual's health status.

How prevalent is stigma?

Weight stigma is one of the most common forms of discrimination in modern societies, alongside racism and sexism.⁵ It has been argued that weight stigma is the last socially acceptable form of stigma.⁸ It is a global phenomenon, present in many countries around the world⁹, with differences based on geography and culture, and is estimated to be experienced by 19-42% of adults.¹⁰

Weight stigma has been well documented in a large variety of societal domains, such as education, the workplace, healthcare, and the media, and affects both adults and children.⁵ Although both men and women are subject to high levels of weight-based stigmatisation, women experience a higher prevalence of stigma, higher levels of mental health effects associated with it, and an increased risk of internalising weight bias when compared to men.¹¹ In addition to gender-based inequalities, people living with overweight and obesity of a racial minority experience compound stigma.

Attitudes towards weight and obesity vary substantially around the globe and may vary between and within countries of different income levels and geographies.¹² Evidence of obesity stigma is well documented from regions such as North America, Australasia, and Western Europe. However, evidence of stigma in lower income countries is less well documented. Obesity stigma has been long regarded as a problem of the global north, while historic ethnographic studies of the global south and within certain ethnic groups in all countries demonstrate that many groups regard high body weight as a positive asset, often viewed as a symbol of goodness, wealth, beauty, care, and effort.¹² However, a 2018 study from Brewis et al investigated weight stigma as a globalising health challenge, noting the rising evidence of obesity stigma in less developed countries.¹² The study highlighted the fact that, as efforts to address rising obesity prevalence in less developed countries are rolled out, care must be taken to ensure that these campaigns do not result in further new stigma in public health efforts.¹² **What drives weight stigma?**

The underlying cause of weight stigma is rooted in a widespread misunderstanding about the drivers of obesity. Decades of research have shown that obesity is an extremely complex medical condition which results from multifaceted interactions between a range of factors.⁶⁷ However, these root causes are often dismissed, leading to an oversimplification of the prevailing narrative surrounding obesity commonly focused on 'personal responsibility.' This view places blame on the individual for their weight status³ and perpetuates negative and inaccurate stereotypes about those living with overweight and obesity, contributing to weight stigma.^{3 13}

What are the consequences of weight stigma for those living with overweight and obesity?

The consequences of weight stigma are wide-reaching. Stigma is a central cause of health inequalities and results in a variety of emotional, behavioural, physiological and social outcomes. For instance, weight stigma can have a wide range of psychological and emotional effects such as anxiety, low self-esteem, poor body image, social isolation, stress and suicidal thoughts^{14, 21}. The stigma experienced within healthcare settings can result in individuals avoiding or delaying care.¹⁶ Widespread weight stigma can also lead to internalised weight stigma and bias.¹¹ In all of these cases, the impact of weight stigma can lead to worsening obesity and physical and mental health outcomes amongst people living with obesity.

Furthermore, and of relevance to this briefing, weight stigma and misunderstanding about obesity often lead to ineffective public policies which focus on shaping individual choices instead of addressing the deep-rooted systemic barriers and drivers of obesity, and on providing support for people living with obesity.⁵ Even where there has been the best of intentions, policies meant to address obesity have often been implemented in such a way that they are only minimally effective. Understanding the wide range of drivers of obesity and implementing a package of policies that address all of the different components of obesity – from prevention through to treatment, throughout the life course – can help in preventing, managing and treating obesity, while also sending a message about obesity which can help to reduce stigma.

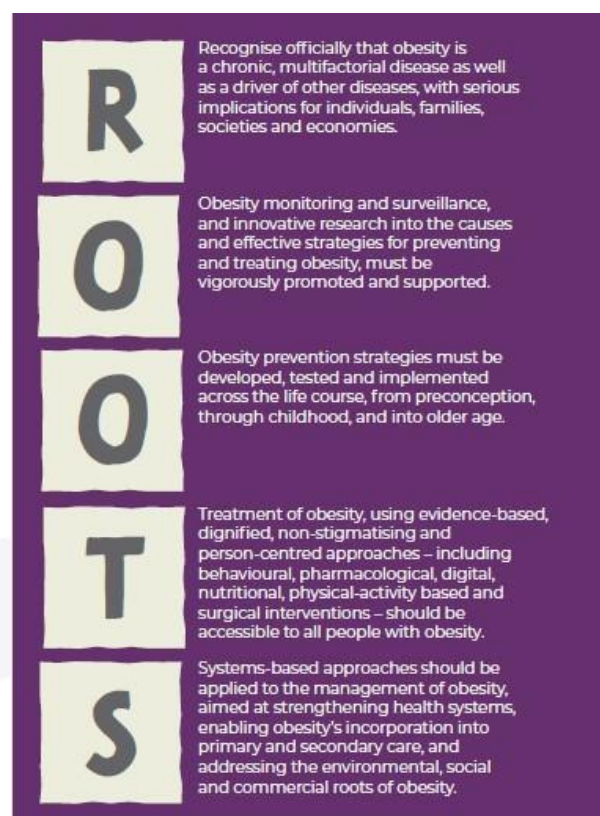
The World Obesity Federation ROOTS framework for action (Figure 1) provides suggestions for obesity policy and advocacy that can be adapted to different national settings. Read more [here](#).

POLICY CONSIDERATIONS FOR ADDRESSING WEIGHT STIGMA

Despite the wide body of evidence of the harmful effects of stigma, public health efforts globally do not recognise stigma-reduction as a key component in addressing obesity and improving mental and physical health. Public policy can play an important role in shaping the obesity narrative, improving quality of life and outcomes for patients. Weight discrimination is rarely included in national discrimination laws which thus fail to protect people living with obesity from bias and further contributes to increasing inequalities.⁵

The policy process often overlooks the importance of including people living with obesity in the design, development and implementation of relevant policies. Including people with obesity is an important consideration in its own right and requires investment in public funds to build and support a community of people who can help challenge weight stigma in policy. Not only can this help to address stigma and bias, but it can also provide insight to the experiences and perspectives of those affected by obesity, whether it be their experience in getting access to the support they want, or their local experience of the food environments and food marketing.

**Figure 1: World Obesity Federation
ROOTS framework for action**



Several opportunities for reducing weight stigma in obesity policies are available:

1. Develop and implement policies which recognise obesity as a disease, and recognise that preventing obesity is an environmental/social issue, rather than being down to individual behaviour
2. Develop and implement more nuanced policies that are based on contemporary evidence about the link between weight and health, including moving away from broad brush policies that equate overweight and obesity with poor health outcomes but don't address the highly heterogeneous experience of developing obesity and any related health impacts
3. Develop and implement policies which take a systems approach, focused on addressing the multiple drivers and solutions of obesity. This can help shift the narrative away from individual responsibility and blame.
4. Policies should focus on addressing obesity through the entire continuum of care, from prevention to treatment and management.
5. Public health campaigns and policies should focus on promoting health for all rather than focusing solely on weight.
6. Include overweight and obesity in anti-discrimination legislation and policies.
7. Training on weight stigma should be encouraged in both healthcare and policy settings

BOX: Stigma and COVID-19

The COVID-19 pandemic has resulted in unprecedented disruptions to everyday life. As well as the obvious direct impacts such as health and financial consequences, the COVID-19 pandemic has had a multitude of indirect consequences such as changes in eating habits and increased physical inactivity and sedentary behaviour.¹⁷ Evidence suggests that these lifestyle changes may increase obesity prevalence.¹⁷ This has caused a rise in casual comments being made about weight gain in personal and social settings, such as the trending topic of the "quarantine-15" (referring to pounds gained during lockdown). This could subsequently trigger an increase in the levels and perceived acceptability of weight-based stigma and discrimination.¹⁷

Obesity has been in the media spotlight for the past 18 months due to the elevated risk of adverse outcomes in those living with obesity when infected with the virus. Coverage and public health campaigns following the 'personal responsibility' discourse during this time have contributed to weight stigma.¹⁸ It is positive that governments are paying increasing attention to obesity because of the COVID-19 pandemic and recognising the need to address it urgently as a public health priority. However, an increased focus on obesity as a public health issue has not necessarily translated into better, tailored services for those living with obesity.

STIGMA IN HEALTHCARE

Negative weight-related attitudes and stigmatisation towards patients living with overweight and obesity are well documented among healthcare professionals (HCPs) in higher income countries.¹⁹ Quality of healthcare received can also be impacted by weight stigma in those settings where there is bias against overweight. ¹⁹ Reflecting overall societal attitudes and subconscious bias, HCPs may hold stigmatising, negative beliefs and attitudes about patients living with overweight and obesity which can potentially influence interpersonal behaviour and decisionmaking.¹⁶



Very few HCPs are trained to understand the complexity of obesity during medical school and after, and in many parts of the world, obesity is not understood as a condition of its own, meaning people are not treated until they present with a co-morbidity. Healthcare professionals may hold inaccurate beliefs about obesity, including that

body weight is a matter of personal responsibility and accountability, that individuals living with overweight, and obesity lack self-control, and that they will not comply with treatment plans.^{16,20} Unfortunately, it has also been documented that even healthcare professionals specialising in obesity treatment/management display high levels of weight stigma.²⁷

It is estimated that 64% of adults with obesity have experienced weight stigma from healthcare professionals.¹ Fear of discrimination is a major factor in patients' avoidance of treatment. This avoidance can impact the frequency of screening and can result in delays in the detection of conditions such as cancer and other NCDs.¹⁶ Stigma may also discourage parents of children living with obesity from seeking healthcare, due to the 'blame the parents' narrative.²² OECD countries will spend on average USD PPP 209 per capita annually on treating obesity and its related conditions²³, and delaying healthcare also incurs further economic consequences.

It is also documented that HCPs spend less clinical contact time with those living with overweight and obesity and patients with obesity have poorer treatment outcomes.¹⁶

Another source of stigma within healthcare comes from the insurance sector and funders of healthcare. Medical insurers and funders perpetuate stigma through a common lack of obesity pharmacological and surgical treatment coverage, demeaning the legitimacy of medical treatment of obesity.⁵

Decreasing stigma in healthcare will empower individuals to seek help and support care when they need it, reduce treatment drop-out and increase patient satisfaction.

Policy opportunities to address stigma in healthcare

1. Provide training on weight stigma and weight bias to HCPs – make it a requirement for any HCP who is involved in providing health advice or treatment relating to obesity or overweight.
2. Provide obesity-focused training to HCPs to understand the complexities of obesity and its drivers.
3. Develop guidance to support HCPs in diagnosing and treating individuals with obesity, how to discuss weight with their patients, the role of diet and physical activity, and the root causes of obesity.
4. Provide more equitable coverage of obesity treatment therapies within policies and include explicit recognition that obesity is a disease.
5. Develop policies to ensure the appropriate tools/equipment are available to treat individuals living with overweight and obesity in healthcare settings and to support them to achieve their health goals – not just focussing on weight loss.

STIGMA IN EDUCATION (CHILDREN AND ADOLESCENTS)

Weight stigma and weight-related discrimination in educational settings often manifest through verbal, physical and indirect bullying/harassment due to an individual's body weight and physical appearance.²⁴ Children with obesity reportedly experience a 63% higher risk of being bullied in comparison to those without obesity.²⁵

World Obesity Federation

Suite 406, 107-111 Fleet Street, London EC4A 2AB

T: +44 (0)20 7936 9987 E: enquiries@worldobesity.org

www.worldobesity.org

Registered charity number 1076981. Registered in England and Wales, 3802726. A company limited by guarantee.



Students living with overweight/obesity are more likely to experience threats, physical victimisation, and social exclusion in addition to weight-based teasing in comparison to those without overweight and obesity.²⁴

Young people can be subjected to stigma not only from their peers but also by teachers or school healthcare professionals.²⁴ A review found that there is a common perception amongst teachers that students with

overweight and obesity are less academically capable, and that their weight status is a personal cause within their control.²⁴

Weight stigma in education is associated with a multitude of negative outcomes. In the immediate term, weight stigma is also associated with reduced educational attainment.²⁴ Young people who are subject to weight stigmatisation in education have reported increased symptoms of depression and higher levels of disengagement.²⁴ Young people living with overweight and obesity also experience poorer peer relations and are significantly more likely to experience social isolation.^{24,26} Young people who experienced weight-based stigma and discrimination are also at higher risk of developing mental health conditions. Weight stigma in education also leads to the perpetuation of obesity in adulthood.²⁶

Evidence in low- and middle-income countries is scarce, and a more representative availability of literature is needed for a more complex and culturally nuanced view.

Policy opportunities to address stigma in education

1. Staff in education settings should be required to do the weight bias test and undergo training on the health impacts of weight stigma.
2. Weight-based discrimination should be integrated into existing anti-bullying frameworks and treated as equally serious as other forms of discrimination such as racism or sexism.
3. Health curriculums should focus on health rather than bodyweight; educators should be trained on the drivers of obesity and the use of non-stigmatising language and imagery.

STIGMA IN THE WORKPLACE

Weight stigma in the workplace begins as early as the hiring stage.²⁷ Within the workplace, weight-based stigma and discrimination have been evidenced through inequalities within salary, individuals being deemed 'less qualified', individuals being less likely to be invited to interview and less likely to be hired.²⁸ It has also been demonstrated that weight stigma reduces opportunities for employment, career progression and income.⁵ Employers perceive those living with overweight and obesity as possessing less leadership potential.²⁹

In a recent study, 54% of adults with obesity reportedly experience stigma from co-workers.¹ Another study estimated that individuals with a BMI over 35 were 84% more likely to experience discrimination at work than those living with an average weight.²⁷ Literature has continuously demonstrated the influence of physical appearance and body weight on attitudes and behaviour towards individuals within the workplace.³⁰

There is little legislative protection against weight stigma in the workplace⁵ and this should be addressed to protect the human rights of those living with overweight and obesity.

World Obesity Federation

Suite 406, 107-111 Fleet Street, London EC4A 2AB

T: +44 (0)20 7936 9987 E: enquiries@worldobesity.org

www.worldobesity.org

Registered charity number 1076981. Registered in England and Wales, 3802726. A company limited by guarantee.

Policy opportunities to address stigma in the workplace

1. Overweight and obesity should be included in workplace equality, diversity and inclusion policies, antibullying and anti-discrimination policies and frameworks, and staff training.
2. Ensure that any employee health and wellbeing practices are non-stigmatising towards employees living with obesity.
3. It is an employer's responsibility to ensure that working conditions are appropriate and accessible for those living with obesity. This must be carried out in a non-stigmatising manner.

CONCLUSIONS

Weight stigma is pervasive and has a significant impact on public health, including for people living with obesity. While there are variations by geography and cultural context, the general impact of weight bias against people living with obesity has serious implications. We all have a role to play in spotting, calling out, and ending weight stigma and several opportunities exist to reduce weight stigma in key sectors such as workplace, education, and healthcare.

ACKNOWLEDGEMENTS

This briefing was written by Jane Gordon with support and inputs from Margot Neveux, Johanna Ralston, Jaynaide Powis, Hannah Brinsden and Claire Mullen.



The production of this briefing paper has received support from an operating grant under the European Union's 3rd Health Programme. The European Commission is not responsible for any use that may be made of this document.

Spotlight 1: Public support for laws and policies addressing weight-based discrimination

Current legislation surrounding discrimination generally prohibits discrimination based on race, religion, sex, and national origin – however neglects the inclusion of weight-based discrimination, despite the pervasiveness of the issue.³¹ Only a handful of laws specifically addressing weight-based discrimination exist worldwide, predominantly in certain localities of the US.³¹

There are several ways in which weight-based discrimination legislation can be introduced, literature generally suggests^{31,32}: (1) Inclusion of body weight in civil rights law for protection from weight discrimination (2) Consideration of obesity as a disability within current discrimination legislation – therefore providing the same legal protections and benefits for people with obesity as for people those with disabilities (3) Employment-specific antidiscrimination laws or policies such as legalities surrounding discrimination in hiring, wages, etc based on body weight

Public support is generally strong in the enactment process of antidiscrimination laws³², and a handful of studies exist which investigate public support for weight-based discrimination specifically.

In a 2017 study investigating public support in Germany – comparing to the USA and Iceland - over half of the German sample (51.1%) were in favour of the introduction of weight-based antidiscrimination policies, with increased support for employment specific laws (59.5%) than general antidiscrimination measures.³¹ This is in line with findings from Iceland and the US, who were similarly more supportive of employment-specific legislation. A high proportion of individuals in all three of the countries supported antidiscrimination laws or policies addressing assignment of lower wages to qualified employees because of body weight (65.1% in Germany, 79.6% in US, 80.2% in Iceland). Individuals were similarly supportive of the introduction of legislation prohibiting termination of employees due to body weight (62.2% in Germany, 74.1% in US, 75.2% in Iceland).³¹ Laws that suggested extending the same protections to those living with obesity as people with physical disabilities received the least support, indicating that individuals may not be supportive of the consideration of obesity as a disability.^{31,33}

One study investigating the US specifically found at least 71% of participants expressed support for weight-based antidiscrimination laws.³⁴

Another study assessed public support for potential laws to prohibit weight-based discrimination across the USA, Iceland, Canada and Australia and found that: *“the majority of participants in the United States, Canada, and Australia agreed that their government should have specific laws in place to prohibit weight discrimination. At least two-thirds of the participants in all 4 countries expressed support for policies that would make it illegal for employers to refuse to hire, assign lower wages, deny promotions, or terminate qualified employees because of body weight.”*³²

It has also been evidenced that beliefs about the causes of obesity are correlated to levels of public support for weight discrimination laws – again highlighting the importance of educating against the ‘personal responsibility’ narrative.³⁵

We see that there is a body of evidence of the public support for legal measures to prohibit weight-based discrimination across the world, especially within employment. This is important information for policymakers internationally. Public support is essential in harnessing the political will to enact legislation against weight-based discrimination.³²

Spotlight 2: Stigma in the media & image banks

The way in which overweight and obesity are portrayed in the media is extremely influential in forming public perceptions and beliefs about those living with overweight and obesity.³⁶ The media reinforces the personal responsibility narrative and perpetuates stigma in a number of ways, including through: the idealisation of thinness, under-representation of individuals with overweight and obesity and, when included, a stereotypical depiction of such individuals as weak-willed or otherwise to blame for an illness whose drivers are largely outside their own agency.³⁶

A study from the US found that almost three quarters of imagery included in news reports in the US were stigmatising (72% of images and 77% of videos).³⁷

The language used in the media is also often stigmatising, for instance by not using people-first language, through the use of derogatory and pejorative labels, through inaccurate or misplaced use of medical jargon, and through oversimplification of the causes of obesity.

There are a range of image banks now available which provide alternative images and guidelines to support journalists and editors in the way they frame stories. More information is in the policy dossier [here](#). The use of sensitive, non-stigmatising visual content is vital in reducing obesity-related stigma and discrimination, especially in the media.

World Obesity Federation have developed our own [image bank](#), intended to combat weight stigma in the media. Our image bank provides a selection of free-to-use non-stigmatising portrayals of those living with overweight and obesity in a number of settings.

Figure 2: World Obesity Federation Image Bank



A multitude of other useful image banks exist, including

1. [ECPO image bank](#)
2. [Obesity Canada image bank](#)
3. [The UConn Rudd Center for Food Policy & Obesity media gallery](#)
4. [The Obesity Action Coalition image gallery](#)

Spotlight 3: Weight Stigma Working Groups

World Obesity has launched a new weight stigma & Bias Working Group to (i) identify the common understanding of bias and gaps in knowledge regarding its role in obesity in different populations and geographies (ii) propose processes for reviewing the role bias and stigma may play in different audiences and geographies through a position paper to help address the stigma faced by people living with obesity.

Weight stigma is a significant issue for many living with obesity. The position paper will build upon previous work and cover a range of topics relating to weight bias and stigma, including an understanding that weight stigma is more prominent in certain countries and cultures.

The Working Group, Co-Chaired by Ximena Ramos-Salas (Director of Research & Policy of Obesity Canada) and Dr. Christine Chin (Director of the Healthy Caribbean Coalition and Obesity Specialist), is divided into sub-groups and comprised of an international team of patients, advocates, academics, and healthcare professionals working in the fields of communication, clinical management, obesity research, and education.

The subgroups address:

1. The overall obesity narrative
2. Obesity through the life course
3. Scientific and public-facing language
4. Food and physical activity

The group has been formed because urgent action is required to address high levels of weight stigma experienced by people living with obesity in different parts of the world.

[Read more.](#)



References

1. EASO - ECPO. What is Stigma – Eurobesity. Accessed November 12, 2021.
<https://eurobesity.org/education/whatis-stigma/>
2. B Bellew, A Grunseit, B Huang, et al. *Weight Stigma and Bias – What Is Known? | Rapid Review of Evidence.*; 2020. Accessed November 12, 2021.
https://static1.squarespace.com/static/57e9ebb16a4963ef7adfafdb/t/5f2116c6f57a1f3b8b40f7e7/1596004060378/Weight+Stigma+What+is+Known+Rapid+Review_Final+July+2020.pdf
3. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*. 2001;9(12):788-805. doi:10.1038/OBY.2001.108
4. Bentham J, di Cesare M, Bilano V, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*. 2017;390(10113):2627-2642. doi:10.1016/S0140-6736(17)32129-3/ATTACHMENT/A71C66F4-AF6A-45CC-B74B-B320544FF826/MMC1.PDF
5. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine* 2020 26:4. 2020;26(4):485-497. doi:10.1038/s41591-020-0803-x
6. Skelton JA, DeMattia L, Miller L, Olivier M. Obesity and Its Therapy: From Genes to Community Action. *Pediatric clinics of North America*. 2006;53(4):777. doi:10.1016/J.PCL.2006.05.011
7. Wright SM, Aronne LJ. Causes of obesity. *Abdominal Imaging*. 2012;37(5):730-732. doi:10.1007/S00261-012-9862X/TABLES/1
8. Kilbourne J. Still killing us softly: Advertising and the obsession with thinness. - PsycNET. *Feminist perspectives on eating disorders*. Published online 1994:395-418. Accessed November 12, 2021.
<https://psycnet.apa.org/record/1994-97106-020>
9. Sikorski C, Spahlholz J, Hartlev M, Riedel-Heller SG. Weight-based discrimination: an ubiquitary phenomenon? *International journal of obesity (2005)*. 2016;40(2):333-337. doi:10.1038/IJO.2015.165
10. Spahlholz J, Baer N, König HH, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Obesity and discrimination – a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity Reviews*. 2016;17(1):43-55. doi:10.1111/OBR.12343
11. Boswell RG, White MA. Gender differences in weight bias internalisation and eating pathology in overweight individuals. *Advances in eating disorders (Abingdon, England)*. 2015;3(3):259. doi:10.1080/21662630.2015.1047881
12. Brewis A, Sturtzsreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. doi:10.1186/s12992-0180337-x

World Obesity Federation

Suite 406, 107-111 Fleet Street, London EC4A 2AB

T: +44 (0)20 7936 9987 E: enquiries@worldobesity.org

www.worldobesity.org

Registered charity number 1076981. Registered in England and Wales, 3802726. A company limited by guarantee.

13. Alberga AS, Russell-Mayhew S, von Ranson KM, McLaren L, Ramos Salas X, Sharma AM. Future research in weight bias: What next? *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2016;24(6):1207-1209. doi:10.1002/OBY.21480
14. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obesity Reviews*. 2018;19(8):1141-1163. doi:10.1111/OBR.12701
15. Puhl R. *Stigma, Discrimination, and Obesity in Eating Disorders and Obesity: Eating Disorders and Obesity, Third Edition*. 3rd ed. (Brownwell K, Walsh T, eds.); 2018.
16. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*. 2015;16(4):319. doi:10.1111/OBR.12266
17. Pearl RL, Schulte EM. Weight Bias During the COVID-19 Pandemic. *Current obesity reports*. 2021;10(2):181-190. doi:10.1007/S13679-021-00432-2
18. Lessard LM, Puhl RM. Adolescents' Exposure to and Experiences of Weight Stigma During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pediatric Psychology*. 2021;46(8):950-959. doi:10.1093/JPEPSY/JSAB071
19. Alberga AS, Pickering BJ, Hayden KA, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical Obesity*. 2016;6(3):175-188. doi:10.1111/COB.12147
20. Malterud K, Ulriksen K. Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. 2011;6(4). doi:10.3402/QHW.V6I4.8404
21. Schwartz MB, Chambliss HON, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight Bias among Health Professionals Specializing in Obesity. *Obesity Research*. 2003;11(9):1033-1039. doi:10.1038/OBY.2003.142
22. Gorlick JC, Gorman C v., Weeks HM, Pearlman AT, Schvey NA, Bauer KW. "I Feel Like Less of a Mom": Experiences of Weight Stigma by Association among Mothers of Children with Overweight and Obesity. <https://home.liebertpub.com/chi>. 2021;17(1):68-75. doi:10.1089/CHI.2020.0199
23. OECD Library. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. doi:10.1787/67450D67-EN
24. Nutter S, Ireland A, Alberga AS, et al. Weight Bias in Educational Settings: a Systematic Review. *Current obesity reports*. 2019;8(2):185-200. doi:10.1007/S13679-019-00330-8
25. WHO. *Weight Bias and Obesity Stigma: Considerations for the WHO European Region*.; 2017. Accessed November 12, 2021. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf
26. Takizawa R, Danese A, Maughan B, Arseneault L. Bullying victimization in childhood predicts inflammation and obesity at mid-life: a five-decade birth cohort study. *Psychological Medicine*. 2015;45(13):2705-2715. doi:10.1017/S0033291715000653
27. Rudolph CW, Wells CL, Weller MD, Baltes BB. A meta-analysis of empirical studies of weight-based bias in the workplace. *Journal of Vocational Behavior*. 2009;74(1):1-10. doi:10.1016/J.JVB.2008.09.008

28. Schulte PA, Wagner GR, Ostry A, et al. Work, Obesity, and Occupational Safety and Health. *American Journal of Public Health*. 2007;97(3):428. doi:10.2105/AJPH.2006.086900
29. Flint SW, Cadek M, Codreanu SC, Ivic V, Zomer C, Gomoiu A. Obesity discrimination in the recruitment process: "You're not hired!" *Frontiers in Psychology*. 2016;7(MAY):647. doi:10.3389/FPSYG.2016.00647/BIBTEX
30. Giel KE, Thiel A, Teufel M, Mayer J, Zipfel S. Weight Bias in Work Settings – a Qualitative Review. *Obesity Facts*. 2010;3(1):33. doi:10.1159/000276992
31. Hilbert A, Hübner C, Schmutzer G, Danielsdottir S, Brähler E, Puhl R. Public Support for Weight-Related Antidiscrimination Laws and Policies. *Obesity Facts*. 2017;10(2):101-111. doi:10.1159/000456012
32. Puhl RM, Latner JD, O'Brien KS, Luedicke J, Danielsdottir S, Salas XR. Potential Policies and Laws to Prohibit Weight Discrimination: Public Views from 4 Countries. *The Milbank Quarterly*. 2015;93(4):691-731. doi:10.1111/14680009.12162
33. Puhl RM, Heuer CA. Public opinion about laws to prohibit weight discrimination in the United States. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2011;19(1):74-82. doi:10.1038/OBY.2010.126
34. Puhl RM, Suh Y, Li X. Legislating for weight-based equality: national trends in public support for laws to prohibit weight discrimination. *International Journal of Obesity* 2016 40:8. 2016;40(8):1320-1324. doi:10.1038/ijo.2016.49
35. Barry CL, Brescoll VL, Brownell KD, Schlesinger M. Obesity metaphors: how beliefs about the causes of obesity affect support for public policy. *The Milbank quarterly*. 2009;87(1):7-47. doi:10.1111/J.1468-0009.2009.00546.X
36. Ata RN, Thompson JK. Weight Bias in the Media: A Review of Recent Research. *Obesity Facts*. 2010;3(1):41. doi:10.1159/000276547
37. Heuer CA, McClure KJ, Puhl RM. Obesity stigma in online news: a visual content analysis. *Journal of health communication*. 2011;16(9):976-987. doi:10.1080/10810730.2011.561915

WHO issues global guideline on the use of GLP-1 medicines in treating obesity

1 December 2025

News release

To address the growing global health challenge of obesity, which affects more than 1 billion people, the World Health Organization (WHO) has released its first guideline on the use of Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1) therapies for treating obesity as a chronic, relapsing disease.

Obesity affects people in every country and was associated with 3.7 million deaths worldwide in 2024. Without decisive action, the number of people with obesity is projected to double by 2030.

In September 2025, WHO added GLP-1 therapies to its Essential Medicines List for managing type 2 diabetes in high-risk groups. With the new guideline, WHO issues conditional recommendations for using these therapies to support people living with obesity in overcoming this serious health challenge, as part of a comprehensive approach that includes healthy diets, regular physical activity and support from health professionals.

“Obesity is a major global health challenge that WHO is committed to addressing by supporting countries and people worldwide to control it, effectively and equitably. Our new guidance recognizes that obesity is a chronic disease that can be treated with comprehensive and life-long care,” said Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director-General. “While medication alone won’t solve this global health crisis, GLP-1 therapies can help millions overcome obesity and reduce its associated harms.”

Obesity is a complex, chronic disease and a major driver of noncommunicable diseases, such as cardiovascular diseases and type 2 diabetes and some types of cancer. It also contributes to poorer outcomes of patients who have infectious diseases.

Beyond its health impacts, the global economic cost of obesity is predicted to reach US\$ 3 trillion annually by 2030. The guideline can help efforts to reduce skyrocketing health costs associated with managing the condition and associated health complications.

Landmark policy change

The new WHO guidance contains two key conditional recommendations:

- GLP-1 therapies may be used by adults, but excluding pregnant women, for the long-term treatment

of obesity. While the efficacy of these therapies in treating obesity and improving metabolic and other outcomes was evident, the recommendation is conditional due to limited data on their long-term efficacy and safety, maintenance and discontinuation, their current costs, inadequate health-system preparedness, and potential equity implications.

- Intensive behavioural interventions, including structured interventions involving healthy diet and physical activity, may be offered to adults living with obesity prescribed GLP-1 therapies. This is based on low-certainty evidence suggesting it may enhance treatment outcomes.

Medication alone won’t reverse the obesity challenge

While GLP-1 therapies represent the first efficacious treatment option for adults with obesity, the WHO guideline emphasizes that medicines alone will not solve the problem. Obesity is not only an individual concern but also a societal challenge that requires multisectoral action. Addressing obesity requires a fundamental reorientation of current approaches to a comprehensive strategy built with three pillars:

- Creating healthier environments through robust population-level policies to promote health and prevent obesity;
- Protecting individuals at high risk of developing obesity and related comorbidities through targeted screening and structured early interventions; and
- Ensuring access to lifelong, person-centred care.

Implementation considerations

The guideline emphasizes the importance of fair access to GLP-1 therapies and preparing health systems for use of these medicines. Without deliberate policies, access to these therapies could exacerbate existing health disparities. WHO calls for urgent action on manufacturing, affordability, and system readiness to meet global needs.

Even with rapid expansion in production, GLP-1 therapies are projected to reach fewer than 10% of those who could benefit by 2030. The guideline calls on the global community to consider strategies to expand access, such as pooled procurement, tiered pricing, and voluntary licensing among others.

WHO action

WHO developed the guideline in response to requests from its Member States looking to address the challenges posed by obesity. The process to develop the guideline involved extensive analysis of available evidence, and consultation with a wide range of stakeholders, including people with lived experience. This guideline is a key deliverable under the WHO acceleration plan to stop obesity and will be updated regularly as new evidence emerges.

During 2026, WHO will work closely with relevant stakeholders to encourage development of a transparent and equitable prioritization framework to ensure those with the highest need are reached first.

Notes to editors

About GLP-1 therapies for obesity

WHO defines obesity as having a Body Mass Index (BMI) of 30 or higher in adults. GLP-1 receptor agonists are a class of medicines that help lower blood sugar, support weight loss, reduce the risk of heart and kidney complications, and can even lower the risk of early death in people with type 2 diabetes. This guideline provides recommendations specifically for three agents used in the long-term treatment of obesity in adults: liraglutide, semaglutide and tirzepatide.

Falsified and substandard medical products

The global demand for GLP-1 therapies has fueled the spread of falsified and substandard products, threatening patient safety and trust. Ensuring quality requires regulated distribution and prescription by a qualified health care providers, strong oversight, patient education, and global cooperation to protect public health.

TASSONOMIA DELL'OBESITA' EASO

FORNIRE UN LINGUAGGIO COMUNE PER L'OBESITÀ



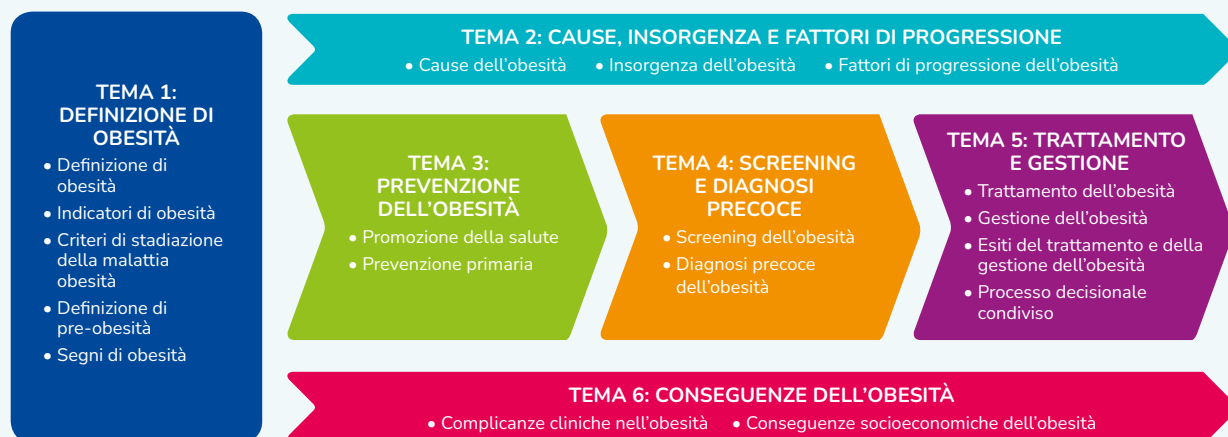
L'obesità è una malattia cronica, recidivante, che affligge il paziente per l'intero arco di vita e che necessita di essere approcciata allo stesso modo di altre malattie croniche. E' per cui imperativo usare un linguaggio per l'obesità comune, preciso e scientificamente accurato che possa essere impiegato in tutti i contesti di interesse. L'utilizzo di un linguaggio comune per l'obesità contribuirà allo sviluppo di sistemi sanitari resilienti e ad alta prestazione, risultando in una migliore cura del paziente.



LA TASSONOMIA FORNISCE **54** DICHIARAZIONI BASATE SU EVIDENZE CHE:

- ✓ Si allineano chiaramente a quelle impiegate per altre principali malattie non trasmissibili, prioritarie secondo le attuali direttive, dalle regolamentazioni politico-sanitarie alla pratica
- ✓ Sono divise in definizioni, ambito e utilizzo contestuale secondo 6 temi

TEMI DELLA TASSONOMIA DELL'OBESITÀ:



IL CONSENSO SUL LINGUAGGIO BASATO SU EVIDENZE È STATO OTTENUTO DA:



70 ESPERTI



16 GRUPPI DI INTERESSE
inclusi professionisti sanitari, industrie,
responsabili politici, portatori di esperienze
vissute e ricercatori



30 PAESI
rappresentati

PUBBLICO DI RIFERIMENTO

l'utilizzo di questa tassonomia, che allinea il linguaggio per l'obesità a quello di altre malattie non trasmissibili prioritarie secondo le attuali direttive, è appropriato per responsabili politici, professionisti sanitari, persone affette da obesità, ricercatori e utenti del sistema sanitario. Questo strumento è utile alle iniziative di sostegno, di comunicazione e di educazione.



European Association for the Study of Obesity

Reference: Bowman-Busato, J., Schreurs, L., Halford, J.C.G., Yumak V, O'Malley G, Woodward E, De Cock D, Baker J.L. Providing a common language for obesity: the European Association for the Study of Obesity obesity taxonomy. *International Journal of Obesity*; 2024.

<https://doi.org/10.1038/s41366-024-01565-9>



TEMA 1: DEFINIZIONE DI OBESITÀ



DEFINIZIONE DI OBESITÀ

Definizione: L'obesità è definita come un accumulo anormale o eccessivo di grasso tale da compromettere lo stato di salute.

Ambito: L'obesità è una malattia cronica caratterizzata da un'adiposità alterata in termini di funzionamento, quantità totale e distribuzione. L'obesità è una malattia che consiste in diversi fenotipi.

Contesto: L'insorgenza, lo sviluppo e la progressione dell'obesità possono essere influenzati da una o più cause o fattori di progressione.

INDICATORI DI OBESITÀ

Definizione: Una metrica che descrive la presenza della malattia obesità a livello di popolazione.

Ambito: Gli indicatori di obesità segnalano la presenza della malattia a livello di popolazione.

Contesto: La seguente lista non esaustiva di indicatori di obesità include: anamnesi e sviluppo della malattia, analisi di laboratorio, esami fisici a livello di organi e sistemi, salute mentale, assunzione di farmaci, attività e compiti della vita quotidiana, comportamenti, partecipazione sociale ed esposizioni ambientali.

QUADRI DI STADIAZIONE DELLA MALATTIA OBESITÀ

Definizione: I criteri di stadiazione della malattia obesità classificano i pazienti in base a segni e indicatori per determinare il rischio per la salute individuale e ottimizzare il trattamento e la gestione dell'obesità.

Ambito: I criteri di stadiazione sono utilizzati per molte malattie per aiutare a determinarne la gravità e supportare le decisioni cliniche riguardo trattamento e gestione.

Contesto: I criteri di stadiazione dell'obesità disponibili riflettono gli stadi di malattia usati per altre malattie non trasmissibili.

TEMA 1: DEFINIZIONE DI OBESITÀ



DEFINIZIONE DI PRE-OBESITÀ

- Definizione:** Lo stato di salute in cui un individuo presenta cambiamenti nella funzione, quantità totale e/o distribuzione del tessuto adiposo che potrebbero essere precursori dell'obesità.
- Ambito:** Lo stato di salute di individui con funzionamento, quantità totale e/o distribuzione del tessuto adiposo alterati prima che emergano segni patologici.
- Contesto:** Il sovrappeso non sempre riflette la disfunzione del tessuto adiposo e pertanto non è sinonimo di pre-obesità.
-

SEGNII DI OBESITÀ

- Definizione:** Una manifestazione della malattia obesità a livello individuale.
- Ambito:** Esistono compromissioni fisiologiche, funzionali o psicologiche che possono segnalare la presenza dell'obesità in un individuo.
- Contesto:** A livello individuale, un'indagine sui segni dell'obesità include più elementi rispetto alla semplice misurazione del peso o del BMI.

TEMA 2: CAUSE, INSORGENZA E FATTORI DI PROGRESSIONE



CAUSE DELL'OBESITÀ

- Definizione:** Un evento, condizione, caratteristica o combinazione di essi che avvia l'insorgenza dell'obesità.
- Ambito:** Fattori che causano una disfunzione, una distribuzione anormale e/o una quantità eccessiva di tessuto adiposo.
- Contesto:** Le cause dello sviluppo dell'obesità possono essere biologicamente modificabili o non modificabili.
-

INSORGENZA DELL'OBESITÀ

- Definizione:** L'insorgenza della malattia è un momento specifico in cui si verificano cambiamenti che alterano la funzione, la distribuzione e/o la quantità totale di tessuto adiposo.
- Ambito:** L'insorgenza dell'obesità è l'inizio dei processi che portano alla manifestazione dell'obesità.
- Contesto:** I processi biologici che provocano l'insorgenza dell'obesità possono essere in corso da lungo tempo prima che vengano rilevati.
-

FATTORI DI PROGRESSIONE DELL'OBESITÀ

- Definizione:** Un evento, condizione o caratteristica o una combinazione di essi che aggrava l'obesità.
- Ambito:** Fattori che aumentano la gravità dell'obesità alterando la biologia della malattia.
- Contesto:** I fattori che causano la progressione dell'obesità possono essere biologicamente modificabili o non modificabili.

TEMA 3: PREVENZIONE DELL'OBESITÀ



PROMOZIONE DELLA SALUTE

- Definizione:** La promozione della salute è il processo che consente e supporta le persone e le popolazioni nel massimizzare la loro salute e qualità di vita.
- Ambito:** La promozione della salute è in generale un approccio comportamentale necessario a sostenere uno stile di vita sano per tutti.
- Contesto:** La promozione della salute viene offerta a tutta la popolazione e non solo a coloro che potrebbero essere a rischio di obesità.
-

PREVENZIONE PRIMARIA

- Definizione:** La prevenzione primaria mira a prevenire la malattia obesità prima che si manifesti.
- Ambito:** Rispetto alla promozione della salute, che consente alle persone di accrescere e migliorare la propria salute, la prevenzione primaria si concentra sui fattori di rischio dell'obesità.
- Contesto:** La prevenzione primaria è distinta dalla prevenzione secondaria, che implica l'identificazione, la diagnosi e il trattamento precoci per fermare la progressione dell'obesità e lo sviluppo delle conseguenze sulla salute, e dalla prevenzione terziaria, che riguarda il trattamento e la gestione della malattia obesità per ridurre gli effetti a lungo termine.

TEMA 4: SCREENING E DIAGNOSI PRECOCE



SCREENING DELL'OBESITÀ

- Definizione:** Lo screening per l'obesità si riferisce alla misurazione di indicatori di obesità nella popolazione per identificare gli individui che presentano segni di obesità.
- Ambito:** Gli elementi da considerare durante lo screening per gli indicatori di obesità possono includere, tra gli altri, l'età, il sesso biologico, la composizione corporea, l'origine etnica, la storia familiare e le condizioni mediche preesistenti di una persona.
- Contesto:** Lo screening per obesità può portare all'identificazione di fattori che cambiano la probabilità di sviluppare tale patologia e utilizzare questa conoscenza per prevenire o ridurre la prevalenza dell'obesità modificando questi fattori.
-

DIAGNOSI PRECOCE DELL'OBESITÀ

- Definizione:** La diagnosi precoce dell'obesità si riferisce all'individuazione di una persona che vive con obesità il più presto possibile sulla base dei segni di questa malattia.
- Ambito:** Gli elementi da considerare durante la valutazione dei segni per una diagnosi precoce possono includere, tra gli altri, l'età, il sesso biologico, la composizione corporea, l'origine etnica, la storia familiare e le condizioni mediche preesistenti di una persona.
- Contesto:** Una diagnosi precoce può portare, nel lungo periodo, a un migliore controllo della malattia e a migliori risultati per la salute del paziente, in ambito sanitario e in ambito socio-economico.

TEMA 5: TRATTAMENTO E GESTIONE



TRATTAMENTO DELL'OBESITÀ

Definizione: L'assistenza sanitaria fornita a un paziente che vive con obesità da parte di un professionista sanitario.

Ambito: Le opzioni di trattamento per l'obesità o una loro combinazione includono: attività fisica terapeutica e riabilitazione, terapia nutrizionale, terapia psicologica, farmacoterapia, chirurgia metabolica e bariatrica.

Contesto: Le opzioni di trattamento medico per l'obesità adottano un approccio multidisciplinare e olistico e, se possibile, sono centrate sulla persona e individualizzate. Le opzioni di trattamento per l'obesità possono essere categorizzate come acute o a lungo termine e considerano la natura fluttuante della malattia.

GESTIONE DELL'OBESITÀ

Definizione: Azioni intraprese da individui, famiglie e comunità per promuovere, mantenere e recuperare lo stato di salute delle persone che vivono con obesità.

Ambito: La gestione dell'obesità comprende diversi livelli, che includono: autogestione supportata, supporto clinico, supporto informale e supporto generale da parte del sistema socio-sanitario.

Contesto: La gestione dell'obesità si concentra sul riequilibrio della disfunzione biologica, migliorando i segni e i sintomi e ottimizzando i risultati per la salute centrati sul paziente, sanitari, e socioeconomici. La gestione del peso può esserne una componente.

TEMA 5: TRATTAMENTO E GESTIONE



ESITI DEL TRATTAMENTO E DELLA GESTIONE DELL'OBESITÀ

Definizione: Valutazione intrapresa per analizzare i risultati o le conseguenze del trattamento e della gestione dell'obesità.

Ambito: Durante il trattamento o la gestione dell'obesità, vengono valutati i risultati per la salute centrati sul paziente, i risultati medici e i risultati socioeconomici.

Contesto: I risultati del trattamento e della gestione dell'obesità vanno oltre il peso corporeo.

PROCESSO DECISIONALE CONDIVISO

Definizione: Il processo in cui sia il paziente che il professionista sanitario lavorano insieme per decidere il miglior piano di cura dell'obesità per il paziente.

Ambito: La collaborazione unisce l'esperienza del clinico (opzioni di trattamento, evidenze scientifiche, i rischi e i benefici) a ciò che il paziente e la persona con obesità conosce meglio (le sue preferenze, circostanze personali, obiettivi, valori e convinzioni).

Contesto: Il processo decisionale condiviso costituisce la base del consulto clinico. L'attuazione di questo processo è utile per prendere decisioni mediche complesse.

TEMA 6: CONSEGUENZE DELL'OBESITÀ



COMPLICANZE CLINICHE DELL'OBESITÀ

Definizione: L'obesità è la porta di accesso a una serie di complicanze mediche e psicologiche.

Ambito: Oltre 200 complicanze sono associate all'obesità, tra cui diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari e tumori.

Contesto: L'obesità era considerata una comorbidità di molte malattie non trasmissibili, mentre ora tali malattie sono viste come complicanze mediche dell'obesità.

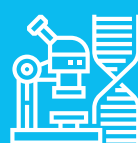
CONSEGUENZE SOCIOECONOMICHE DELL'OBESITÀ

Definizione: L'obesità può compromettere il livello di istruzione, il reddito, le opportunità di lavoro e le capacità produttive di un individuo.

Ambito: L'obesità riduce l'aspettativa e la qualità di vita delle persone e ne influenza negativamente sotto vari aspetti il livello socioeconomico.

Contesto: L'obesità esercita una pressione significativa sulle istituzioni sanitarie pubbliche e specializzate in termini di costi e qualità dei servizi.

TASSONOMIA DELL'OBESITA' EASO FORNIRE UN LINGUAGGIO COMUNE PER L'OBESITÀ



EASO

European Association for the Study of Obesity

Reference: Bowman-Busato, J., Schreurs, L., Halford, J.C.G., Yumak V, O'Malley G, Woodward E, De Cock D, Baker J.L. Providing a common language for obesity: the European Association for the Study of Obesity obesity taxonomy. *International Journal of Obesity*; 2024.

<https://doi.org/10.1038/s41366-024-01565-9>





European Federation of Pharmaceutical
Industries and Associations

A Blueprint for Action to address Obesity in the European Union





Acknowledgments

The EU Blueprint for Action on Obesity was developed by the EFPIA Obesity Platform with support and input from the European Association for the Study of Obesity (EASO) and the European Coalition of People Living with Obesity (ECPO), between April – November 2024.

During the development process, EFPIA drew on expertise and perspectives from EASO and ECPO to ensure a comprehensive approach.

While EASO and ECPO provided valuable insights, no direct sponsorship or funding was provided to these organizations for their contributions to the document.



CONTENTS

EXECUTIVE SUMMARY	04
INTRODUCTION	06
Improving Health Literacy	08
Obesity is a chronic, complex disease	09
Obesity is a systemic problem and requires a holistic response	10
Weight bias increases the burden of obesity	11
The role of data in improving health literacy	12
POLICY ACTIONS	13
Changing Paradigms in Obesity Prevention	14
Understanding the difference between health promotion and obesity prevention	15
POLICY ACTIONS	16
Timely diagnosis of obesity to prevent premature deaths	17
POLICY ACTIONS	19
Services for Obesity Management	20
The role of primary care and the integration of care services for obesity treatment and management	21
POLICY ACTIONS	23
Clinical Guidelines	24
POLICY ACTIONS	25
Access to multidisciplinary obesity management and treatments	26
POLICY ACTIONS	27
Conclusions	28
Sources	29



EXECUTIVE SUMMARY

Obesity is among the most pressing public health challenges of this century and one that is posing a significant burden on Europe's population and health systems. In 2022, obesity rates in the EU increased gradually as people age to reach a peak of about 20% among 65-74 category and 15% among people aged 18-64.ⁱ It is estimated that by 2030 more than 30% of Europeans will live with obesity, with the direct and indirect costs for healthcare systems estimated to reach up to EUR 1,597 billion if no holistic action is taken.ⁱⁱ

A complex chronic disease caused by multiple factorsⁱⁱⁱ, including genetic predispositions, biological, obesogenic environmental, socio-economic and psychological determinants^{iv}, **obesity sits at the centre of the rising burden of Non-Communicable Diseases (NCDs) in the EU.**

The report commissioned by the European Parliament Committee on Public Health (SANT) titled “Current Challenges and opportunities for obesity” recognises that obesity is a complex, multifactorial chronic disease. The comprehensive implementation of this definition in national and European policies is critical for an effective response to address the rising burden of obesity.

Approximately **43% of adults with type 2 diabetes (T2D) are affected by obesity** (this figure can increase to 80% in some population groups)^v, while nearly all adults living with obesity have an almost three-fold risk of developing diabetes compared to adults without obesity.

An estimated **67.5% of obesity-related excess mortality is attributable to cardiovascular diseases (CVD)**^{vi}. Alongside cardiovascular disease and type 2 diabetes, obesity plays a significant role in the development of cancer, chronic kidney disease (CKD), and metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). Obesity causes more than 200,000 new cancer cases annually^{vii}. Individuals affected by obesity have an 83% increased risk of developing CKD^{viii}, while the prevalence of MASLD is very high among people living with obesity (75% - 92%) or severe obesity (over 90%)^{viiv}.

Although the science underlines that obesity is a chronic multifactorial disease, obesity is minimised to a lifestyle issue and largely attributed to individual responsibility. As a result, health systems have predominantly adopted a reactive approach to obesity, focusing exclusively on the management of obesity-related complications. In addition, the **minimisation of obesity to a lifestyle-related condition results in the persistent stigmatisation of people living with obesity (PwO) in society and healthcare settings, impacting access to adequate treatment and care.**

So far, EU-led action and Member States efforts in tackling obesity have focused on a “*calories in vs calories out*” approach, which overlooks critical factors needed to address obesity effectively. The World Health Organisation (WHO) recognises that multisectoral efforts supporting healthy nutrition and exercise, while essential, have so far been insufficient to halt the rising prevalence of obesity.^{vii} **PwO also need timely access to diagnosis and comprehensive care, on par with people living with other chronic diseases.**

The recommendations proposed in this Blueprint should be considered in any broader European or Member States strategies for addressing Non-Communicable Diseases (NCDs) or as a stand-alone initiative for addressing obesity.

Supporting policy actions and investments in preventing and treating obesity must be part of an **integral, holistic approach necessary to delivering better health outcomes** to those living with obesity and preventing it for future generations.



INTRODUCTION

Over the past decades, scientific research has tremendously improved our understanding of obesity. Today, knowledge and innovations exist for healthcare systems to provide comprehensive care to people living with obesity. However, policy and clinical practice have not kept pace with these scientific advancements.

Even though obesity has many different root causes, the response is too often limited to '*calories in versus calories out*', which creates stigma and leads to deep and lasting negative consequences for individuals, healthcare budgets, economies and society.

In 2022, obesity rates in the EU increased gradually as people age to reach a peak of about 20% at age 65-74 and 15% among people aged 18-64.^{vi} By 2030, it is estimated that **around 215 million people in the EU will be living with obesity**. On average, nearly 30% of 7 to 9-year-olds children in the European region live with overweight or obesity.^{ix} By 2030, current trends indicate there may be over 10 million children affected by obesity in the European region.^x



*According to the World Health Organisation (WHO), **obesity is a chronic complex disease** defined by excessive adiposity that impairs health. Obesity is driven by multiple factors, spanning biological, genetic, environmental, socioeconomic, behavioural and psychological influences.¹*

*Obesity puts people at risk of **more than 200 complications**, including type 2 diabetes, cardiovascular diseases and 13 types of cancer.²*

*It is predicted that **obesity will overtake smoking as the main risk factor for preventable cancers** in the coming decades.³*

Greater policy attention to the health and economic consequences of obesity is necessary. In 2020 alone, the direct and indirect economic costs of obesity was estimated at EUR 475 million in the European region.^{xi} Without investments in developing effective prevention strategies and addressing the lack of equity in access to care services and treatment interventions, the costs are projected to rise to EUR 1,597 billion by 2030.^{xii} Obesity is responsible for around 70% of all treatment costs for diabetes, 23% for cardiovascular disease (CVD) and 9% for cancer.^{xiii}

Obesity rates continue to rise in Europe, with serious consequences for human health, quality of life, premature mortality, economic productivity, early retirement, health and social care services. Due to health-related work limitations or absenteeism, obesity is linked to significantly lower earnings and employment, as well as a higher probability of entering sick leave or exiting from paid employment through disability pension.^{xiv}

Translating the latest science of obesity into policy and investing in obesity prevention and treatment is critical to save lives, improve health outcomes and quality of life, and to optimise the effective use of public resources and the sustainability of our health systems.

This EU Blueprint for Action on Obesity sets out evidence-based, practical and achievable actions that the EU and Member States should undertake as part of strategy to address obesity primarily and within the broader non-communicable (NCDs) initiatives. Such a strategy should be accompanied by clear objectives and targets, funding commitments, implementation roadmaps and processes for progress monitoring to ensure its success.



IMPROVING HEALTH LITERACY

Obesity is a chronic, complex disease

Obesity was first recognised as a disease by the WHO in 1948 and was redefined in 2021 as a **chronic complex disease defined by excessive adiposity that impairs health**.^{xv} This definition is upheld by leading European and international medical organisations, including the European Association for the Study of Obesity (EASO)^{xvi}, the International Federation for the Surgery for Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)^{xvii} and the World Obesity Federation (WOF)^{xviii}. In the EU, the European Commission recognised obesity as a chronic disease in 2021^{xix}. *These positions make it clear: obesity is a chronic disease, not just a risk factor.*

Although the recognition of obesity as a chronic disease has evolved, obesity has not been comprehensively addressed through specific prevention and treatment strategies within health systems. Misconceptions and lack of awareness about the multiple factors influencing obesity present at the policy level, in the public and clinical settings have led to stigmatisation and poor management of obesity, which leads to poor health outcomes and negative impacts on the quality of life of people living with obesity. To address stigma and ensure comprehensive prevention strategies and effective treatment for obesity, health literacy is essential. Actions to improve health literacy would also facilitate evidence-informed policies for obesity that address current inequities in access to timely and effective prevention and treatment interventions, comparable to any other serious chronic disease.



*While use interchangeably, overweight and obesity are not the same. Overweight is a condition that refers to an **excess weight** of total body weight, including all tissues (e.g., fat, bone and muscle).⁴*

*Obesity is a chronic disease that refers to **excess or dysfunctional adiposity**, which can lead to higher levels of fats in the blood (i.e., cholesterol and triglycerides) and higher blood pressure, increasing the risk of heart disease.⁵ Excess or dysfunctional adiposity can make the body less responsive to the hormone insulin, increasing the risk of developing diabetes.⁶ It also increases several hormones that make cells more likely to divide and grow, increasing cancer risk.⁷ Therefore, the **medical complications of obesity can impact almost every body system**, resulting in high morbidity and mortality. While **not all individuals with overweight have or develop obesity**, regardless the Body Mass Index, the higher the waist circumference measurement, the more likely a person is to develop obesity or an obesity-related complication.⁸*

The scientific community has developed a Taxonomy to provide a common language for obesity.^{xx} This standardised framework for defining and classifying obesity aims to reduce misunderstandings and inconsistencies in the classification, diagnosis and treatment of obesity. Improving health literacy about the causes of obesity among people with obesity, healthcare professionals, policymakers and the public is essential to enable a range of evidence-based solutions to be put in place.



Obesity is a systemic problem and requires a holistic response

Scientific evidence shows that the **causes of obesity are numerous and intertwined**. Its aetiology spans biological, genetic, environmental, socioeconomic, behavioural and psychological factors. Obesity is determined by many factors where no single influence dominates.^{xxi} The causes of obesity also differ between population groups and across a person's lifetime.^{xxii}



Given the multifactorial nature of obesity, a system-wide approach is necessary to ensure that policy actions are inclusive of all contributing factors.

These are indications that obesity is a systems challenge, as opposed to an issue with a linear cause-and-effect relationship. Real change in reducing obesity rates and improving health at the population and individual level requires a holistic, multisectoral response that should be accompanied by funding commitments. This approach will support addressing historical to present-day social determinants of obesity (e.g., education, access to care, environment, social contexts) and achieve progress on areas that are currently subject to underinvestment, such as research, prevention and access to treatment and long-term management services for obesity.

Despite the broad scientific recognition of obesity as a multifactorial chronic disease and evidence on its health and economic consequences, **obesity is minimised as an individual responsibility rather than a public health and systemic challenge.** Implementation of the now evidence-based definition of obesity as a chronic disease is not implemented comprehensively in national and EU policies.

Without implementing a comprehensive prevention and treatment approach, obesity overwhelms the capacity of health systems as they are currently structured and contributes to the rising of other major non-communicable diseases in the EU. Current and projected expenditures highlighted in the introduction are unsustainable for health systems, economies and societies in the long-term, demonstrating that evidence-informed policies to address obesity can lead to reduced health inequalities and a healthier future for the EU.



Weight bias increases the burden of obesity

Weight bias and stigma are widespread and are perpetuated through discriminatory policies and practices across social, education, and healthcare settings. Weight bias, stigma and discrimination also contribute to poor mental health outcomes for people living with obesity, who are at a **30-70% higher risk of developing mental illnesses**.^{xxiii}



*In the long term, weight stigma is associated with a **60% increase in mortality risk**.⁹*

Weight bias, stigma, and discrimination are also **detrimental to overall physical health outcomes in the short- and long-term and are contributing factors to increased mortality risk**.^{xxiv} Due to lack of investment in research, there are challenges in measuring the impact of weight bias, stigma and discrimination of people living with obesity in accessing care services on mortality rates in the EU. However, two large longitudinal studies from the United States showed an increased mortality risk of almost 60% amongst people who experienced weight stigma and discrimination. Stress resulting from stigma triggers the release of cortisol, which can lead to weight gain, inflammation, immune problems, high blood pressure, insulin resistance and oxidative stress, all of which can increase the risk of obesity and overall mortality. Cortisol also worsens abdominal obesity, glycaemic control and the development of metabolic syndrome.^{xxv}

Weight bias and stigma are widespread within the healthcare workforce. As many as **69% of adults with obesity experience stigma from healthcare professionals**,^{xxvi} contributing to poorer healthcare services and health outcomes.

Weight-based discrimination also persists at every stage of employment, including career counselling, fewer promotions and higher contract termination rates.^{xxvii} Women with obesity are up to **16 times more likely** to experience weight stigma in work settings compared to men with obesity.^{xxviii} **People with overweight or obesity are paid less than their counterparts for the same work**. This is more pronounced for women with obesity, who may earn up to 6% less for the same work than their counterparts with lower weight or without obesity.^{xxix}



The role of data in improving health literacy

As is the case for other NCDs, data is critical to improve the planning, implementation and evaluation of obesity policies. Currently, obesity monitoring standards vary widely in the EU. National surveillance programmes for obesity rely only on “self-reported” health data and obesity monitoring is limited physical exercise and nutrition.^{xxx} Such inconsistencies create **barriers in determining the scale and impact of obesity in the EU**.

Compared to other NCDs, there remains a **knowledge gap** in the factors contributing to obesity and limited evidence for the effectiveness of prevention and management strategies.^{xxxii}

Furthermore, investing in obesity research will allow the scientific community to establish concrete indicators for data collection that reflect obesity’s multifactorial nature and improve surveillance and monitoring frameworks.

This would enable policymakers to consistently assess the impact of obesity on morbidity and mortality (beyond behavioral factors such as nutrition and physical activity), understand the broader psychosocial and economic impact, and guide targeted and measurable policy interventions.



On a positive side, the World Health Organisation International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO-ICF) has developed a patient-centred core set for obesity to measure the burden of the disease and evaluate the treatment outcomes. The measures consider the multifactorial nature of obesity and includes both generic and condition-specific outcomes measures.¹⁰

Additionally, the scientific community within the International Consortium for Health Outcomes (ICHOM) has implemented a validation assessment process of patient-centred outcome measures identified as being the most important for people living with obesity. In addition to physical health and health behaviours, the Obesity Working Groups within ICHOM have developed outcome measures for clinical practice, physical functioning and obstetric and gynaecological outcomes, among others. Providing guidance and facilitating best practices between healthcare organisations on these outcomes implementation and measuring will improve health service delivery. ¹⁰

POLICY ACTIONS

RECOMMENDATIONS TO THE EUROPEAN COMMISSION:



Facilitate the exchange of knowledge and best practices between Member States by including obesity as a stand-alone working strand within the European Commission Expert Group on Public Health and launching a **Joint Action on Obesity**, addressing the entire disease pathway, from prevention to early detection and screening, timely referral and systematic data collection to long-term management and equitable access to timely and evidence-based obesity treatment.



Launch a dedicated EU-funded project on **“Health Literacy for Obesity”** to develop best practices for strengthening health literacy on the multifactorial causes and impacts of obesity.

RECOMMENDATIONS TO MEMBER STATES:



Introduce timely, routine and systematic data collection of the number of people living with obesity and monitor the progress and effectiveness of public health, clinical and health services policy interventions.



Use of scientific and clinical definitions of obesity, **person first language** and **non-stigmatising images** in public health communication campaigns and health reports involving obesity.

CROSS-CUTTING:



Fund research through national health and research programmes, as well as the EU4Health programme and Horizon Europe, **to identify new health parameters for obesity prevention strategies.**



CHANGING PARADIGMS IN OBESITY PREVENTION

Understanding the difference between health promotion and obesity preventions

There is universal agreement that obesity prevention, like other serious chronic diseases, is paramount to fundamental public health and individual health management of the disease.

Despite this recognition, the understanding of obesity prevention remains limited. The current interventions are siloed and do not reflect the full spectrum of actions required for disease prevention, neither recognising the advances in our scientific understanding of the disease, nor the burgeoning pipeline of medical and technological innovation under development.

Prevention strategies for childhood and adult obesity are predominantly tailored to primary prevention, the level that is responsible for preventing a disease from ever occurring. The public health actions are focused on promotion of healthy lifestyles, front-of-pack nutrition labelling, guidance and practices to reduce unhealthy food marketing, and fiscal policies targeting sugars, soft drinks and alcoholic beverages, among others.^{xxxii} **These actions are relevant for all chronic diseases, not only obesity.**

It is imperative for interventions to start early on in life. Preventing childhood obesity is paramount to tackling obesity overall and this priority should be reflected in EU policymaking. **There are multiple opportunities to address childhood obesity, but policy coherence and integration are lacking.** A policy response to childhood obesity requires a life course approach. Therefore, the flagship Europe's Beating Cancer Plan commitment to evaluate and follow-up on the **EU Action Plan on Childhood Obesity** should reflect this aspect and propose actions that focus not only on primary prevention, but also on other critical interventions to improve early detection and disease management across the life course.

While universal health promotion actions are necessary to improve population health outcomes, including but not limited to people living with obesity, their effectiveness requires further improvement.^{xxxiii} **These interventions can enhance the overall health of the population but their influence on limiting the risk of developing obesity and its complications is inadequate because obesity is multifactorial disease** (i.e. caused by factors beyond individual behaviours such as healthy eating and physical activity) **and the causes of its manifestation** (i.e., impacts on physical, mental, functional, and social outcomes) **varies from person to person.** Therefore, universal health promotion strategies alone are insufficient for preventing obesity at the individual level, could be stigmatising.^{xxxiv}



Health promotion strategies include measures that can enable people, including those with obesity, to increase control over their dietary habits, and to improve their health.

Obesity primary prevention strategies include those implemented at specific periods, targeting specific risk factors before the onset of obesity to be maximally effective.¹¹

Furthermore, a health system approach exclusively focused on primary prevention is ill-suited to treat and manage any chronic disease. **Obesity, like any other chronic disease, requires health system approaches that deliver interventions across the continuum of care** (primary, secondary and tertiary levels). Informed strategies for early diagnosis, screening and monitoring of disease progression, as well as guidance on obesity treatment and management are vastly lacking, leading to significant inequities for people living with obesity.

To be effective, obesity prevention strategies must take a more comprehensive approach and address risk factors at individual, community, and population levels. To address the growing impact of obesity, healthcare systems must be designed and equipped to prevent, detect, diagnose, treat and manage obesity in a timely and evidence-based manner, as detailed in the next chapter. Such an approach to obesity prevention and management would be more inclusive by ensuring that no one is left behind to deal with their disease alone.

As elaborated in the previous chapter, **further research** is also needed to develop individual and population health parameters that should be measured as part of obesity prevention strategies across the continuum of care. This will enable policymakers to implement frameworks and effectively evaluate obesity prevention strategies.

POLICY ACTIONS

RECOMMENDATIONS TO THE EUROPEAN COMMISSION:



Leverage the lessons from Europe's Beating Cancer Plan and set up a **Knowledge Centre on Non-Communicable Diseases (NCDs) with a dedicated workstream and funding for research on obesity** to foster collaboration between Member States on potential indicators and metrics necessary for effective disease prevention strategies.



Continue supporting Member States in implementing universal, inclusive, and equitable health promotion programmes, including the Cancer Plan's action strand on improving health promotion, access to healthy diets and physical activity, and respective Joint Actions.

RECOMMENDATIONS TO MEMBER STATES:



Establish an **Obesity Taskforce within relevant national NCD departments** to provide an integrated overview of the health, economic and social dimensions of obesity to inform policy measures.



Timely diagnosis of obesity to prevent premature deaths

Like other chronic diseases, **obesity tends to recur, worsen and create complications over time, necessitating extensive and costly interventions.**^{xxxvi} Therefore, early diagnosis of obesity can stop or slow the progression of obesity and the development of other obesity-related non-communicable diseases, save lives, reduce the risk of premature deaths and downstream healthcare and social costs. Investing in early detection of obesity and management intervention is more cost-effective than having to treat patients at later stages of the disease.

Regular health checks and consultations with qualified and well-equipped healthcare professionals can help identify obesity earlier. However, real-world practice highlights that such obesity health checks, and clinical consultations do not happen due to the high prevalence of weight bias and stigma in healthcare settings.^{xxxvii}

Another problem is related to the measurement of obesity. Generally, healthcare professionals use Body Mass Index (BMI) as a diagnostic tool. However, BMI's association with health risk is inconsistent, varies with age, sex and ethnicity, and does not assess risks related to body fat distribution.^{xxxviii}

Healthcare professionals should **not rely solely on BMI to predict an individuals' health risk but should use it in conjunction with other measures of health risk**, such as waist circumference (especially in females), body composition, body adiposity index and genetic and metabolic factors, as well as other associated chronic conditions.^{xi} This offers a more comprehensive picture of a person's overall health status and risk stratification. The management of obesity complications and improvements in quality of life and physical and social wellbeing should also be included in the treatment objectives.^{xii}

Approximately 43% of adults with type 2 diabetes are affected by obesity (this figure can increase to 80% in some populations), **while nearly all adults living with obesity have an almost three-fold risk of developing type 2 diabetes** compared to normal weight adults. **An estimated 67.5% of obesity-related excess mortality is attributable to CVD.**^{xiii} Scaling up secondary prevention of obesity through early diagnosis and effective management is an essential prevention

tool for addressing the development of other cardiometabolic diseases. **Adopting a holistic approach that promotes integrated screening, early detection and joint management** of cardiometabolic diseases, **with a focus on interconnectedness between obesity, cardiovascular diseases and diabetes** will ensure a comprehensive evaluation of the interrelated risk factors – treating the person as a whole, not only the most obvious disease. The call for targeted **joint heart and diabetes health checks** at primary care level for high-risk groups, put forward by the EU cardiovascular and diabetes communities, aims to go beyond the traditional disease-specific approach.^{xliii} Based on the identification of common risk factors and associated chronic conditions, such an approach would enable the development of an integrated and cost-effective early detection tool for obesity, diabetes, and cardiovascular disease implementable at the primary care level. The returns on this investment would be significant as such health checks could radically reduce the number of undiagnosed obesity, diabetes, and cardiovascular disease cases, enabling earlier and more effective management and treatment of all these chronic diseases.

While the targets and roadmaps for action should be designed based on the national context, these should include mandatory components for obesity prevention, early diagnosis and treatment for obesity and obesity-related complications, updating medical and nursing school curricula to include relevant training and skills development on obesity assessment, and evidence-based treatments and long-term management components. They should be accompanied by funding mechanisms for developing the necessary health system infrastructures and frameworks for implementation



POLICY ACTIONS

RECOMMENDATIONS TO THE EUROPEAN COMMISSION:



Support Member States in implementing joint obesity, diabetes and cardiovascular **health checks**.

- a. Explore the implementation of such health checks through pilot projects and the work of the Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes (JACARDI).



Leverage the lessons from Europe's Beating Cancer Plan and launch an **EU Inter-Specialty Obesity Training Programme Curriculum** to support healthcare professionals' training and skills development in obesity screening, diagnosis, treatment and long-term management.

RECOMMENDATIONS TO MEMBER STATES:



Implement **targeted health checks for obesity, diabetes and cardiovascular disease at the primary care level for high-risk groups**.



Develop **national plans to enable multisectoral, holistic actions with targets and roadmaps spanning prevention, treatment, and long-term management for obesity**. These plans should reflect the science of obesity, recognising that action on obesity may be integrated into national action plans on CVD or NCDs more broadly depending on the national context.



SERVICES FOR OBESITY MANAGEMENT

The role of primary care and the integration of care services for obesity treatment and management

An international survey conducted in 2021, including Member States of the EU, reports a **widespread lack of healthcare services for obesity**.^{xliiv} According to its results, 53% of countries stated that referrals from family physicians were the most common route into the health system. Obtaining treatment for obesity as a result of being admitted with another obesity-related complication is the second most common entry point (44% of respondents).^{xliv}

Approximately 47% of the surveyed countries stated that there were difficulties for people living with obesity in obtaining referrals due to a lack of clear pathways for obesity treatment and management.^{xlivi}

While obesity-associated chronic conditions and complications are frequently addressed in primary care, obesity itself is chronically undertreated and poorly managed compared to other chronic diseases.^{xlvii}

PRINCIPLES FOR A MODEL OF CARE FOR PREVENTION AND MANAGEMENT OF OBESITY

1. Health Promotion (*Horizontal Action*)
2. Primary prevention available to the general population with interventions aiming at improving surveillance of obesity and its risk factors, healthy nutrition and universal and targeted approach for obesity prevention (*prevent progression to at-risk groups*)
3. Secondary prevention targeting people at risk of obesity with services available for screening, case finding, periodic health examinations, early counselling and interventions (*prevent progression to established obesity*).
4. Tertiary Prevention with services available for treatment of obesity (behavioral and psychological interventions, pharmacotherapy, metabolic and bariatric surgery), integrated management of complications/comorbidities of obesity, continuum of care, maintenance, rehabilitation and self-management (*prevent progression to severe obesity, complications and comorbidities*).

Source: WHO Health Service Delivery Framework for Prevention and Management of Obesity.

This evidence highlights an urgent need for a paradigm shift in the management of obesity and its associated chronic conditions. In particular, **care pathways should reflect the interconnectedness of all cardiometabolic diseases (i.e., obesity, type 2 diabetes and cardiovascular diseases)**. These three diseases share underlying biological mechanisms that inevitably lead to situations of multimorbidity. It is critical to **enhance awareness and understanding of cardiometabolic diseases to ensure more equitable access to care and optimise the use of healthcare resources**. Tools to make a difference in the management and treatment of obesity exist and implementing them comprehensively at the health system level is a responsibility to reduce the burden of cardiometabolic diseases, improve quality of life and strengthen the resilience of health systems.

Primary care providers should be at the frontline of preventing, diagnosing, treating, and managing obesity, as they are uniquely positioned to raise awareness and initiate clinical consultations on the disease. Yet, **most healthcare professionals at primary care level are not adequately equipped and empowered to assess, prevent and manage obesity.**^{xlviii}

As a result, obesity is underdiagnosed and undertreated. Patient–healthcare professional discussions most often occur only when a person with obesity already presents complications. Only a few people with obesity are referred to external sources of support (where they exist) and wide variations persist in referral rates and attendance following referral.

The WHO recognises that addressing obesity requires a shift in how healthcare services for obesity are funded, managed and delivered.^{xlix} **A health service response to obesity must form a continuum across the three levels of the health system – primary, secondary and tertiary level.**ⁱ Such integration will ensure that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease management, rehabilitation and palliative care services at the different levels and sites of care within the health system, and according to their needs throughout their life course.ⁱⁱ

Current care delivery models aiming to address obesity-associated chronic conditions must be **adapted to recognise obesity as a chronic disease.** These models must be designed to provide adequate care for those living with the disease and contribute to the prevention of new or progressing cases.ⁱⁱⁱ

There has long been a lack of guidance on how health systems can effectively implement holistic obesity prevention and management. Appropriate implementation of International Classification of Diseases (ICD - 11)ⁱⁱⁱⁱ diagnostic criteria for obesity will enable healthcare professionals to document accurately and timely diagnose patients. Accurate recording of these diagnoses within patient's health records is essential, as it will support comprehensive patient care by facilitating a deeper understanding of the person's health needs and contribute to providing appropriate treatment coverage where available.

The **WHO has recently developed a framework for obesity prevention and management**, offering a valuable resource for national policymakers with guidance on how to expand access to obesity management services, including by elevating the role of primary care.^{liv} The framework is generic and requires adaptation to country and region-specific contexts. While services proposed for the primary care level include regular measurement of weight, waist circumference and body fat, countries should ensure that health systems are equipped with tools for early detection that consider criteria related to ethnicity, race, gender or age and scalable solutions to capture effectively the quality and quantity aspects of body fat that are not captured through BMI or adiposity.^{lv}

The WHO also underscores the critical role of diagnosis and treatment of obesity (including pharmacological treatment and referral to surgical treatment as appropriate); **screening and monitoring of other NCD risk factors** (e.g. blood glucose, lipids and blood pressure screening); **advice on nutrition and physical activity**; and **weight management support.** In addition to primary care services, as the main entry point for the integration of obesity services, other healthcare specialties

should be empowered with appropriate training and information about the diagnosis of obesity, treatment and follow-up, leading to a full spectrum of services through clear referral and back referral pathways for **multidisciplinary care**.

As stated in the introduction chapter, obesity plays a central role in the development of a number of chronic diseases. Therefore, **multidisciplinary management of obesity plays a central role in reducing morbidity and mortality in the EU**. Building on the existing networks of accredited clinical centres, such as the EASO **Collaborating Centres for Obesity Management** (COMs)^{lvi} and its national chapters in countries like France, Spain and Italy, the sharing of best practices should be enabled to expand these centres across the Member States and ensure that multidisciplinary management of obesity is embedded in the clinical practice.

The “one-size-fits-all” management strategy of obesity should be changed with a more holistic, person-centred, long-term obesity care, which embraces the complexity of treatment. Healthcare professionals should avoid stigmatising language and practices while ensuring that people with obesity have the necessary information to participate in designing their own obesity-management plans. Community-based health professionals (e.g., dietitians, occupational, public health nurses, therapists, physiotherapists, psychologists and social workers) should also be resourced and supported to enable holistic management of obesity.

POLICY ACTIONS

RECOMMENDATIONS TO MEMBER STATES:



Develop and integrate care services for obesity into NCDs patient pathways across the three levels of health care, primary, secondary and tertiary, and enhance community opportunities, across the life-course, with special attention to high-risk and vulnerable groups and with care coordination within a framework of multidisciplinary teams.



Support existing and where needed established new **multidisciplinary centres** involving the necessary clinical expertise from primary care professionals, nutritionists, occupational- and physiotherapists, psychologists, endocrinologists, bariatric surgeons, cardiologists, orthopaedics and gastroenterologists in planning and providing obesity management services to personalise and optimise the treatment plans according to the person's needs.



Clinical Guidelines

Guidelines can enable healthcare professionals, people living with obesity and policymakers to collaboratively ensure **“the right care, for the right patient, at the right time.”** Clinical guidelines based on the latest scientific evidence are critical to preventing the onset of obesity and managing it appropriately.



The scientific community considers the Clinical Guidelines for the management of obesity developed by the Association of Obesity on the Island of Ireland (ASOI) an exemplary guide to high-quality, evidence-based obesity care. Supporting the scientific community to facilitate the knowledge exchange in clinical guidelines for obesity can assist in agreeing on a European-wide principles for obesity management for member states to tailor and implement them based on the national context.¹²

The recent adoption of guidelines on indications for metabolic and bariatric surgery^{lvii} shows commitment from the scientific community in advancing international clinical practice. However, there is a **shortage in the implementation of clinical guidelines and healthcare protocols for obesity treatment and management at the national level**. Only a few EU countries have developed and adopted clinical guidelines for obesity management and there is no systematic process for developing new or adapting existing clinical practice guidelines in the EU.^{lviii}

Various experts have noted inconsistencies in the terminology used in guidelines, statements, expert guidance and government policies addressing obesity. There is a need to develop a shared understanding of obesity guidelines, their design and their role in the broader obesity care ecosystem.^{lix}

Other challenges that impact the implementation of guidelines in clinical practice include health system policies and funding, healthcare professionals' education and skills development, and patient education and engagement.^{lx} To ensure better health outcomes for people with obesity, policymakers should integrate clinical guidelines for obesity into existing chronic disease care pathways and national obesity plans.

POLICY ACTIONS

RECOMMENDATIONS TO THE EUROPEAN COMMISSION:



Provide a mandate for the **Joint Research Centre (JRC)** to support professional obesity societies in advancing the research agenda to **standardise clinical guidelines and recommendations for obesity** treatment and management across member states.

RECOMMENDATIONS TO MEMBER STATES:



Leverage the role of professional societies active at the national level to **promote clinical practice guidelines on evidence-based treatments and best practice recommendations in obesity care**.

Access to multidisciplinary obesity management and treatments

Multidisciplinary management and treatment of obesity is needed to reduce risk and complications and improve health and wellbeing. Yet, many people experience **significant difficulties in obtaining and retaining treatment**.^{lxi}

There are **severe gaps in obesity care across Europe**, causing unavailability of care services and leaving many people with obesity to manage their obesity on their own. This is despite the widespread consensus that obesity is a chronic disease and European^{lxii} and WHO^{lxiii} recommendations that obesity strategies should include long-term management of the disease.

There is a clear need for **building accessible and equitable health services**, as well as specialist clinical practice guidelines, pathways, screening, integrated management care models for complications and comorbidities based on a modern understanding of the science of obesity. In short, a continuum of care that ensures obesity is managed alongside and as well as any other NCD is essential.

The current outdated, biased, and discriminatory health system approaches to obesity prevention, management and treatment have led to a widening health and social equity gap in the EU, undermining people's quality of life and well-being.

One example of this widening equity gap is the misalignment between national reimbursement policies and the clinical evidence underlying the benefits of evidence-based treatments for managing obesity, compared with reimbursement of obesity related chronic diseases treatments such as diabetes and cardiovascular disease.^{lxiv}

A survey launched by the European Association for the Study of Obesity (EASO) revealed that reimbursement of evidence-based obesity medications is almost non-existent in Europe.^{lxv}



*Limited national statutes and medical insurance coverage **restricts access to effective obesity care to the detriment of people's health.***

Several EU countries prohibit the use of all evidence-based treatment interventions for obesity through national laws.¹³

Survey respondents **identified several barriers to improving the availability of and access to obesity treatments**. The majority (86%) reported lack of funding as a major barrier to accessing obesity treatments. Other challenges include the lack of obesity management programmes in the healthcare system and the fact that obesity is not recognised or implemented as a chronic disease within healthcare systems.^{lxvi}

There are also **great disparities in access to bariatric surgery across Europe**.^{lxvii} Stringent eligibility criteria set by national health authorities and insurance providers place a high burden on patients. Patients must sometimes demonstrate failure in non-surgical weight management

programmes before becoming eligible for bariatric surgery, which further delays the process of treatment, resulting in worse patient-reported health outcomes.^{lxviii} There is no scientific evidence to support this bariatric surgery eligibility requirement, indicating a bias in health systems that creates further health inequalities for people living with obesity.

Access to bariatric surgery is further complicated by different insurance coverage and reimbursement policies. Such variations can create polarisation of access, increasing inequality between rich and poor, and promoting health tourism to countries where patients are expected to pay less for metabolic and bariatric surgery with often decreased overall quality of care and long-term follow up.^{lxix}

Like other chronic diseases, obesity requires ongoing clinical attention and long-term management. **Although the positive impact of multidisciplinary counselling on patient reported health outcomes has been demonstrated,^{lxx} people living with obesity experience challenges in receiving adequate and timely support.** Expanding access to obesity management programmes underpinned by interdisciplinary and individualised support is critical to improve health and quality of life outcomes and facilitate adherence to long-term management pathways. This support is essential for enhancing the quality of care and support people living with obesity need for maintaining sustained health improvements.

POLICY ACTIONS

RECOMMENDATIONS FOR MEMBER STATES:



Ensure the availability of evidence-based treatments, services and interventions for obesity management and long-term care, and funding



Design evidence-based treatment coverage criteria and **support the development of health outcome measurements for obesity treatment interventions that are meaningful for people living with the disease.**



Recognise obesity as a chronic disease within health systems and establish funding structures to improve equitable access to evidence-based obesity treatments and long-term management, counselling and peer support services.



Where **patient groups** exist, engage them actively to restructure and improve the patient pathway for people living with obesity.

CONCLUSIONS

There is a clear case for investing in evidence-based, comprehensive obesity prevention and management to improve health outcomes and reduce future healthcare costs.

The WHO recommends that obesity should be addressed holistically, with integrated approaches to early diagnosis, screening for related complications, treatment and long-term management alongside multisectoral health promotion and disease prevention measures. **Addressing obesity through multidisciplinary and holistic interventions can lead to significant health benefits.**



Weight loss of even just 5% reduces obesity-related complications, including type 2 diabetes and cardiovascular event, improving health and quality of life.¹⁴

Large studies show that bariatric surgery lowers a person's risk of death from any cause by 40%.¹⁵

Integrated and strengthened obesity prevention and management services for children and adults will also lead to cost savings and socio-economic gains. Enabling holistic, evidence-based and individualised obesity care, including behavioural and psychological interventions, pharmacological treatment and/or bariatric surgery, could save as much as 60% of health expenditure related to obesity for years to come.^{lxxi}

Rapidly rising obesity rates show that the current approach is failing and is leaving millions of EU citizens behind. There is an urgent need to address obesity in the EU and to overcome the policy inertia that has hampered progress to date.

Now is the time to address obesity in an evidence-based manner by using systems-based and inclusive approaches, ensuring a healthier and more equitable future for all EU citizens.

SOURCES

- ⁱ Organisation for Economic Cooperation and Development (2024): Health at A glance: Europe 2024. State of Health in the EU cycle. Available [here](#). (Accessed 19/11/2024).
- ⁱⁱ World Obesity Federation (2022). The economic impact of overweight and obesity in 2020 and 2060. Estimates for 161 countries, 2nd edition. Available [here](#). (Accessed 22/04/2024)
- ⁱⁱⁱ World Health Organisation (2023). Health Service Delivery Framework for prevention and management of obesity. (Accessed 18/04/2025). Available [here](#).
- ^{iv} *Ibidem*.
- ^v International Diabetes Federation & World Obesity Federation (2023). Policy Brief to address obesity and type 2 diabetes. (Accessed 12/11/2024). Available [here](#).
- ^{vi} European Society of Cardiology (2024). Clinical Consensus Statement on Obesity and CVD. *European Heart Journal*, vol.45, no.38, pp. 4063-4098.
- ^{vii} For cancer: WHO (2022). [European Region Obesity Report](#). (Accessed 14/08/2025)
- ^{viii} For kidney disease: International Federation of Kidney Foundations and WOF (2017). [Interconnectedness between the kidney and obesity](#).
- ^{ix} For Liver: [EASL-Lancet Liver Commission \(2022\). Protecting the next generation of Europeans against liver disease complications and premature mortality. Karlsen, Tom H et al. The Lancet, Volume 399, Issue 10319, 61 – 116.](#)
- ^x World Health Organisation (2023). Health Service Delivery Framework for prevention and management of Obesity. Available [here](#).
- ^{xi} *Supra note i*.
- ^{xii} World Health Organisation (2022). Obesity in the European Region. Available [here](#) (Accessed 12/09/2024).
- ^{xiii} World Obesity Federation (2019). Atlas of Childhood Obesity. Available [here](#). Accessed (12/09/2024).
- ^{xiv} *Supra note ii*.
- ^{xv} *Ibidem*.
- ^{xvi} Organisation for Economic Cooperation and Development (2019). The Heavy Burden of Obesity. Available [here](#). (Accessed 24/04/2024)
- ^{xvii} Jutta Viinikainen et al., (2022). “The Economic Costs of Obesity in Europe” in Garcia- Alexander G, Poston Jr, D.L (eds) International Handbook of the Demography of Obesity. International Handbook of Population, vol.12. *Springer*. Available [here](#). (Accessed 24/04/2024).
- ^{xviii} World Health Organisation (2023). Health Service Delivery Framework for prevention and management of obesity. Available [here](#). (Accessed 26/04/2024).
- ^{xix} Luca Busetto et al., (2019). The ABCD of Obesity: an EASO position statement on a diagnostic term with clinical and scientific implications. *Kager*, vol.12, no.2, pp.131-136. Available [here](#).

- ^{xvii} Dan Eisenberg *et al.*, (2022) American Society of Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, vol 33, pp.3-14. Available [here](#). (Accessed 24/04/2024).
- ^{xviii} George Bray *et al.*, (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. Vol.18, no.7. pp.715-723. Available [here](#). (Accessed 24/04/2027)
- ^{xix} Talha Burki (2021). The European Commission classifies obesity as a chronic disease, *The Lancet*, vol.9, no. 7. Available [here](#) (Accessed 24/04/2024).
- ^{xx} Jacqueline Bowman-Busato *et al.*, (2024). The EASO Obesity Taxonomy: Providing a Common Language for Obesity. Available [here](#). (Accessed 13/09/2024).
- ^{xxi} Philippe Vandebroek *et al.*, (2019). Tackling Obesities: Future Choices- Building Obesity System Map. Produced by the UK Government's Foresight Programme. Available [here](#). (Accessed 26/04/2024).
- ^{xxii} *Supra note vii.*
- ^{xxiii} Gregor Alexander Rindler *et al.*, (2023). Associations between overweight, obesity and mental health: a retrospective study among European adults aged 50+, *Front. Public Health*, vol. 11. pp. 1-12. Available [here](#). (Accessed 26/04/2024).
- ^{xxiii} Susannah Wetsbury *et al.*, (2023). Obesity stigma: causes, consequences and potential solutions. *Springer*, vol.12, pp.10-23. Available [here](#). (Accessed 29/04/2024).
- ^{xxv} *Ibidem.*
- ^{xxvi} Rebecca Cox (2024). Obesity: the forgotten stigma. *Springer Healthcare IME*. Available [here](#). (Accessed 29/04/2024)
- ^{xxvii} World Obesity Federation. Weight Stigma. Available [here](#). (Accessed 29/04/2024)
- ^{xxviii} Obesity Action Coalition. "Weight Bias: does it affect men and women differently?", Available [here](#). (Accessed 29/04/2025).
- ^{xxix} *Supra note xvii.*
- ^{xxx} World Obesity Federation. "Obesity monitoring and surveillance – what is being done?" Available [here](#). (Accessed 29/04/2024).
- ^{xxxi} *Supra note vii.*
- ^{xxxi} European Commission (2021) Europe's Beating Cancer Plan. Available [here](#). 2024 Joint Action on the prevention of non-communicable disease and cancer (JA PreventNCD). Available [here](#). (Accessed 30/04/2024).
- ^{xxxiii} Edris Nury *et al.*, (2022). Effects of nutritional intervention strategies in the primary prevention of overweight and obesity in school settings: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Medicine*, vol.1, no.1, pp. 1-17. Available [here](#). (Accessed 02/05/2024).
- ^{xxxiv} Dr Ximena Ramos Salas and Brad Hussey (2024). Rethinking Obesity Prevention Strategies: An expert Consultation. *Replica Communications*. Available [here](#). (Accessed 02/05/2024).

xxxv *Ibidem.*

xxxvi George Bray et al., (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, vol. 18, no 7, pp.715-723. Available [here](#). (Accessed 06/05/2024).

xxxvii Paige Cromptvoets et al., (2024). Perceived weight stigma in healthcare settings among adults living with obesity: a cross-sectional investigation of the relationship with patient characteristics and person-centred care. *The International Journal of Public Participation in Healthcare and Health Policy*, vol. 27, no.1, pp. 1-9. Available [here](#). (Accessed 07/05/2024).

xxxviii Emily A. Callahan et al., (2023). Translating Knowledge of Foundational Drivers of Obesity into Practice: proceedings of a workshop series. *National Academies Press*. Available [here](#). (Accessed 10/05/2024).

xxxvix American Medical Association (2023). AMA adopts new policy clarifying the role of BMI as a measure in medicine. Available [here](#). (Accessed 10/05/2024).

xl Sunil Daniel et al., (2013). A complications-based clinical staging of obesity to guide treatment modality and intensity. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, vol.20, no.5, pp. 1-24. Available [here](#). (Accessed 22/05/2024).

xli Volkan Yumuk et al., (2014). An EASO Position Statement on Multidisciplinary Obesity Management in Adults. *Kager*, vol.7, no.2, pp. 96-101.

xlii European Society of Cardiology (2024). Consensus Statement on Obesity and CVD. Available [here](#). (Accessed 12/09/2024).

xliii European Parliament Members Interest Group on Diabetes (2023). The case for a joint cardiovascular and diabetes health checks. Available [here](#). (Accessed 22/05/2024).

xliv World Obesity Federation (2021). Clinical care for obesity. An international survey with reports on 50 countries. Available [here](#). (Accessed 26/06/2024).

xli *Ibidem.*

xlvi *Ibidem.*

xlvii Shanna Tucker et al., (2021). The most undertreated chronic disease: addressing obesity in primary care settings. *Springer Nature*, vol. 10, no.3, pp.306-408. Available [here](#). (Accessed 22/05/2024).

xlvi *Ibidem.*

xlvi *Supra note vii.*

i *Supra note vii.*

li *Supra note vii.*

lii *Supra note vii.*

liii Johannes Hebebrand et a., (2017) A proposal of the European Association for the Study of Obesity to Improve the ICD-11 Diagnostic Criteria for Obesity based on the three dimensions: etiology, degree of adiposity and health risk. Vol 10, pp. 284 -307. Available [here](#).

^{liv} *Supra note vii.*

^{lv} Anja Sedlmeier et al., (2021), Relation of body fat mass and fat-free mass to total mortality: results from 7 prospective cohort studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 113, no.3, pp. 639-646.

^{lvi} European Association for the Study of Obesity. Collaborating Centres for Obesity Management are accredited in accordance with accepted European and academic guidelines. Available [here](#) (Accessed 13/09/2024).

^{lvii} Dan Eisenberg et al., (2022) American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery, vol. 18, no.12, pp.1345-1356.

^{lviii} European Association for the Study of Obesity (2023). Clinical Practice Guidelines for Obesity Management in Europe: Gaps and Needs. Available [here](#). (Accessed 24/05/2024)

^{lix} *Ibidem.*

^{lx} *Ibidem.*

^{lxi} *Supra note xxxii.*

^{lxii} Volkan Yumuk et al., (2015). European guidelines for obesity management in adults. *Kager Obesity Facts*, vol. 8, no.6, pp.402-424. Available [here](#). (Accessed 25/05/2024).

^{lxiii} *Supra note vii.*

^{lxiv} *Supra note xlii.*

^{lxv} European Association for the Study of Obesity (2020). Survey of access to obesity care for adults in Europe. Available [here](#) (Accessed 10/06/2024).

^{lxvi} *Ibidem.*

^{lxvii} Piriya Sinclair et al., (2021). First inventory of access and quality of metabolic surgery across Europe. *Springer*, vol.31, no.12, pp. 5196 – 5206. Available [here](#). (Accessed 10/06/2024).

^{lxviii} *Ibidem.*

^{lxvix} *Ibidem.*

^{lxx} Biju Yu et al., (2021). Using multi-disciplinary teams to treat patients with obesity helps improve clinical efficacy: the general practitioner's perspective. *The American Journal of Translational Research*, vol.13, no. 14, pp. 2571-2580. Available [here](#). Accessed (12/05/2024).

^{lxxi} Erixon et al. (2014). Investing in obesity treatment to deliver significant healthcare savings: Estimating the healthcare costs of obesity and benefits of treatment. *European Centre for International Political Economy*. Available [here](#). (Accessed 14/06/2024).

Sources for text boxes

- ¹ World Health Organisation (2023). Health Service Delivery Framework for prevention and management of obesity. Available [here](#). (Accessed 21/06/2024).
- ² Kamlesh Khunti et al., (2023). Weight change and risk of obesity-related complications: a retrospective population study of a UK primary care database. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, vol.25, no.9, pp. 2669-2679. Available [here](#). (Accessed 23/05/2024).
- ³ World Health Organisation (2022). European Region obesity Report. Available [here](#). (Accessed 23/05/2024).
- ⁴ Vinemac International Hospital. "What is the difference between overweight and obesity?". Available [here](#). (Accessed 01/07/2024).
- ⁵ Harold Edward Bays et al., (2024). Obesity, dyslipidemia and cardiovascular diseases: a joint expert review from the Obesity Medicine Association and National Lipid Association. *Journal of Clinical Lipidology*, vol.18, no.3, pp.320 – 350. Available [here](#). (Accessed 28/06/2024).
- ⁶ Melanie Davies et al., (2022) Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a consensus report by the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*, vol.45, no.11, pp.2753-2786. Available [here](#). (Accessed 17/05/2024).
- ⁷ Justin Brown and Jennifer Ligibel (2016). The relationship between obesity and cancer. American College of Cardiology. Available [here](#). (Accessed 01/07/2024).
- ⁸ Robert Ross et al., (2020) Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a consensus statement the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, vol.16, pp.177-189. Available [here](#).
- ⁹ Angelina Sutin et al., (2016). Weight discrimination and risk mortality. *Sage Journals*, vol.26, no.11, pp.1803-1811. Available [here](#). (Accessed 01/07/2024).
- ¹⁰ International Consortium for Health Outcomes Measurement (2024). Patient-Centered Outcome Measures for Adults living with obesity. Available [here](#). (Accessed 22/06/2024).
- ¹¹ WHO ICF Research Branch (2003). ICF Core Set for Obesity. Available [here](#). (Accessed 13/09/2024).
- ¹² Dr Ximena Ramos Salas and Brad Hussey (2024). Rethinking Obesity Prevention Strategies: An expert Consultation. *Replica Communications*. Available [here](#). (Accessed 02/05/2024).
- ¹³ The Association for the Study of Obesity on the Island of Ireland (2022). Clinical Assessment of People Living with Obesity. Available [here](#).
- ¹⁴ In Spain, the [Royal Legislative Decree 1/2015, of July 24, 2015](#), approving the revised text of the Law on guarantees and rational use of medicines and health products does not reimburse all evidence treatments. The German health system does not recognize obesity as a chronic disease and treatment services are prohibited in the Social Code Book 5, Section 34.
- ¹⁵ Timothy Garvey et al., (2022) Comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. American Association of the Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology. *Endocrine Practice*, vol.22, no.3, pp.1-203. Available [here](#). (Accessed 28/06/2024).
- ¹⁶ American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (2020). Benefits of metabolic and bariatric surgery. Available [here](#). (Accessed 14/06/2024).



European Federation of Pharmaceutical
Industries and Associations

EFPIA Brussels Office

Neo Building,
Rue Montoyer 51,
1000 Bruxelles, Belgium
Tel: + 32 (0)2 626 25 66

www.efpia.eu * info@efpia.eu

L'obesità nel sistema nazionale linee guida dell'Istituto Superiore di sanità

L'inserimento dell'obesità all'interno del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità rappresenta uno dei più importanti passaggi strategici compiuti negli ultimi anni nella costruzione di una moderna governance clinica, scientifica e organizzativa della salute metabolica in Italia.

Per lungo tempo, infatti, la gestione dell'obesità nel nostro Paese è stata caratterizzata da una forte frammentazione assistenziale e da una significativa eterogeneità:

- nei percorsi diagnostici;
- nelle modalità terapeutiche;
- nei criteri prescrittivi;
- nell'accesso ai trattamenti;
- nell'integrazione tra professionisti;
- nell'organizzazione delle reti territoriali.

Questa situazione ha contribuito a generare profonde disuguaglianze regionali e assistenziali, limitando la possibilità di costruire un approccio realmente multidisciplinare e continuativo alla malattia.

L'avvio e il consolidamento delle Linee Guida sull'obesità all'interno del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS segnano quindi il passaggio da una gestione frammentata dell'obesità a una vera politica nazionale della qualità clinica e dell'appropriatezza terapeutica.

Le Linee Guida rappresentano oggi uno degli strumenti fondamentali per:

- uniformare la pratica clinica;
- promuovere evidenze scientifiche condivise;
- ridurre variabilità inappropriate;
- garantire appropriatezza diagnostica e terapeutica;
- migliorare equità di accesso alle cure;
- rafforzare sostenibilità del SSN;
- favorire integrazione multidisciplinare.

Nel caso dell'obesità, questo processo assume una rilevanza ancora maggiore perché la malattia coinvolge contemporaneamente:

- dimensione endocrino-metabolica;
- nutrizione clinica;
- salute cardiovascolare;
- salute mentale;
- attività fisica;
- chirurgia bariatrica;

- medicina territoriale;
- prevenzione;
- aspetti sociali e ambientali.

Il sistema nazionale linee guida come strumento di governance

Il Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità rappresenta oggi uno dei principali strumenti di governance clinica del Servizio Sanitario Nazionale.

Le Linee Guida non costituiscono semplicemente documenti tecnici, ma veri strumenti di programmazione sanitaria e organizzazione dei percorsi assistenziali.

Esse consentono infatti di:

- definire standard nazionali di qualità;
- orientare le decisioni cliniche;
- supportare la formazione dei professionisti;
- favorire appropriatezza prescrittiva;
- migliorare la sicurezza delle cure;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie.

Nel caso dell'obesità, l'inserimento nel SNLG assume anche un forte valore culturale e istituzionale.

Per molti anni, infatti, l'obesità è rimasta ai margini delle principali strategie cliniche nazionali, spesso affrontata attraverso approcci episodici o esclusivamente orientati agli stili di vita.

Le nuove Linee Guida ISS contribuiscono invece a consolidare definitivamente il riconoscimento dell'obesità come:

- malattia cronica;
- sistemica;
- recidivante;
- multifattoriale.

Le linee guida “la diagnosi e la terapia dell'obesità nella popolazione adulta”

Uno dei principali sviluppi recenti riguarda le nuove Linee Guida dedicate a “La diagnosi e la terapia dell'obesità nella popolazione adulta”, sviluppate nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida ISS.

<https://www.iss.it/-/diagnosi-terapia-obesita-adulti>

Queste Linee Guida rappresentano una delle più importanti evoluzioni della medicina dell'obesità italiana e introducono un approccio profondamente innovativo sia sul piano diagnostico che terapeutico.

Per molti anni la valutazione dell'obesità è stata centrata quasi esclusivamente sul Body Mass Index (BMI), con una limitata attenzione:

- alla distribuzione del grasso corporeo;
- al rischio metabolico;
- alle complicanze associate;
- alla qualità della vita;
- alla salute psicologica;
- alla personalizzazione terapeutica.

Le nuove Linee Guida superano questa impostazione e introducono una visione molto più ampia e moderna della malattia.

L'obesità viene definita come:

- malattia cronica;
- sistemica;
- progressiva;
- recidivante.

L'attenzione clinica si sposta quindi:

- dalla sola riduzione ponderale;
- alla salute metabolica complessiva;
- alla valutazione delle complicanze;
- alla stratificazione del rischio;
- alla qualità della vita della persona.

Particolarmente innovativo è il superamento della cosiddetta "medicina del peso", sostituita da un approccio centrato sugli outcome metabolici, cardiovascolari e funzionali.

Le Linee Guida sottolineano infatti che il successo terapeutico non debba essere misurato esclusivamente in termini di perdita di peso, ma anche attraverso:

- miglioramento glicemico;
- riduzione del rischio cardiovascolare;
- controllo pressorio;
- miglioramento della steatosi epatica;
- benessere psicologico;
- funzionalità motoria;
- qualità della vita.

La multidisciplinarietà come modello organizzativo

Uno degli elementi centrali delle Linee Guida ISS riguarda il rafforzamento della multidisciplinarietà.

La gestione dell'obesità viene infatti considerata inseparabile da una presa in carico integrata capace di coinvolgere:

- medicina generale;
- endocrinologia;
- diabetologia;
- nutrizione clinica;
- psicologia;
- psichiatria;
- attività motoria adattata;
- medicina dello sport;
- chirurgia bariatrica;
- professioni sanitarie territoriali.

Questo approccio rappresenta una profonda innovazione organizzativa per il Servizio Sanitario Nazionale.

La persona con obesità necessita infatti di:

- continuità assistenziale;
- follow-up a lungo termine;
- supporto motivazionale;
- integrazione terapeutica;
- monitoraggio clinico continuativo.

Le Linee Guida favoriscono quindi la costruzione di:

- PDTA dedicati;
- reti cliniche regionali;
- integrazione ospedale-territorio;
- medicina di prossimità;
- modelli di prevenzione endocrino-metabolica.

Le linee guida sul trattamento del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale

Particolarmente rilevante è la Linea Guida ISS dedicata alla "Terapia del sovrappeso e dell'obesità resistenti al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbidità metaboliche".

<https://www.iss.it/-/snlg-terapia-sovrappeso-obesita-resistenti-al-trattamento-comportamentale>

Questa Linea Guida rappresenta un punto di svolta nella gestione dell'obesità complicata e resistente agli interventi basati esclusivamente sugli stili di vita.

Lo scopo del documento è fornire raccomandazioni operative per pazienti adulti con:

- BMI superiore a 27;
- obesità associata a comorbidità metaboliche;
- resistenza agli interventi comportamentali tradizionali.

Uno degli aspetti più innovativi riguarda il riconoscimento della necessità di integrare:

- terapia nutrizionale;
- attività fisica;
- supporto psicologico;
- trattamento farmacologico;
- chirurgia bariatrica.

Le Linee Guida superano così una visione semplificata della terapia dell'obesità e introducono un modello multimodale e personalizzato.

Particolarmente importante è il riconoscimento del ruolo delle nuove terapie farmacologiche nelle persone con:

- elevato rischio cardiovascolare;
- complicanze metaboliche;
- obesità resistente ai soli cambiamenti dello stile di vita.

Le raccomandazioni sono sviluppate secondo il metodo GRADE, con particolare attenzione:

- alle evidenze scientifiche;
- all'appropriatezza;
- alla sostenibilità;
- all'utilizzo delle risorse del SSN;
- alle preferenze della persona.

Il ruolo delle nuove terapie farmacologiche

Uno dei cambiamenti più importanti introdotti dal Sistema Nazionale Linee Guida riguarda il ruolo delle nuove terapie farmacologiche per l'obesità.

Negli ultimi anni l'evoluzione scientifica ha profondamente modificato il panorama terapeutico della malattia.

Le nuove molecole metaboliche, in particolare gli agonisti GLP-1 e i dual agonist GLP-1/GIP, stanno aprendo scenari innovativi nella:

- riduzione del rischio cardiovascolare;
- prevenzione del diabete;
- gestione delle complicanze metaboliche;
- riduzione ponderale significativa;
- personalizzazione terapeutica.

Le Linee Guida ISS sottolineano tuttavia che la terapia farmacologica debba essere:

- appropriata;
- personalizzata;
- integrata con dieta e attività fisica;
- inserita in percorsi multidisciplinari;
- monitorata nel tempo.

Particolarmente importante è il superamento della visione secondo cui il farmaco rappresenterebbe una soluzione "alternativa" agli stili di vita.

Le nuove Linee Guida introducono invece il concetto di integrazione terapeutica multimodale.

La terapia chirurgica dell'obesità

Un ulteriore ambito strategico riguarda la chirurgia bariatrica e metabolica.

Le Linee Guida dedicate alla terapia chirurgica dell'obesità e delle complicanze associate rappresentano oggi uno strumento fondamentale per uniformare:

- criteri di eleggibilità;
 - percorsi clinici;
 - valutazione multidisciplinare;
 - follow-up post-operatorio;
 - gestione delle complicanze.
- <https://sio-obesita.org/linee-guida-e-strumenti-di-lavoro>

La chirurgia bariatrica viene riconosciuta come una delle più efficaci strategie terapeutiche per:

- obesità severa;
- obesità complicata;
- diabesità;
- sindrome metabolica avanzata.

Tuttavia, le Linee Guida sottolineano come l'intervento chirurgico debba essere inserito all'interno di percorsi multidisciplinari strutturati.

La chirurgia non rappresenta una soluzione isolata ma parte integrante di una presa in carico globale della persona.

Le Linee Guida pongono particolare attenzione:

- alla selezione appropriata dei pazienti;
- alla valutazione psicologica;
- alla preparazione nutrizionale;
- alla continuità assistenziale;
- al follow-up a lungo termine;
- alla prevenzione delle complicanze.

Il superamento dello stigma nella medicina dell'obesità

Uno degli aspetti culturali più innovativi introdotti dal Sistema Nazionale Linee Guida riguarda il superamento dello stigma.

Le nuove Linee Guida contribuiscono infatti a consolidare una visione scientifica dell'obesità come malattia cronica complessa, superando definitivamente la narrativa della colpa individuale.

Questo approccio promuove:

- centralità della persona;
- dignità della cura;
- linguaggio non stigmatizzante;
- personalizzazione terapeutica;
- inclusione sanitaria.

La lotta allo stigma diventa così parte integrante della qualità dell'assistenza.

Dati, ricerca e valutazione degli outcome

Le Linee Guida ISS rafforzano inoltre il ruolo strategico dei dati e della valutazione degli outcome.

La moderna governance dell'obesità richiede infatti:

- raccolta epidemiologica strutturata;
- monitoraggio clinico;
- indicatori di appropriatezza;
- valutazione delle performance;
- misurazione degli outcome metabolici e cardiovascolari.

In questo contesto, la collaborazione tra:

- ISS;
- IBDO Foundation;
- ISTAT;
- università;
- società scientifiche;
- Regioni,

potrà contribuire alla costruzione di una moderna infrastruttura nazionale dei dati sulla salute metabolica.

Una nuova fase della medicina dell'obesità in Italia

L'inserimento dell'obesità nel Sistema Nazionale Linee Guida rappresenta quindi molto più di un aggiornamento tecnico-scientifico.

Esso segna l'avvio di una nuova fase della medicina dell'obesità in Italia fondata su:

- evidenze scientifiche;
- multidisciplinarietà;
- appropriatezza clinica;
- personalizzazione terapeutica;
- integrazione territoriale;
- equità di accesso alle cure;
- sostenibilità del SSN.

La sfida futura sarà trasformare queste Linee Guida in:

- reti cliniche integrate;
- formazione dei professionisti;
- PDTA regionali;
- prevenzione strutturata;
- medicina di prossimità.

Perché la qualità della governance dell'obesità dipenderà sempre più dalla capacità del sistema sanitario di integrare:

- scienza;
- innovazione;
- prevenzione;
- medicina territoriale;
- sostenibilità;
- centralità della persona.

Appendix



Italy



Country report card

This report card contains the latest data available on the Global Obesity Observatory on overweight and obesity . Where available, data on common and relevant obesity drivers and comorbidities are also presented.

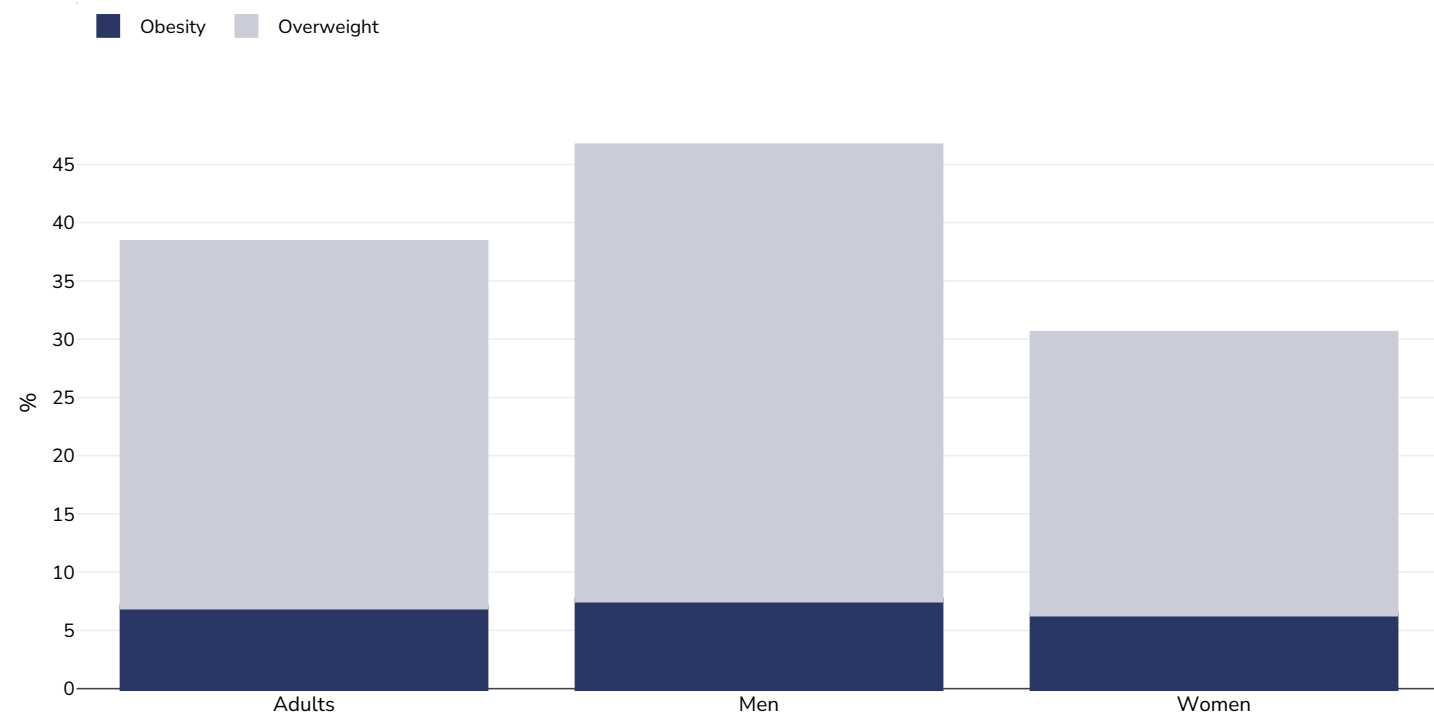
View the latest version of this report on the Global Obesity Observatory at <https://data.worldobesity.org/country/italy-102/>

Contents	Page
Obesity prevalence	4
Trend: % Adults living with obesity by ethnicity	6
Trend: % Adults living with obesity by region	7
Trend: % Adults living with obesity by socioeconomic group	8
Trend: % Adults living with obesity, 2000-2022 (Eurostat)	9
Trend: % Adults living with overweight or obesity 2016-2024	11
Trend: % Adults living with overweight or obesity in Italy, 2000-2022 (Eurostat)	14
Trend: % Children living with overweight or obesity in Italy 2008-2023 (IOTF)	16
Trend: % Children living with overweight or obesity, 2007-2022 (WHO 2007)	19
Trend: Adults living with obesity by education	21
Overweight/obesity by age and education	22
Overweight/obesity by education	25
Overweight/obesity by age	29
Overweight/obesity by region	31
Overweight/obesity by age and region	33
Overweight/obesity by age and socio-economic group	36
Overweight/obesity by socio-economic group	39
Overweight/obesity by ethnicity	41
Overweight/obesity by age and limited activity	44
Double burden of underweight & overweight	47
Insufficient physical activity	49
Sugar consumption	54
Estimated per capita sugar sweetened beverages intake	55
Prevalence of at least daily soft drink consumption	56
Prevalence of confectionery consumption	59
Prevalence of sweet/savoury snack consumption	60
Prevalence of less than daily fruit consumption	61
Prevalence of less than daily vegetable consumption	64
Mental health - depression disorders	67
Mental health - anxiety disorders	73
Percent of population who cannot afford a healthy diet	79
Oesophageal cancer	80
Breast cancer	82
Colorectal cancer	83
Pancreatic cancer	85
Gallbladder cancer	87
Kidney cancer	89
Cancer of the uterus	91
Raised blood pressure	92
Raised cholesterol	95
Raised fasting blood glucose	98
Diabetes prevalence	100
Ovarian Cancer	101

Contents	Page
Leukemia	%%
Liver and intrahepatic bile duct Cancer	%%
Multiple Myeloma	%%
Non Hodgkin Lymphoma	%%
Thyroid Cancer	%%

Obesity prevalence

Adults, 2025



Survey type: Self-reported

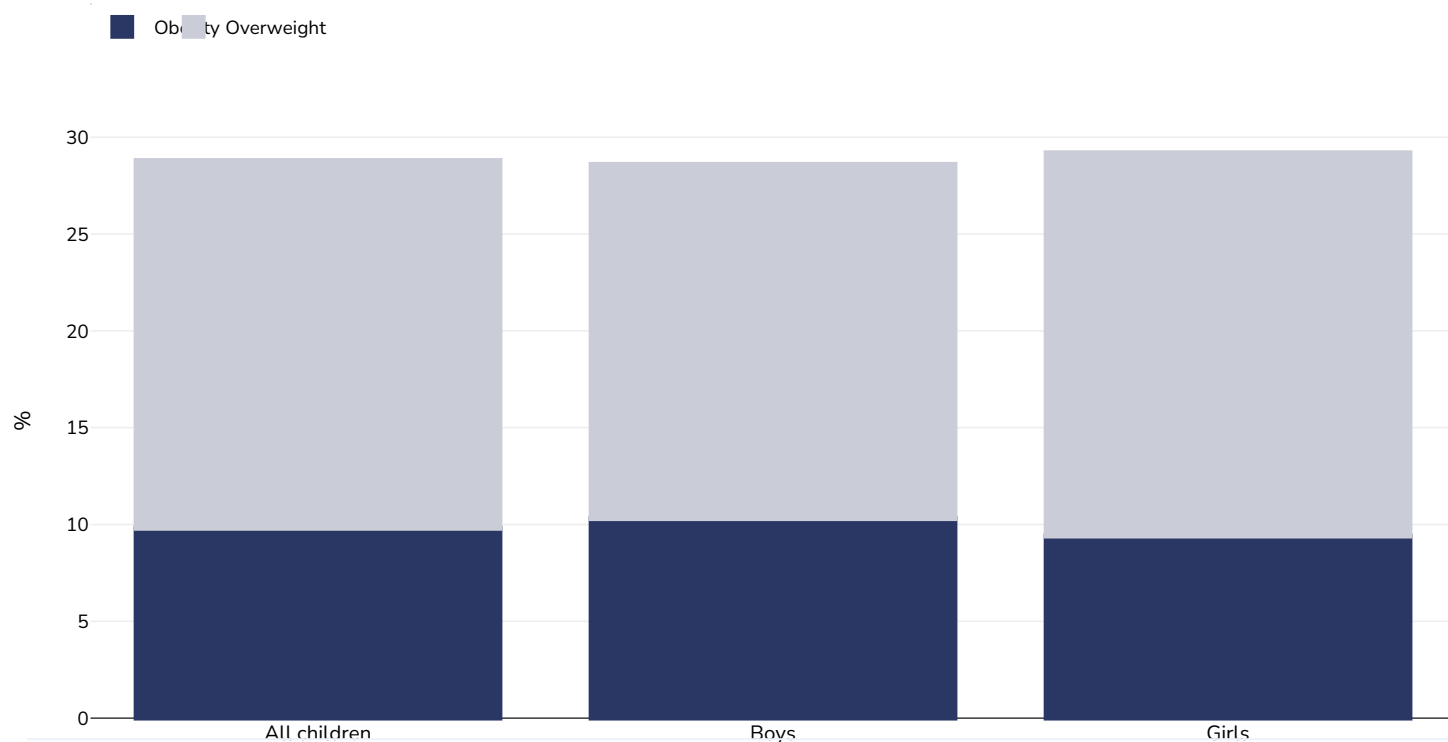
Age: 18+

Area covered: National

References: Eurostat 2025. Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age. https://doi.org/10.2908/ILC_HCH10 [Accessed 20.04.26]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

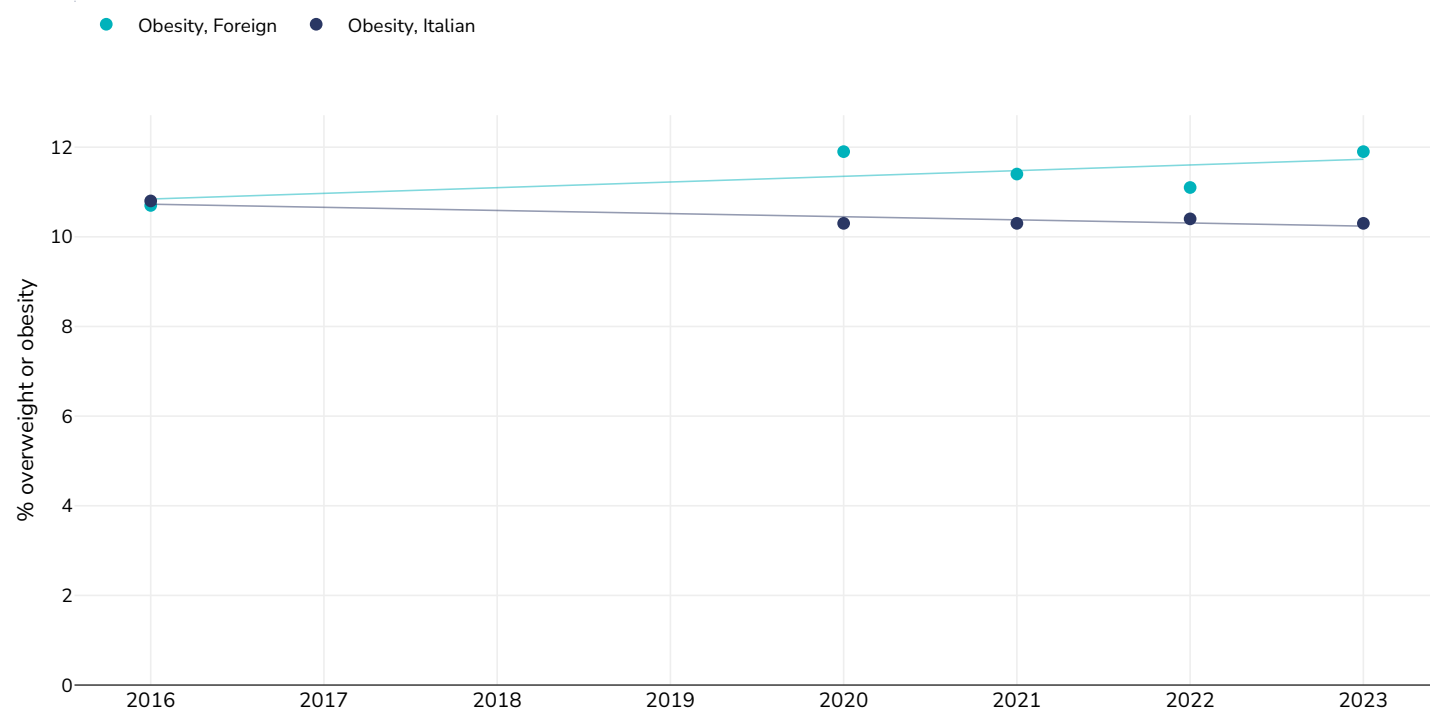
Children, 2023



Survey type:	Measured
Age:	8-9
Sample size:	46,559
Area covered:	National
References:	OKkio alla SALUTE 2023. https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2023-dati [Accessed 16.07.25]
Cutoffs:	IOTF

% Adults living with obesity by ethnicity

Men and women



Survey type:

Self-reported

References:

2016: PASSI 2016-19. Available at: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1>. Last accessed: 13.05.21.

2020: PASSI 2020-2021. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 22.03.23)

2021: PASSI 2021-2022 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)

2022: PASSI 2022-2023 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)

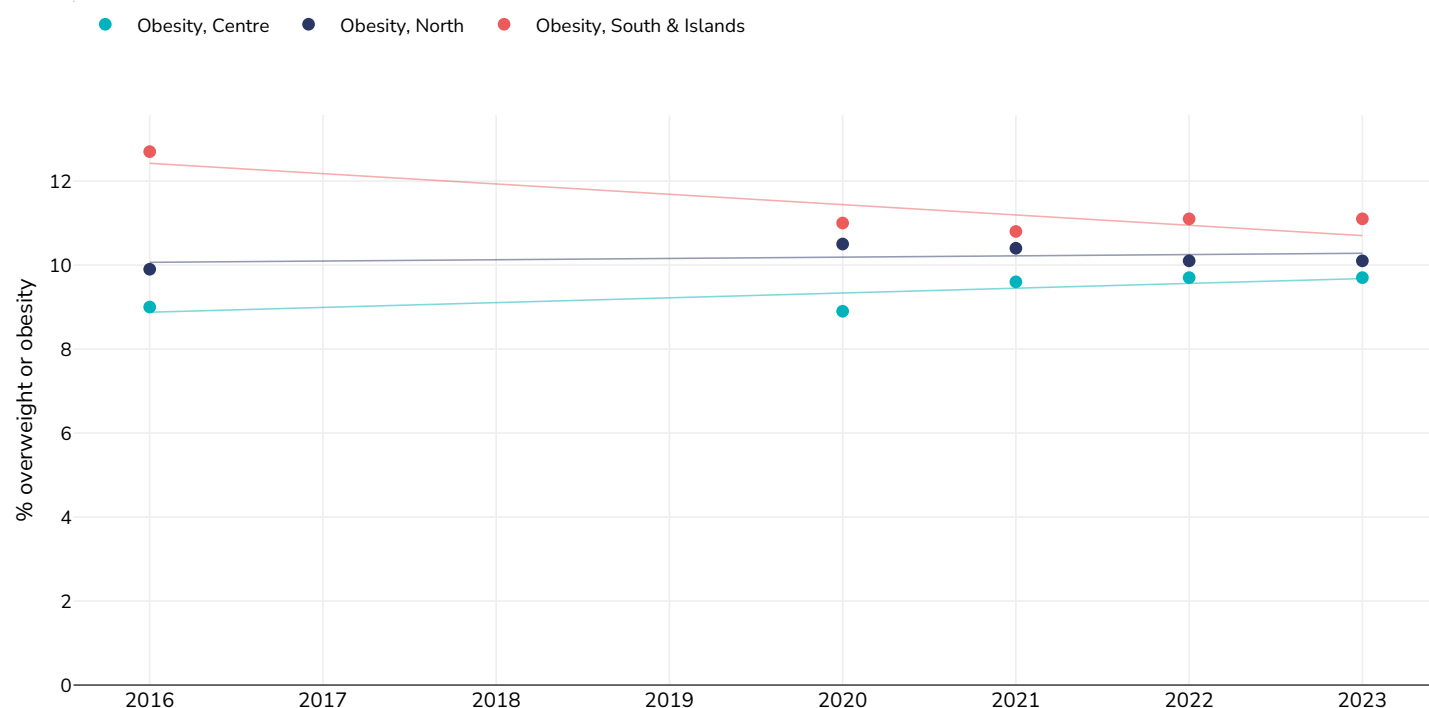
2023: PASSI 2023-2024. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> [Accessed 16.07.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

% Adults living with obesity by region

Men and women



Survey type:

Self-reported

References:

2016: PASSI 2016-19. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 25.09.20)

2020: PASSI 2020-2021. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 22.03.23)

2021: PASSI 2021-2022 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)

2022: PASSI 2022-2023 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)

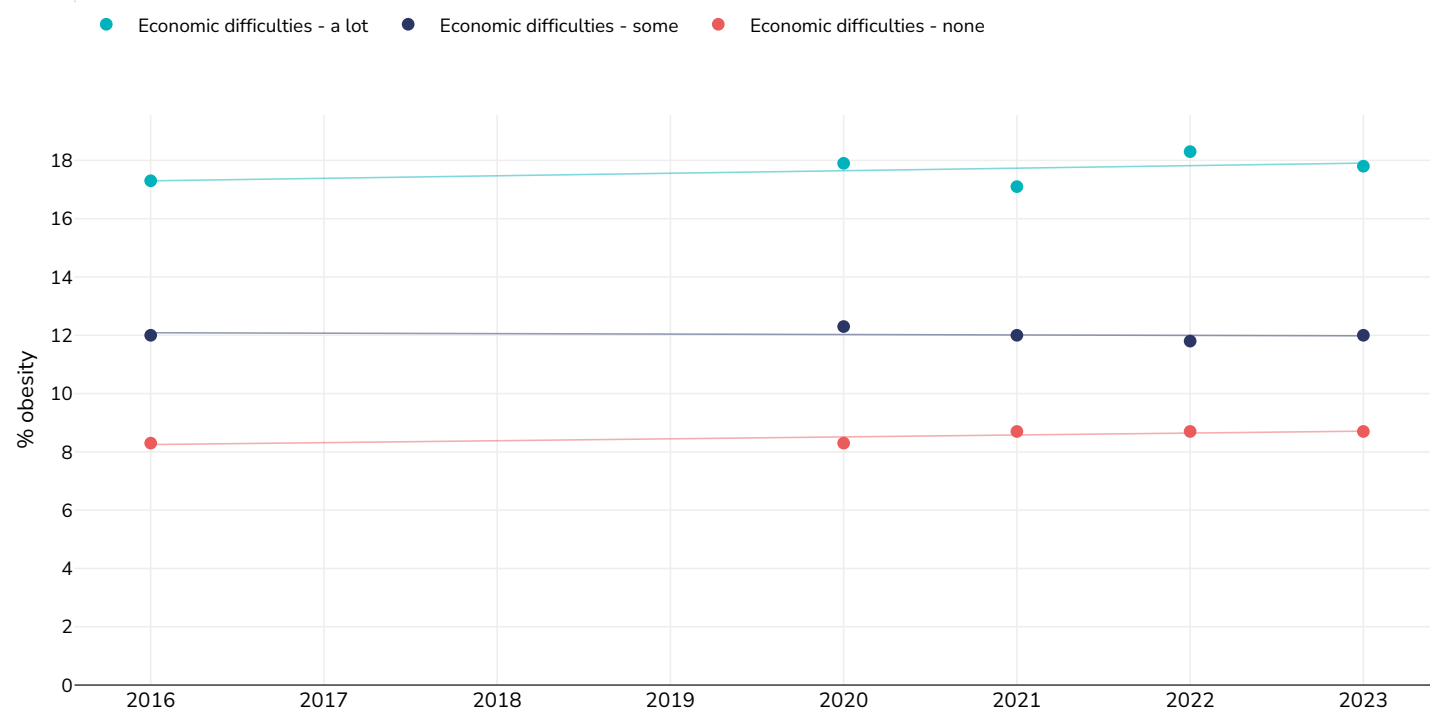
2023: PASSI 2023-2024. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> [Accessed 16.07.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

% Adults living with obesity by socioeconomic group

Men and women



Survey type:

Self-reported

References:

2016: PASSI 2016-19. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 25.09.20)

2020: PASSI 2020-2021. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 22.03.23)

2021: PASSI 2021-2022 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)

2022: PASSI 2022-2023 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)

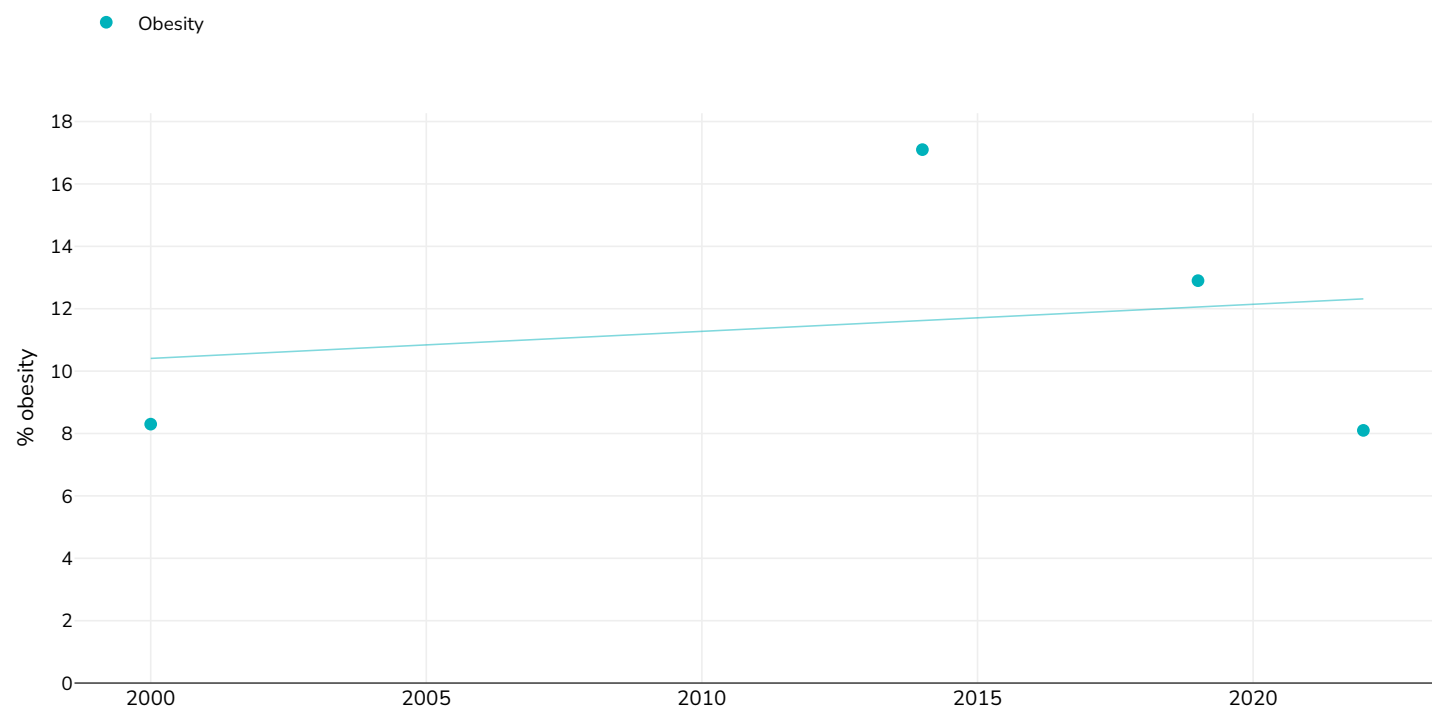
2023: PASSI 2023-2024. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> [Accessed 15.07.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

% Adults living with obesity, 2000-2022 (Eurostat)

Men



Survey type:

Self-reported

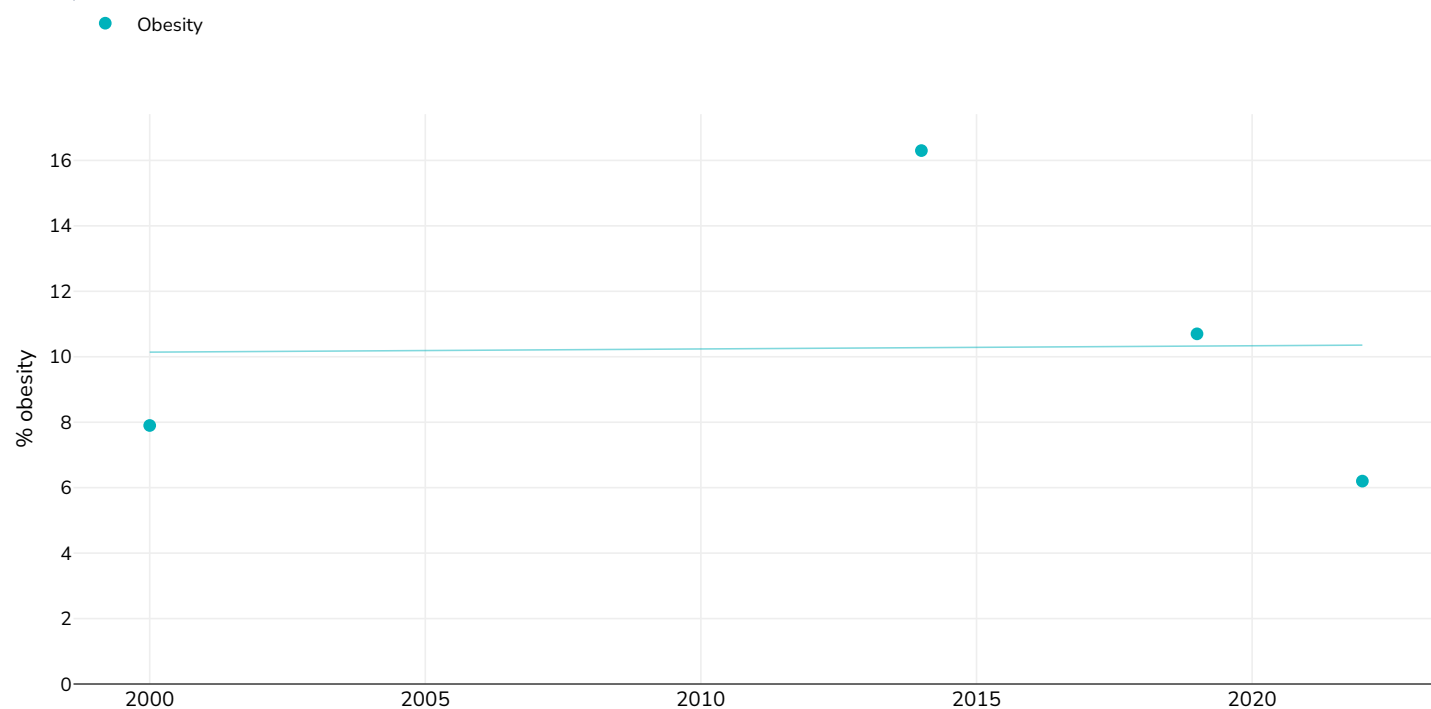
References:

- 2000: Eurostat Yearbook 2006/07. A goldmine of statistical information. Available at <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5059290/1-20022007-BP-EN.PDF.pdf/edab8c31-b9f3-4c8e-b4db-4137bd045efa?t=1414683510000> (last accessed 04.11.21)
- 2014: Eurostat database http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 25.08.20)
- 2019: Eurostat 2019. Data available at https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 09.08.21)
- 2022: Eurostat 2022 Data. Available at https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch10/default/table?lang=en (last accessed 23.09.25)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Women



Survey type:

Self-reported

References:

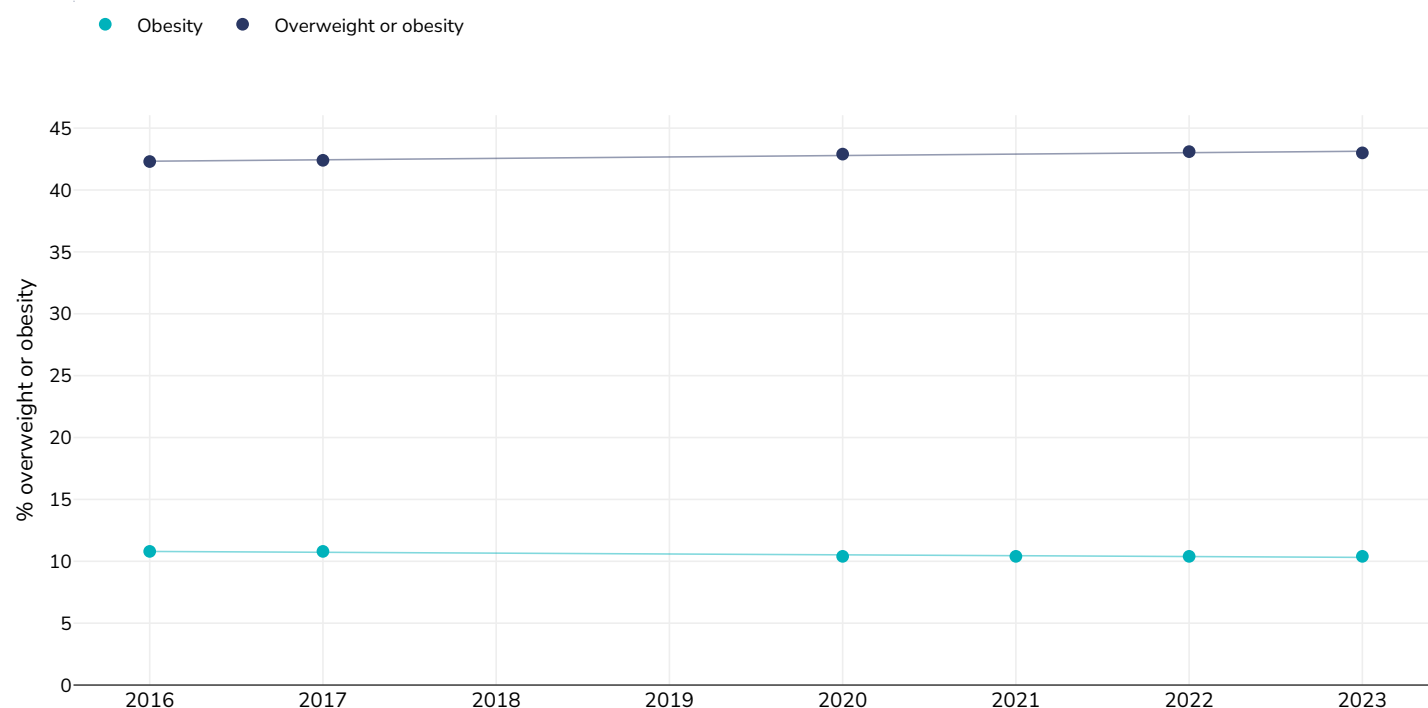
- 2000: Eurostat Yearbook 2006/07. A goldmine of statistical information. Available at <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5059290/1-20022007-BP-EN.PDF.pdf/edab8c31-b9f3-4c8e-b4db-4137bd045efa?t=1414683510000> (last accessed 04.11.21)
- 2014: Eurostat database http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 25.08.20)
- 2019: Eurostat 2019. Data available at https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 09.08.21)
- 2022: Eurostat 2022 Data. Available at https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch10/default/table?lang=en (last accessed 23.09.25)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

% Adults living with overweight or obesity 2016-2024

Men and women



Survey type:

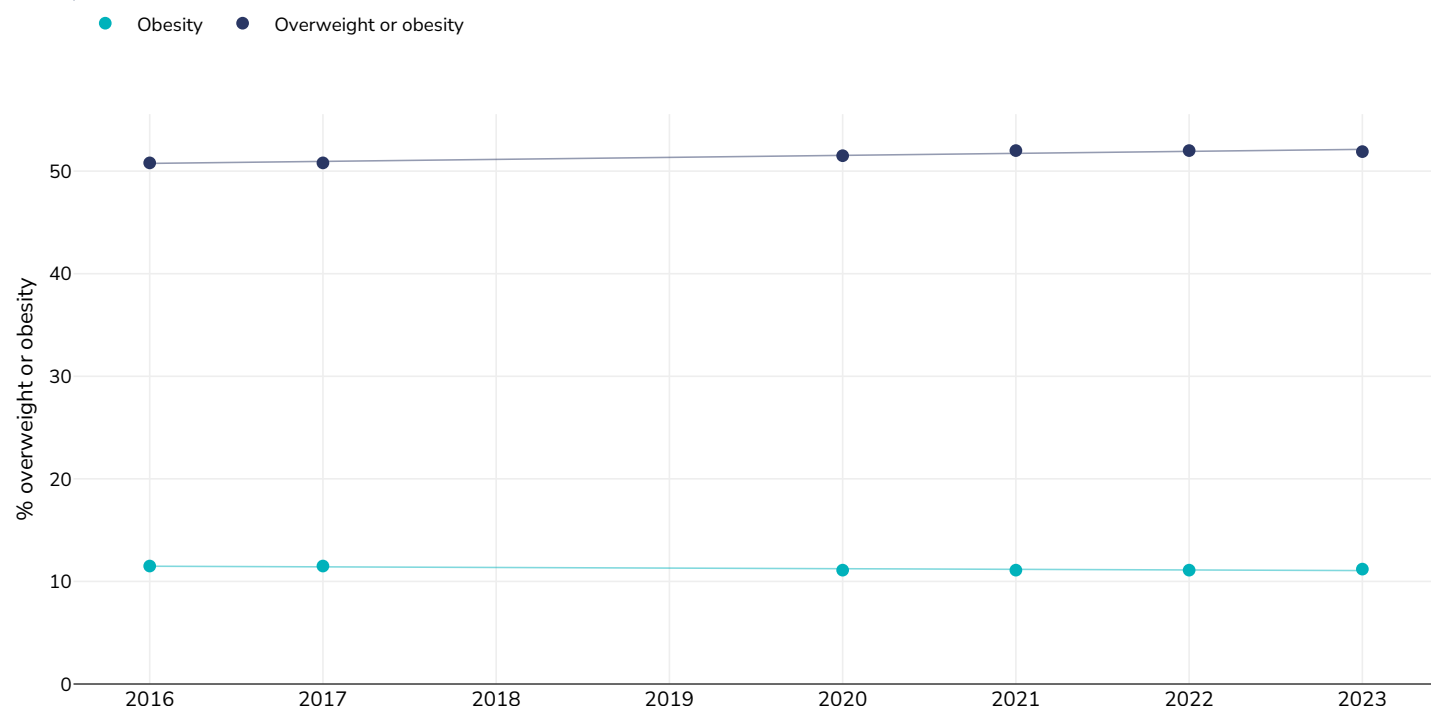
Self-reported

References: 2016: PASSI 2016-19. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 25.09.20)
 2017: PASSI 2017-20. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (last accessed 17.11.21)
 2020: PASSI 2020-2021. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 22.03.23)
 2021: PASSI 2021-2022 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)
 2022: PASSI 2022-2023 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)
 2023: PASSI 2023-2024. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> [Accessed 15.07.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Men



Survey type:

Self-reported

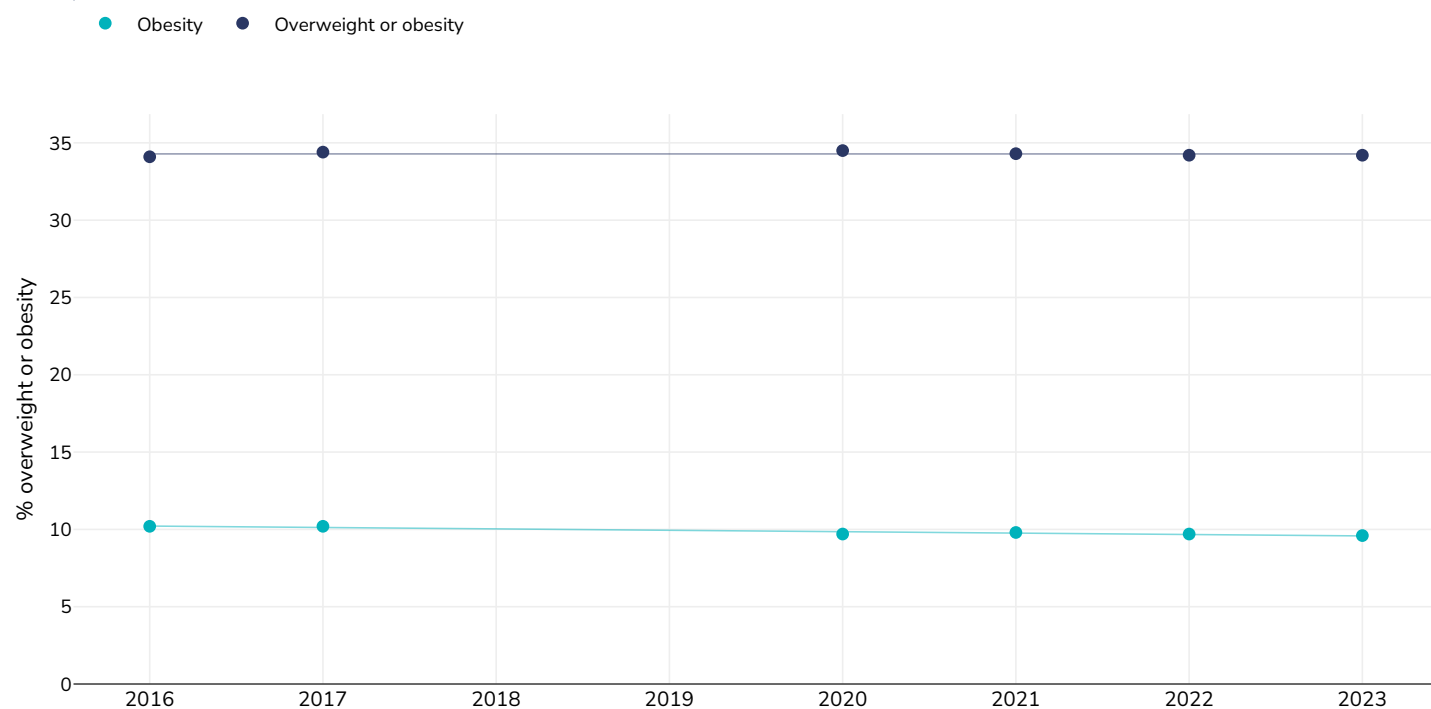
References:

- 2016: PASSI 2016-19. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 25.09.20)
- 2017: PASSI 2017-20. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (last accessed 17.11.21)
- 2020: PASSI 2020-2021. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 22.03.23)
- 2021: PASSI 2021-2022 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)
- 2022: PASSI 2022-2023 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)
- 2023: PASSI 2023-2024. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> [Accessed 15.07.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Women



Survey type:

Self-reported

References:

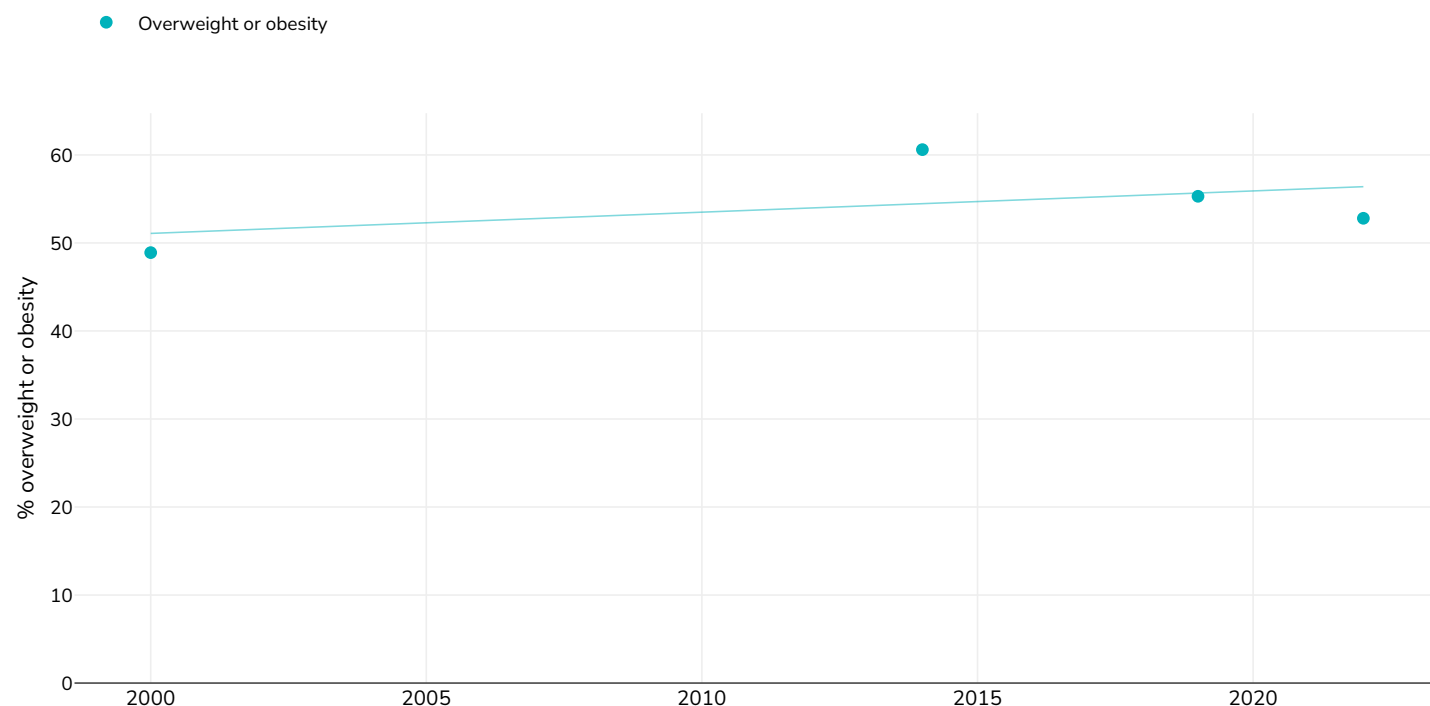
- 2016: PASSI 2016-19. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 25.09.20)
- 2017: PASSI 2017-20. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (last accessed 17.11.21)
- 2020: PASSI 2020-2021. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 22.03.23)
- 2021: PASSI 2021-2022 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)
- 2022: PASSI 2022-2023 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)
- 2023: PASSI 2023-2024. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> [Accessed 15.07.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

% Adults living with overweight or obesity in Italy, 2000-2022 (Eurostat)

Men



Survey type:

Self-reported

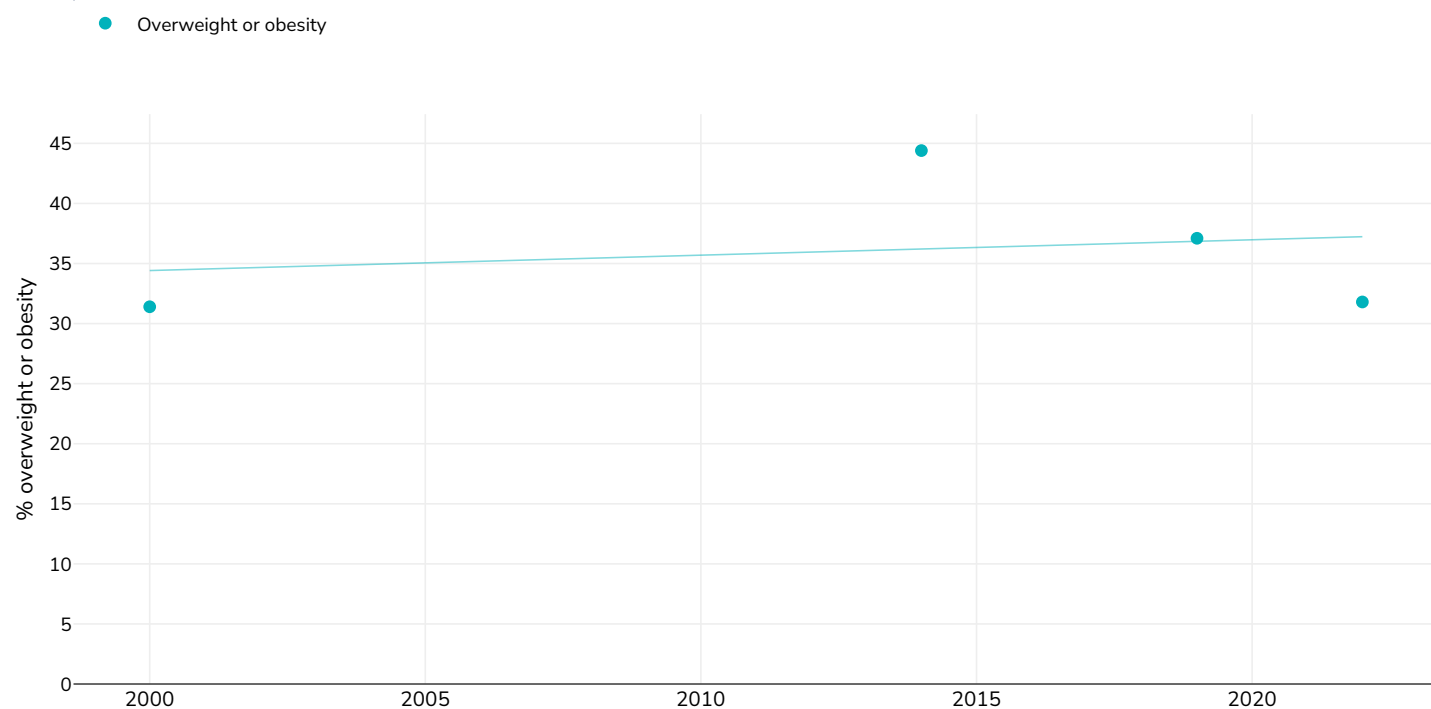
References:

- 2000: Eurostat Yearbook 2006/07. A goldmine of statistical information. Available at <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5059290/1-20022007-BP-EN.PDF.pdf/edab8c31-b9f3-4c8e-b4db-4137bd045efa?t=1414683510000> (last accessed 04.11.21)
- 2014: Eurostat database http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 25.08.20)
- 2019: Eurostat 2019. Data available at https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 09.08.21)
- 2022: Eurostat 2022 Data. Available at https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch10/default/table?lang=en (last accessed 23.09.25)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Women



Survey type:

Self-reported

References:

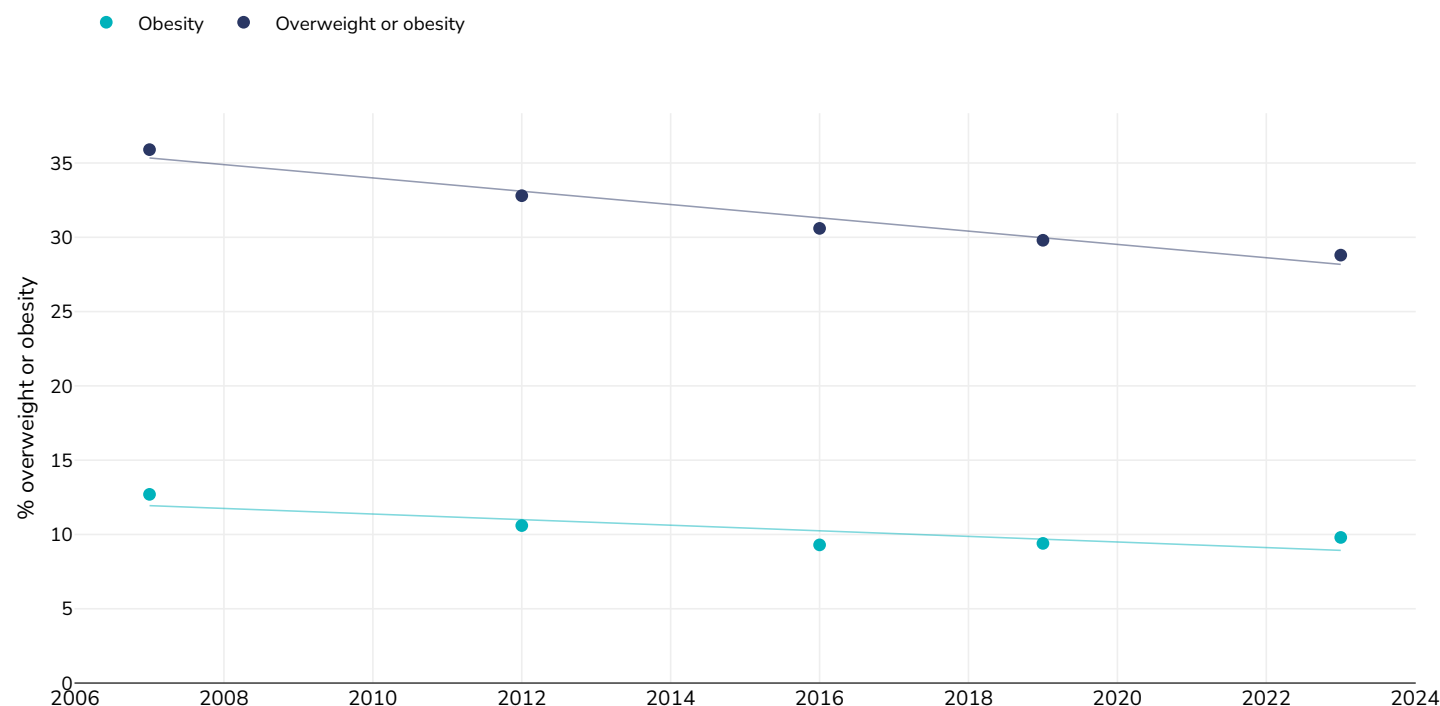
- 2000: Eurostat Yearbook 2006/07. A goldmine of statistical information. Available at <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5059290/1-20022007-BP-EN.PDF.pdf/edab8c31-b9f3-4c8e-b4db-4137bd045efa?t=1414683510000> (last accessed 04.11.21)
- 2014: Eurostat database http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 25.08.20)
- 2019: Eurostat 2019. Data available at https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 09.08.21)
- 2022: Eurostat 2022 Data. Available at https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_hch10/default/table?lang=en (last accessed 23.09.25)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

% Children living with overweight or obesity in Italy 2008-2023 (IOTF)

Boys and girls



Survey type:

Measured

References:

- 2007: Wijnhoven, T. M. A., van Raaij, J. M. A., Spinelli, A., Rito, A. I., Hovengen, R., Kunesova, M., Starc, G., Rutter, H., Sjöberg, A., Petrauskienė, A., O'Dwyer, U., Petrova, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Wauters, M., Yngve, A., Rubana, I.-M. and Breda, J. (2012), WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children. *Pediatric Obesity*. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00090.x
- 2012: COSI 2012. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/IndagineNazionale2012> (Last accessed 10.12.2020)
- 2016: OKkio alla SALUTE 2016. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016> [Accessed 16.07.25]
- 2019: OKkio alla SALUTE 2019. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati> (Last accessed 10.12.2020)
- 2023: OKkio alla SALUTE 2023. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2023-dati> [Accessed 16.07.25]

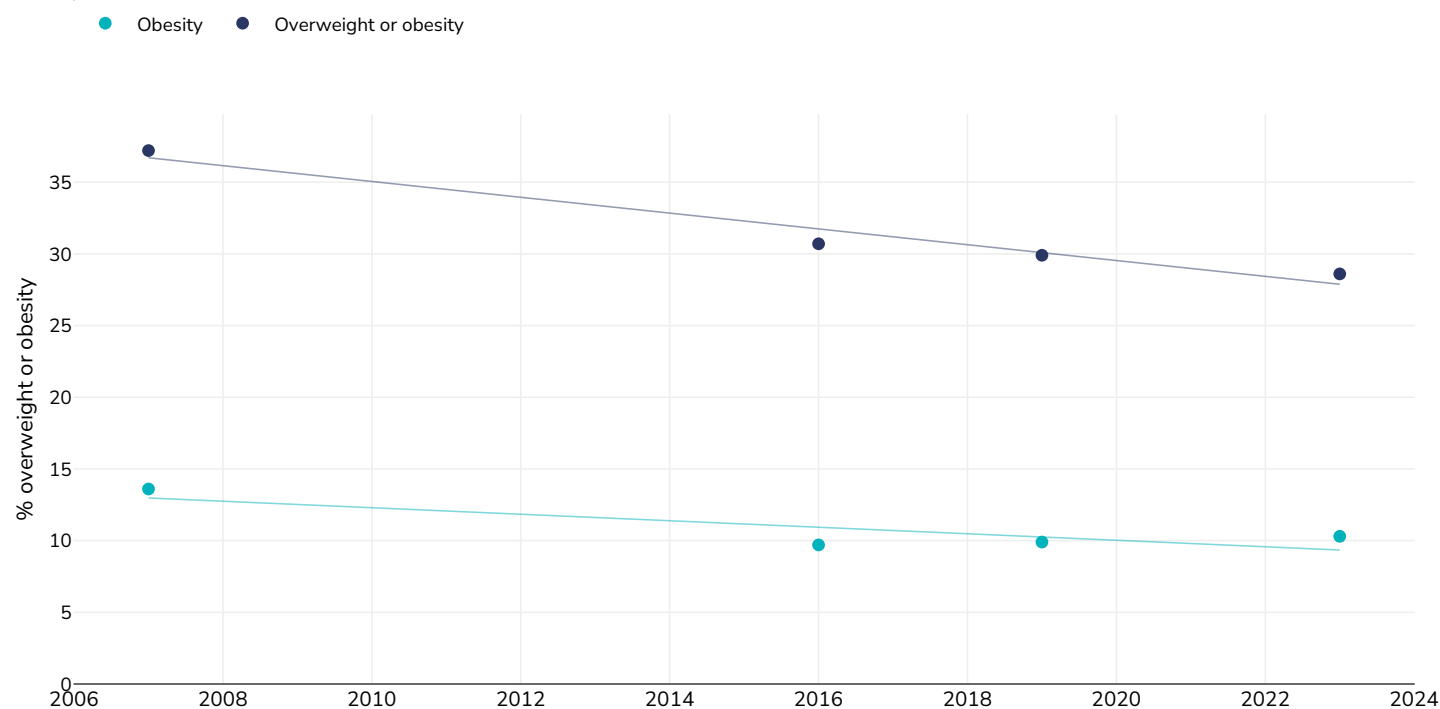
Definitions:

IOTF

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Boys



Survey type:

Measured

References:

2007: Wijnhoven, T. M. A., van Raaij, J. M. A., Spinelli, A., Rito, A. I., Hovengen, R., Kunesova, M., Starc, G., Rutter, H., Sjöberg, A., Petrauskiene, A., O'Dwyer, U., Petrova, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Wauters, M., Yngve, A., Rubana, I.-M. and Breda, J. (2012), WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children. *Pediatric Obesity*. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00090.x

2012: COSI 2012. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/IndagineNazionale2012> (Last accessed 10.12.2020)

2016: OKkio alla SALUTE 2016. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016> [Accessed 16.07.25]

2019: OKkio alla SALUTE 2019. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati> (Last accessed 10.12.2020)

2023: OKkio alla SALUTE 2023. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2023-dati> [Accessed 16.07.25]

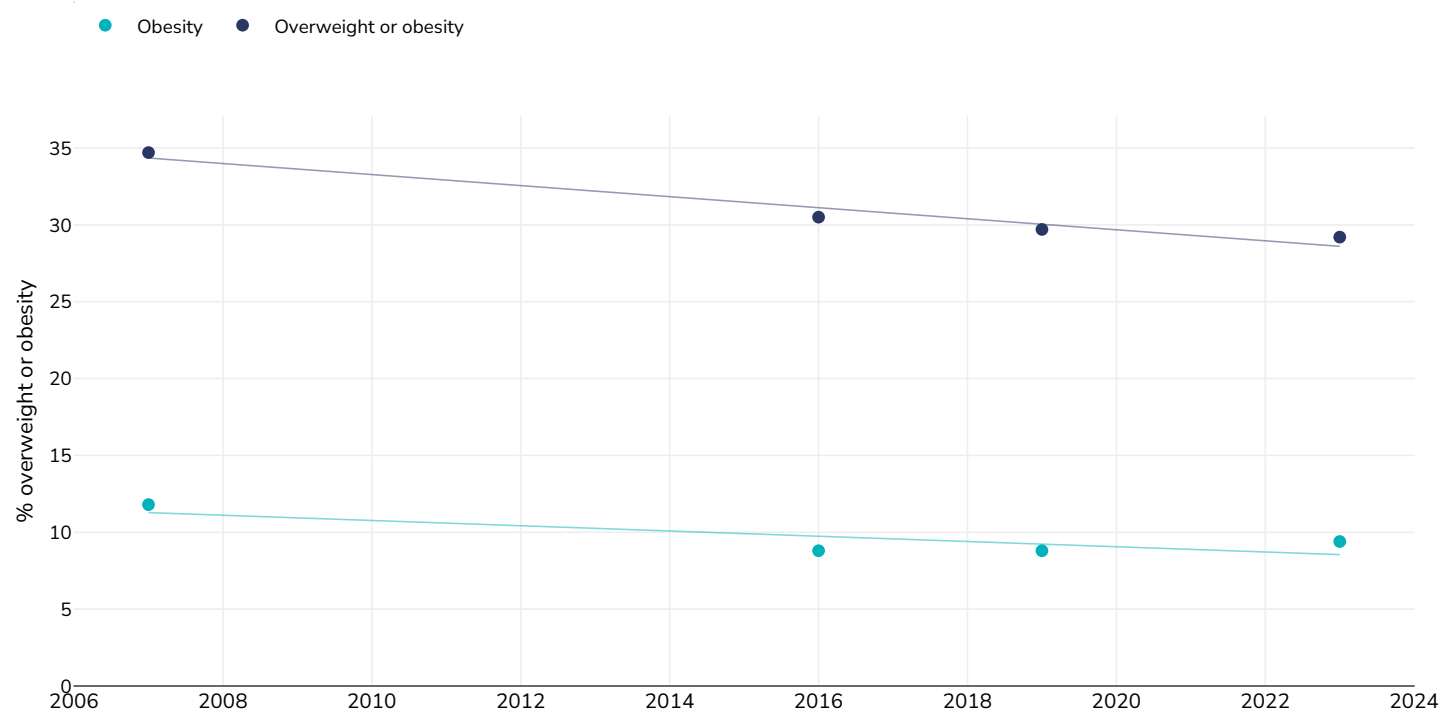
Definitions:

IOTF

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Girls



Survey type:

Measured

References:

2007: Wijnhoven, T. M. A., van Raaij, J. M. A., Spinelli, A., Rito, A. I., Hovengen, R., Kunesova, M., Starc, G., Rutter, H., Sjöberg, A., Petrauskiene, A., O'Dwyer, U., Petrova, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Wauters, M., Yngve, A., Rubana, I.-M. and Breda, J. (2012), WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children. *Pediatric Obesity*. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00090.x

2012: COSI 2012. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/IndagineNazionale2012> (Last accessed 10.12.2020)

2016: OKkio alla SALUTE 2016. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016> [Accessed 16.07.25]

2019: OKkio alla SALUTE 2019. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati> (Last accessed 10.12.2020)

2023: OKkio alla SALUTE 2023. <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2023-dati> [Accessed 16.07.25]

Definitions:

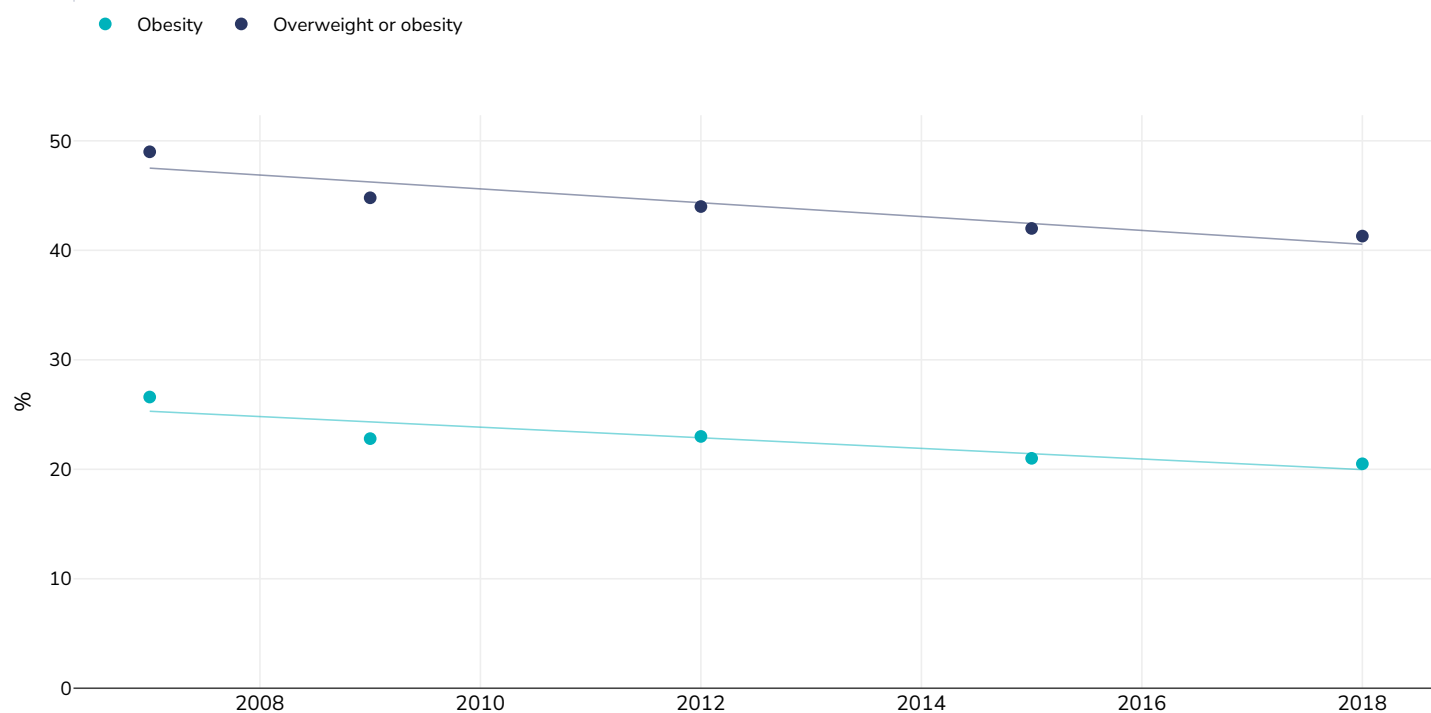
IOTF

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

% Children living with overweight or obesity, 2007-2022 (WHO 2007)

Boys



Survey type:

Measured

References:

- 2007: Wijnhoven, T.M.A., van Raaij, J.M.A., Spinelli, A., Rito, A.I., Hovengen, R., Kunesova, M., Starc, G., Rutter, H., Sjöberg, A., Petrauskiene, A., O'Dwyer, U., Petrova, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Wauters, M., Yngve, A., Rubana, I.-M. and Breda, J. (2013), WHO-COSI 2008: weight, height and BMI. *Pediatric Obesity*, 8: 79-97. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00090.x>
- 2009: Wijnhoven, T.M., van Raaij, J.M., Spinelli, A. et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 14, 806 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-821>
- 2012: World Health Organization. Regional Office for Europe. ([2018]) WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children: report of the third round of data collection 2012–2013. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346110>
- 2015: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the fourth round of data collection, 2015–2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 2018: Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes:

WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)

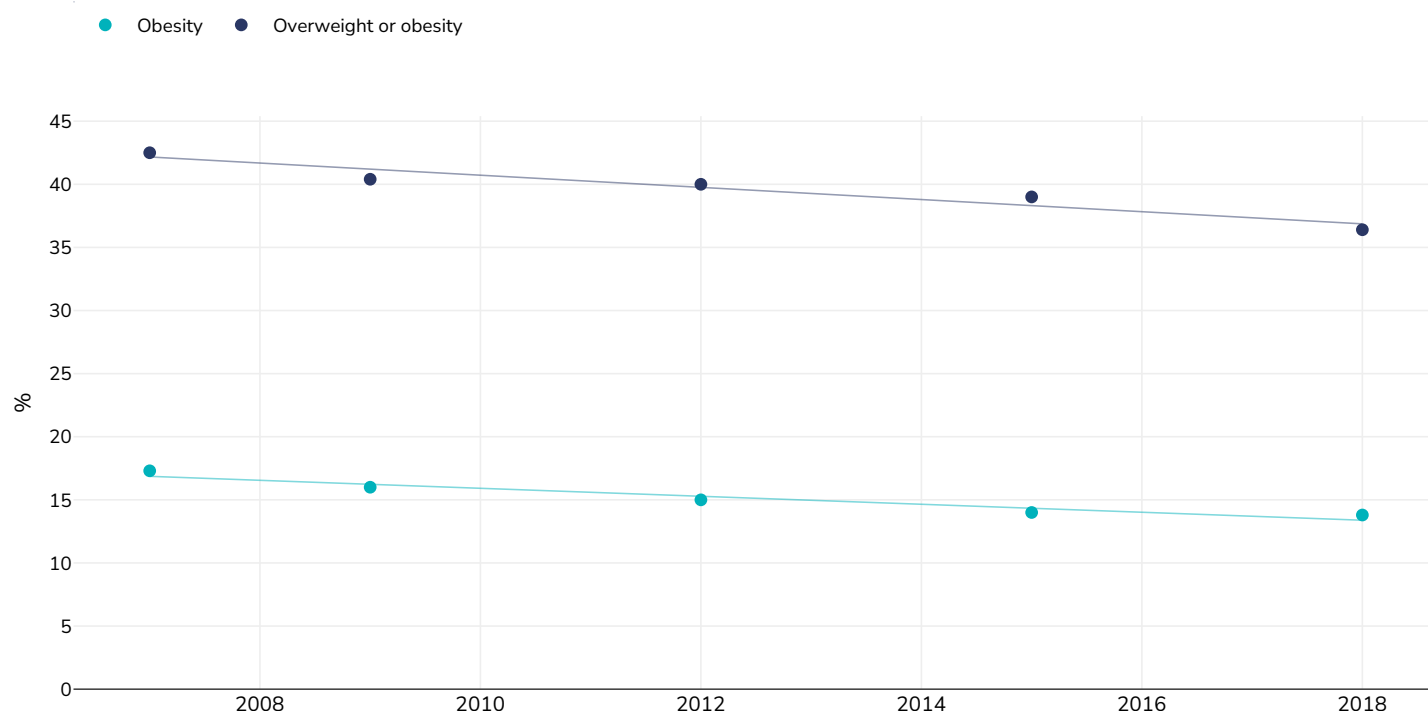
Definitions:

WHO 2007

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Girls



Survey type:

Measured

References:

- 2007: Wijnhoven, T.M.A., van Raaij, J.M.A., Spinelli, A., Rito, A.I., Hovengen, R., Kunesova, M., Starc, G., Rutter, H., Sjöberg, A., Petruskiene, A., O'Dwyer, U., Petrova, S., Farrugia Sant'Angelo, V., Wauters, M., Yngve, A., Rubana, I.-M. and Breda, J. (2013), WHO-COSI 2008: weight, height and BMI. *Pediatric Obesity*, 8: 79-97. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00090.x>
- 2009: Wijnhoven, T.M., van Raaij, J.M., Spinelli, A. et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* 14, 806 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-821>
- 2012: World Health Organization. Regional Office for Europe. ([2018]) WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children: report of the third round of data collection 2012–2013. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346110>
- 2015: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the fourth round of data collection, 2015–2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 2018: Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)

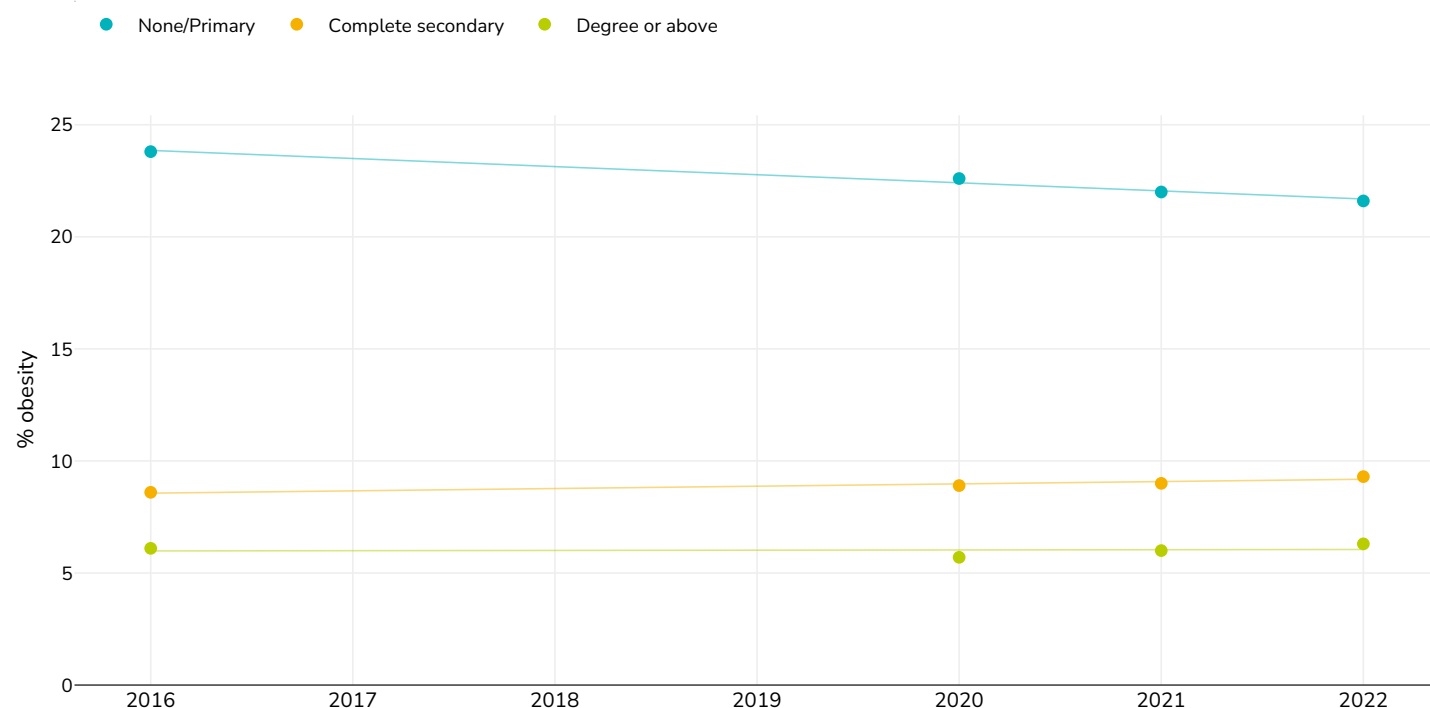
Definitions: WHO 2007

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Adults living with obesity by education

Men and women



Survey type:

Self-reported

References:

2016: PASSI 2016-19. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 25.09.20)

2020: PASSI 2020-2021. Available at <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso?tab-container-1=tab1> (last accessed on 22.03.23)

2021: PASSI 2021-2022 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)

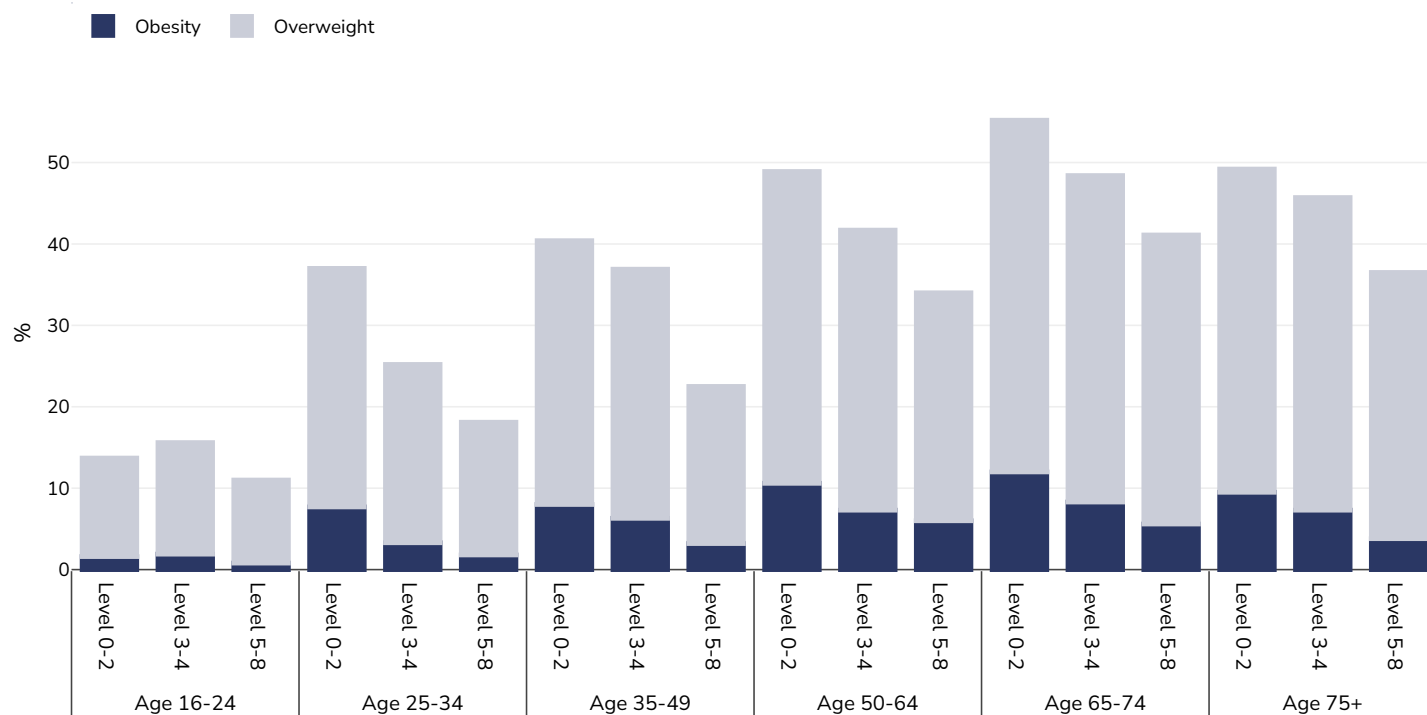
2022: PASSI 2022-2023 <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso> (Accessed 05.07.24)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Different methodologies may have been used to collect this data and so data from different surveys may not be strictly comparable. Please check with original data sources for methodologies used.

Overweight/obesity by age and education

Adults, 2025



Survey type: Self-reported

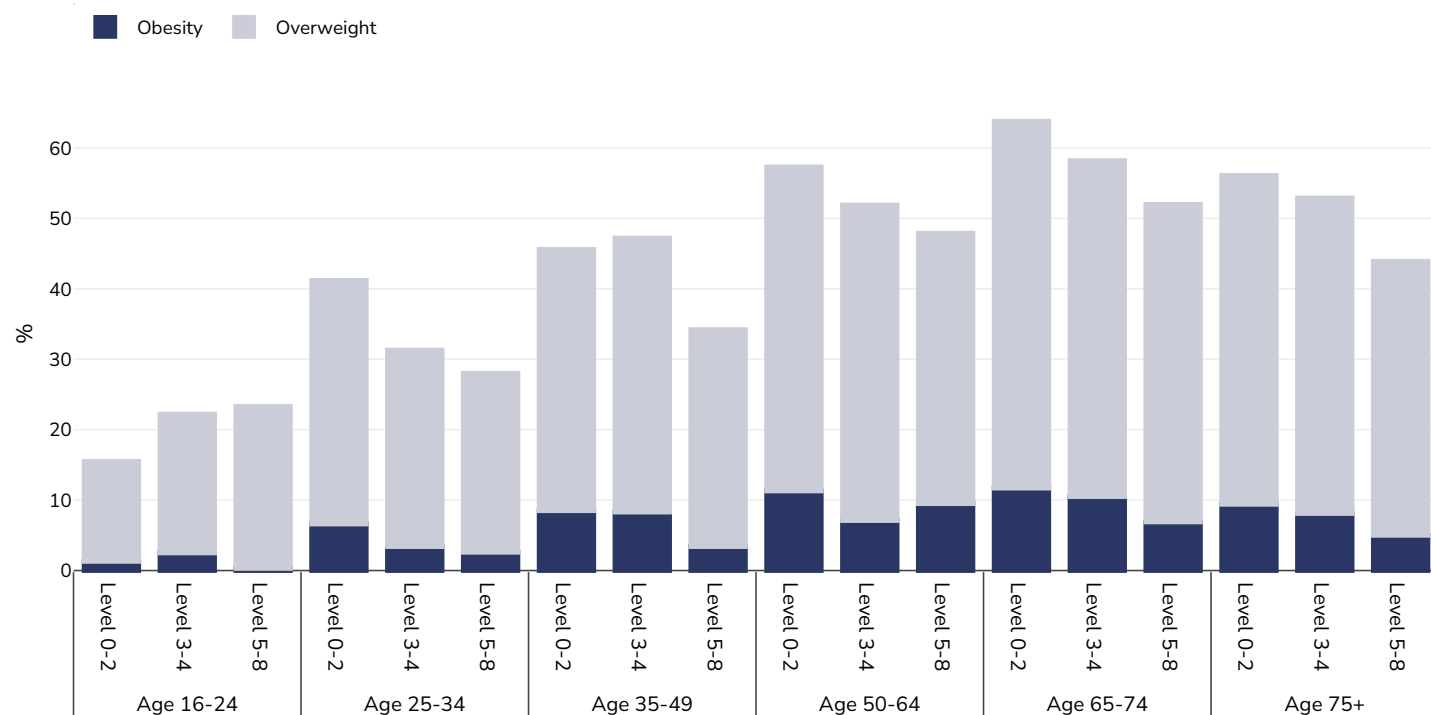
Area covered: National

References: Eurostat 2025. Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age. https://doi.org/10.2908/ILC_HCH10 [Accessed 20.04.26]

Definitions: Level 0-2: Less than primary, primary and lower secondary education; Level 3-4: Upper secondary and post-secondary non-tertiary education; Level 5-8: Tertiary

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Men, 2025



Survey type: Self-reported

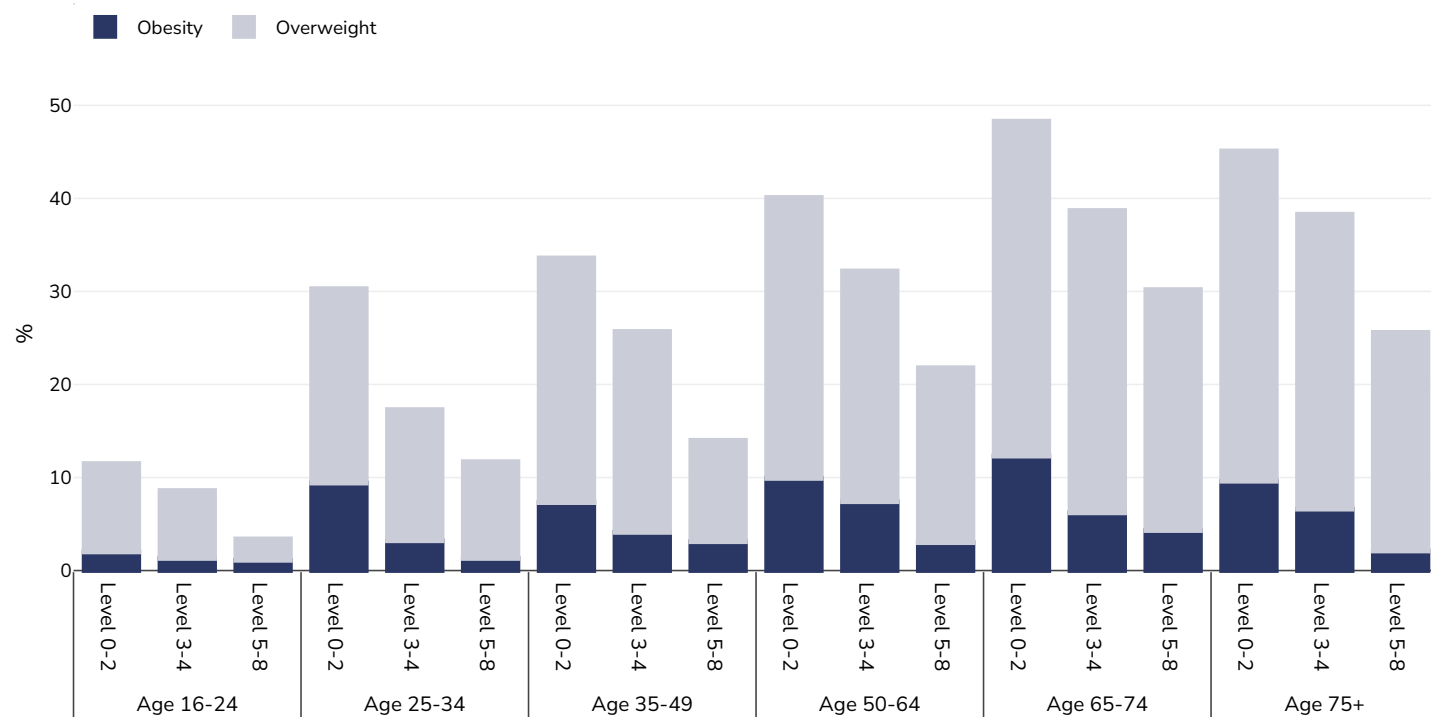
Area covered: National

References: Eurostat 2025. Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age. https://doi.org/10.2908/ILC_HCH10 [Accessed 20.04.26]

Definitions: Level 0-2: Less than primary, primary and lower secondary education; Level 3-4: Upper secondary and post-secondary non-tertiary education; Level 5-8: Tertiary

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2025



Survey type: Self-reported

Area covered: National

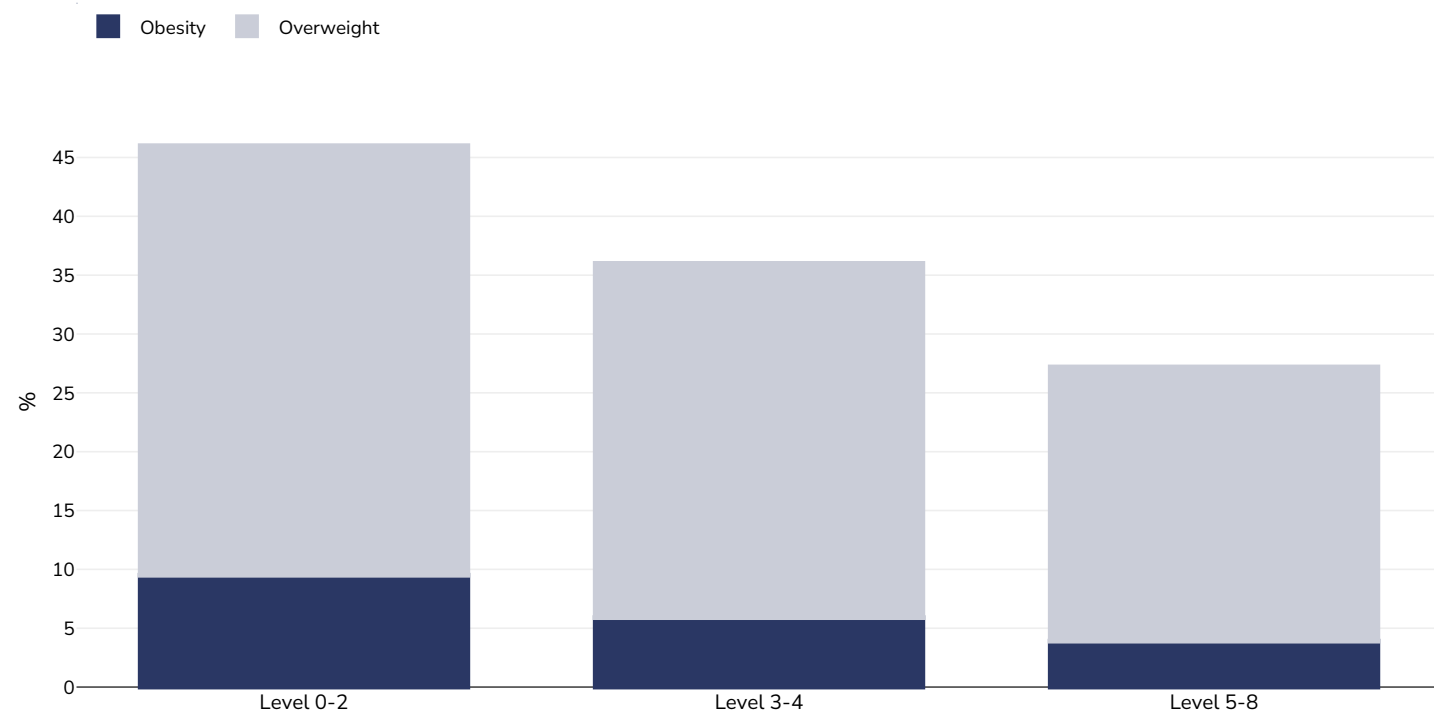
References: Eurostat 2025. Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age. https://doi.org/10.2908/ILC_HCH10 [Accessed 20.04.26]

Definitions: Level 0-2: Less than primary, primary and lower secondary education; Level 3-4: Upper secondary and post-secondary non-tertiary education; Level 5-8: Tertiary

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Overweight/obesity by education

Adults, 2025



Survey type: Self-reported

Age: 18+

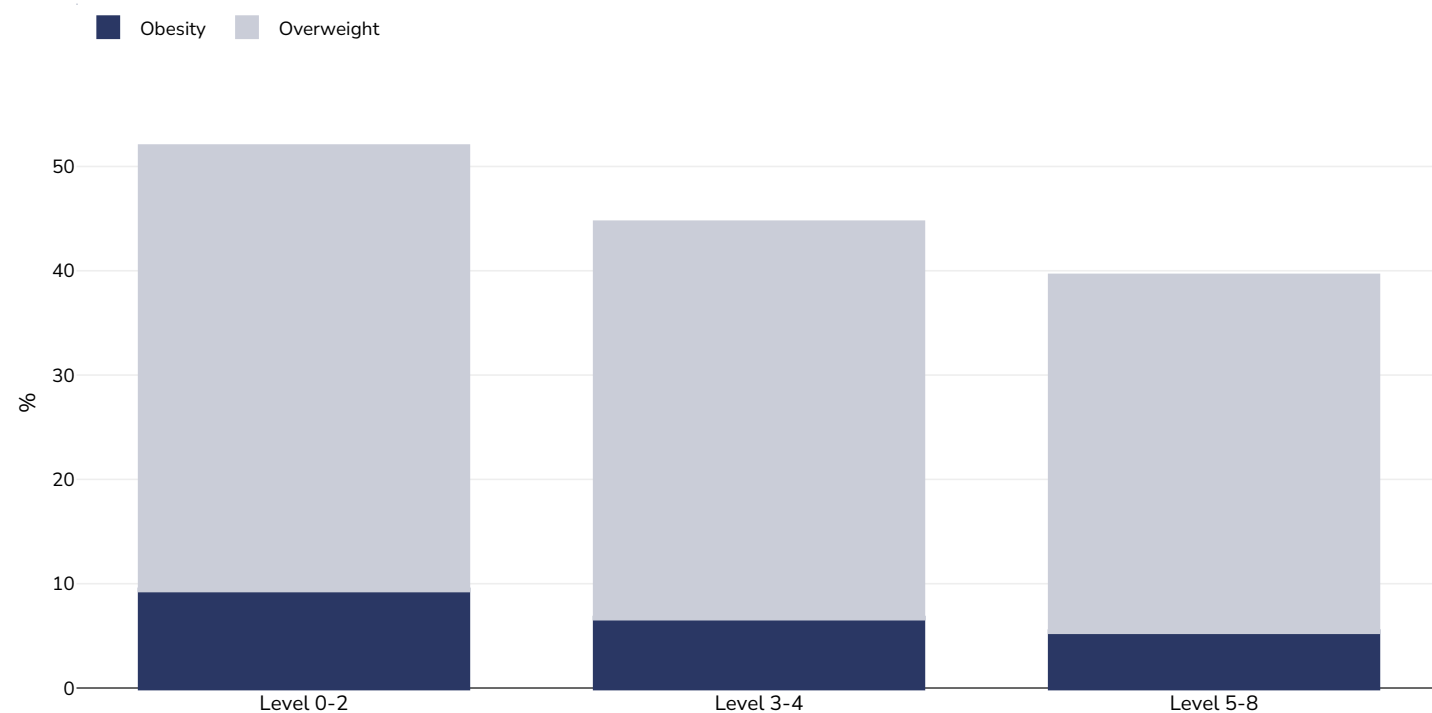
Area covered: National

References: Eurostat 2025. Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age. https://doi.org/10.2908/ILC_HCH10
[Accessed 20.04.26]

Definitions: Level 0-2: Less than primary, primary and lower secondary education; Level 3-4: Upper secondary and post-secondary non-tertiary education; Level 5-8: Tertiary

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Men, 2025



Survey type: Self-reported

Age: 18+

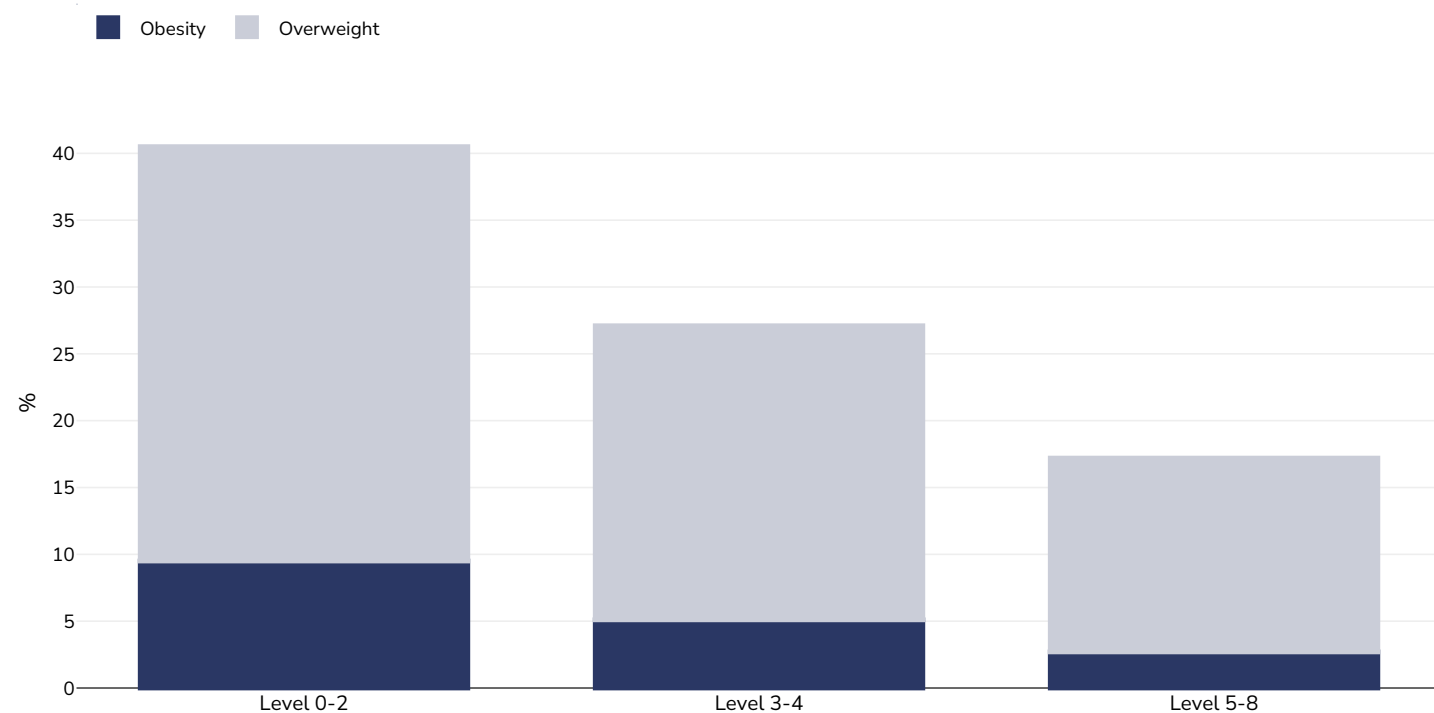
Area covered: National

References: Eurostat 2025. Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age. https://doi.org/10.2908/ILC_HCH10 [Accessed 20.04.26]

Definitions: Level 0-2: Less than primary, primary and lower secondary education; Level 3-4: Upper secondary and post-secondary non-tertiary education; Level 5-8: Tertiary

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2025



Survey type: Self-reported

Age: 18+

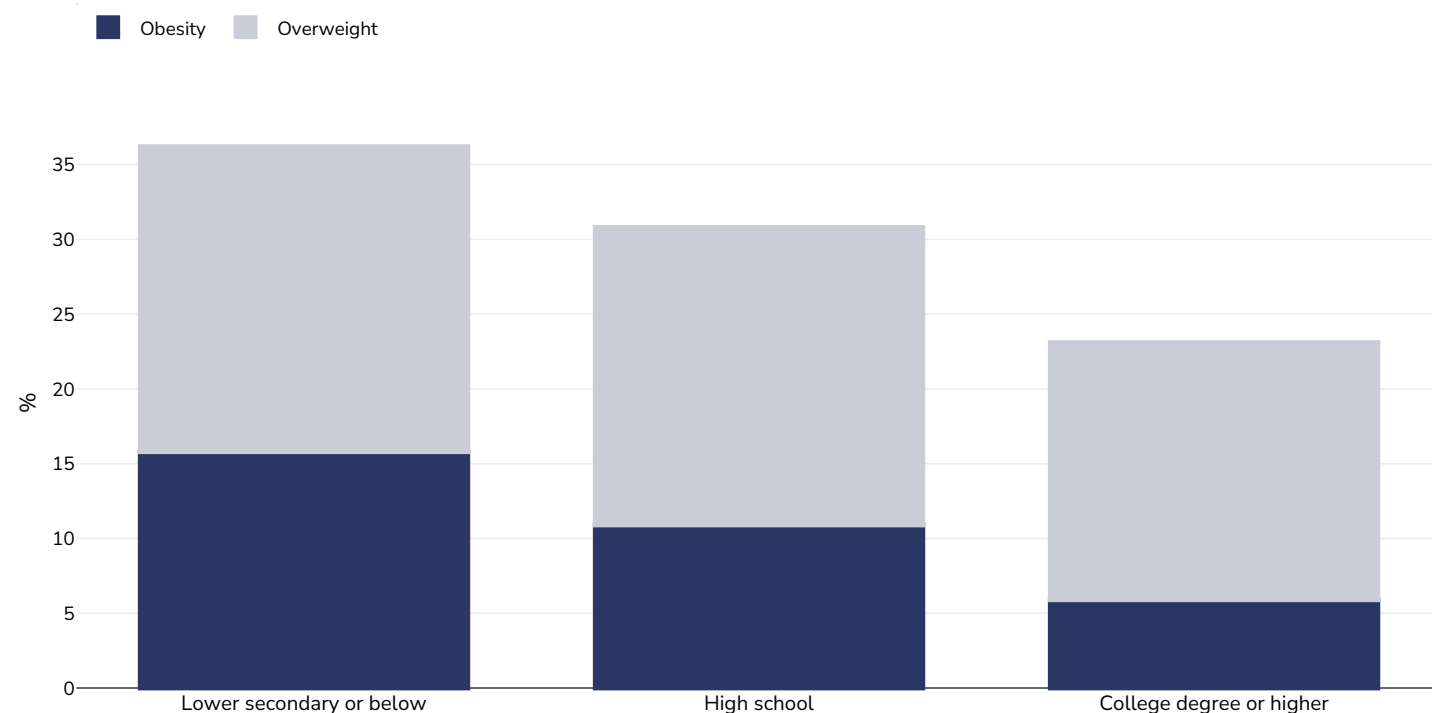
Area covered: National

References: Eurostat 2025. Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age. https://doi.org/10.2908/ILC_HCH10 [Accessed 20.04.26]

Definitions: Level 0-2: Less than primary, primary and lower secondary education; Level 3-4: Upper secondary and post-secondary non-tertiary education; Level 5-8: Tertiary

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

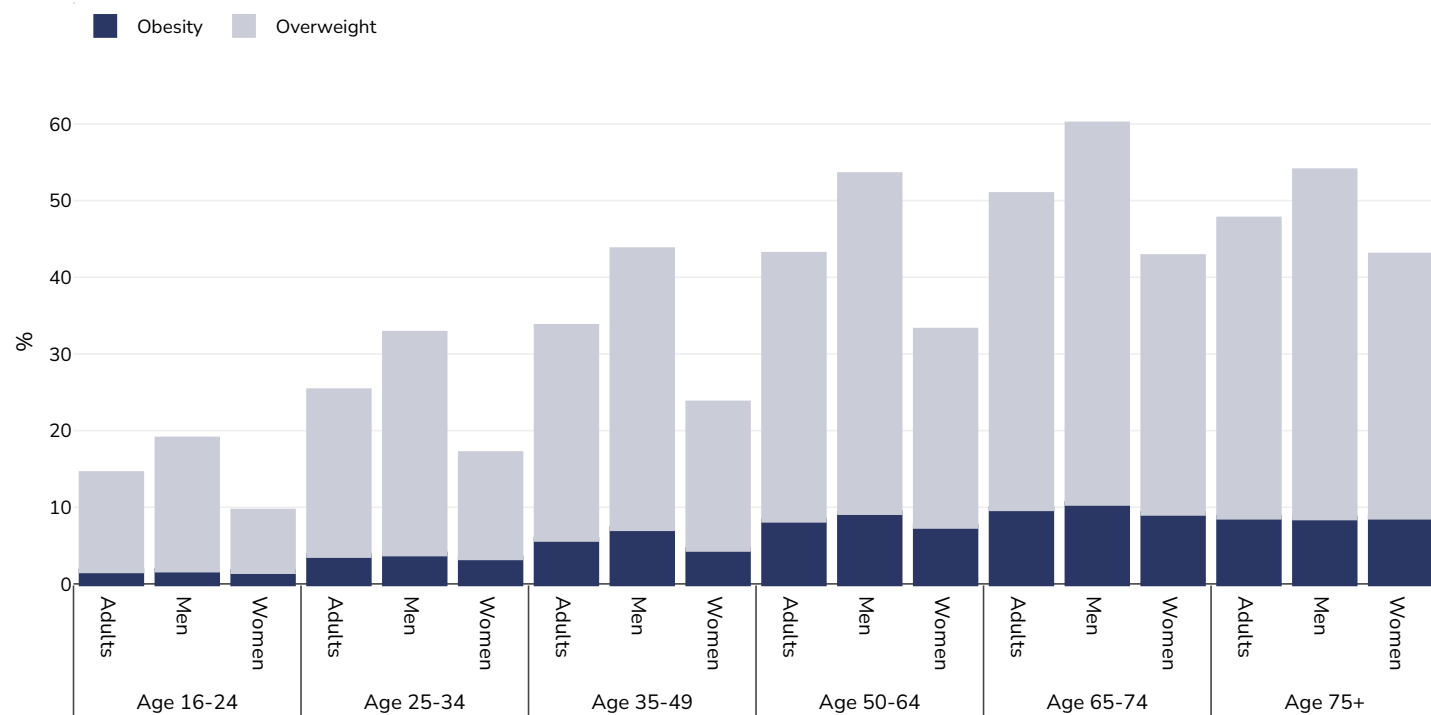
Children, 2023



Survey type:	Measured
Age:	8-9
Sample size:	42,046
Area covered:	National
References:	Nardone P, Ciardullo S, Spinelli A, Mandolini D, Salvatore MA, Andreozzi S (Ed.). Stato ponderale e stili di vita di bambine e bambini: i risultati di OKkio alla SALUTE 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025. (Rapporti ISTISAN 25/3). https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf2025/25-3%20web.pdf [Accessed 16.07.25]
Definitions:	Highest level of parents' educational qualifications between mother and father
Cutoffs:	IOTF

Overweight/obesity by age

Adults, 2025



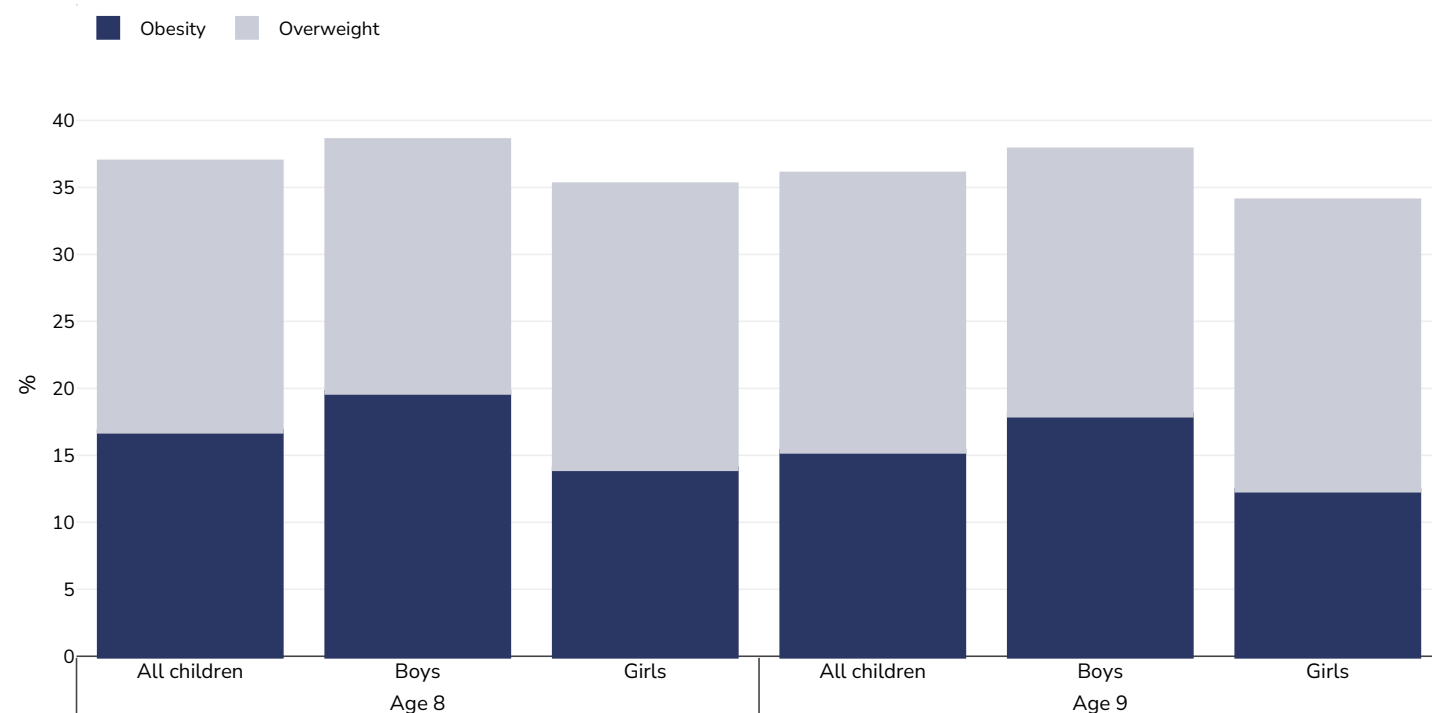
Survey type: Self-reported

Area covered: National

References: Eurostat 2025. Person distribution by body mass index, educational attainment level, sex and age. https://doi.org/10.2908/ILC_HCH10 [Accessed 20.04.26]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

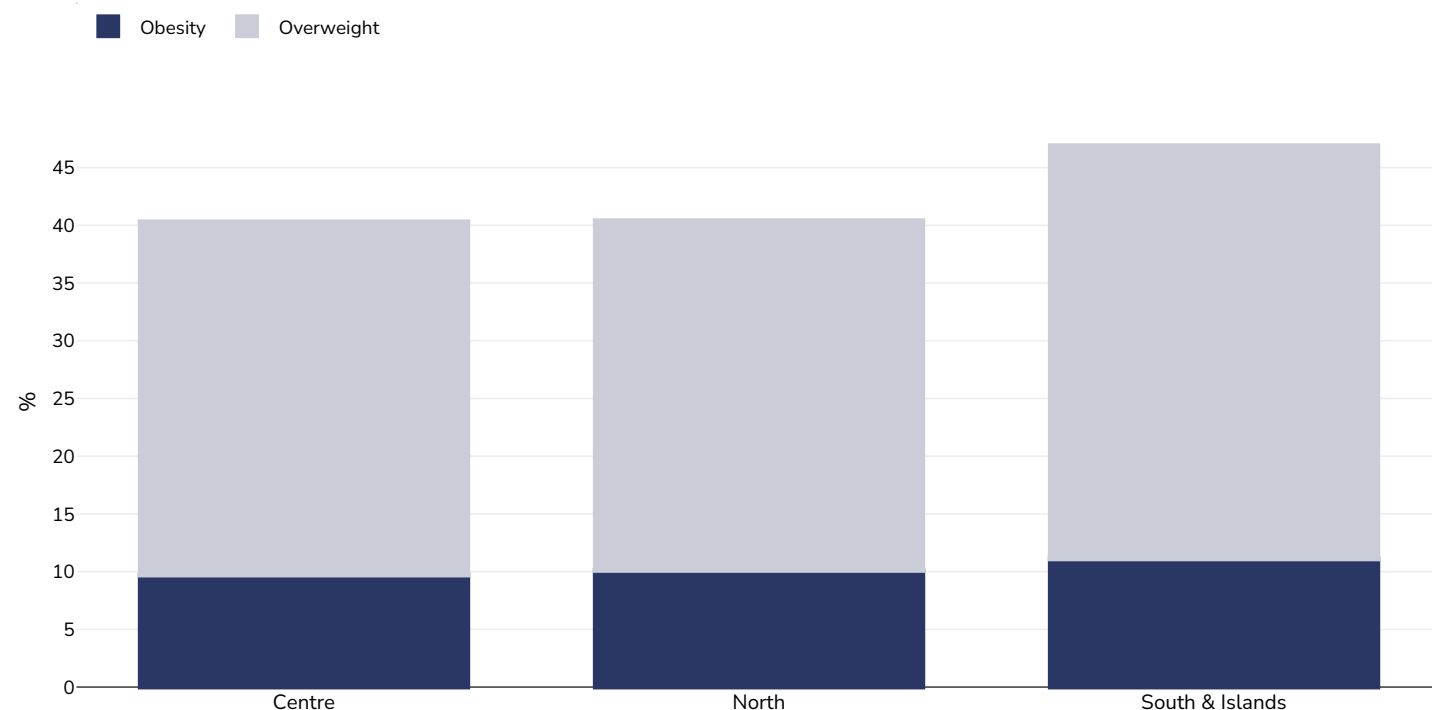
Children, 2022-2024



Survey type:	Measured
Sample size:	42109
Area covered:	National
References:	WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Cutoffs:	WHO 2007

Overweight/obesity by region

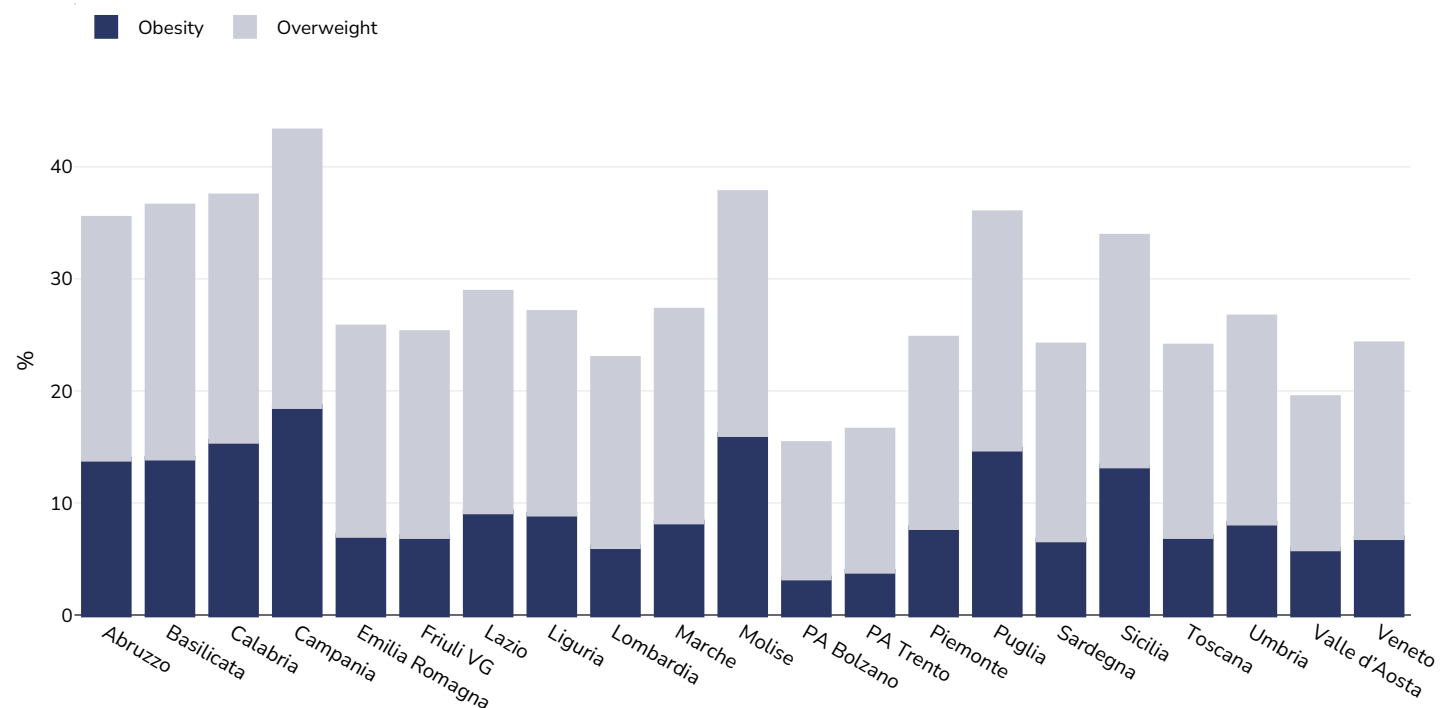
Adults, 2023-2024



Survey type:	Self-reported
Age:	18-69
Sample size:	70,212
Area covered:	National
References:	PASSI 2023-2024. https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso [Accessed 16.07.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

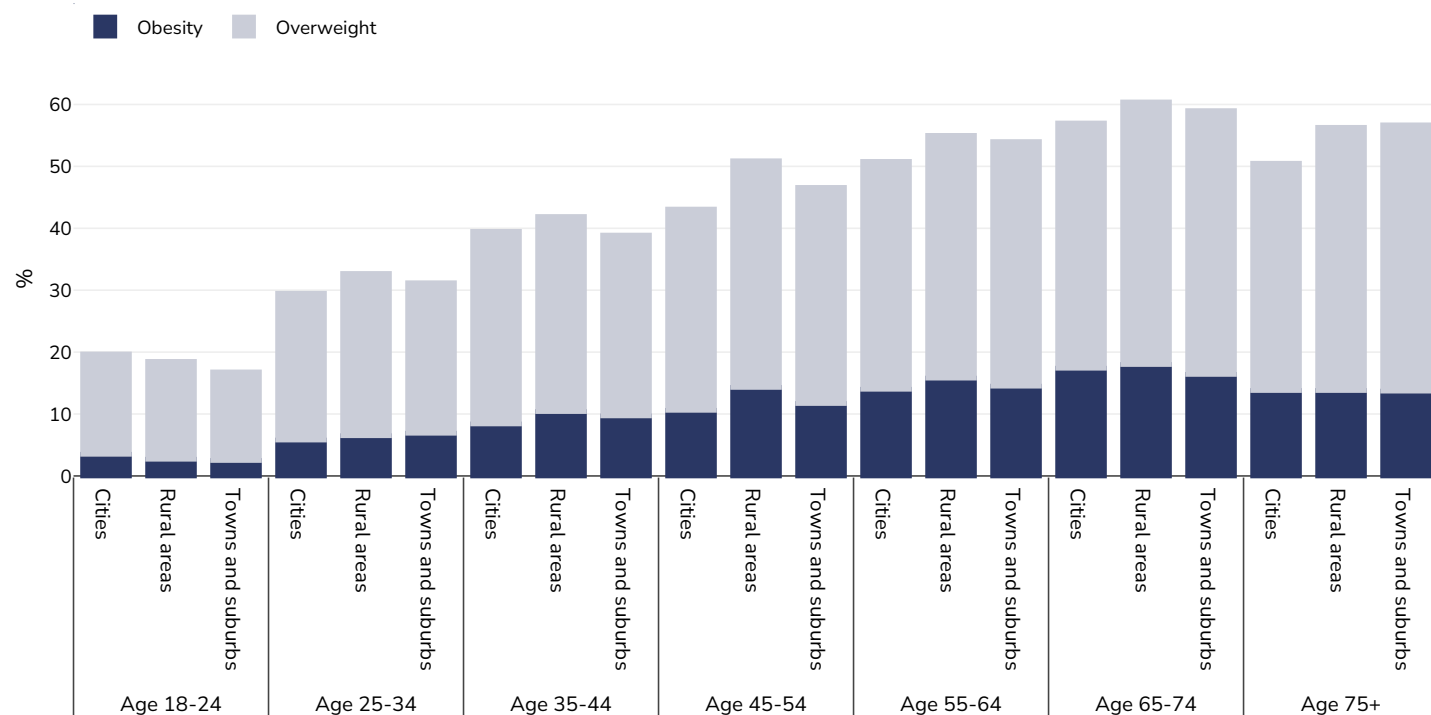
Children, 2023



Survey type:	Measured
Age:	8-9
Sample size:	46,559
Area covered:	National
References:	OKkio alla SALUTE 2023. https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2023-dati [Accessed 16.07.25]
Cutoffs:	IOTF

Overweight/obesity by age and region

Adults, 2019



Survey type:

Self-reported

Area covered:

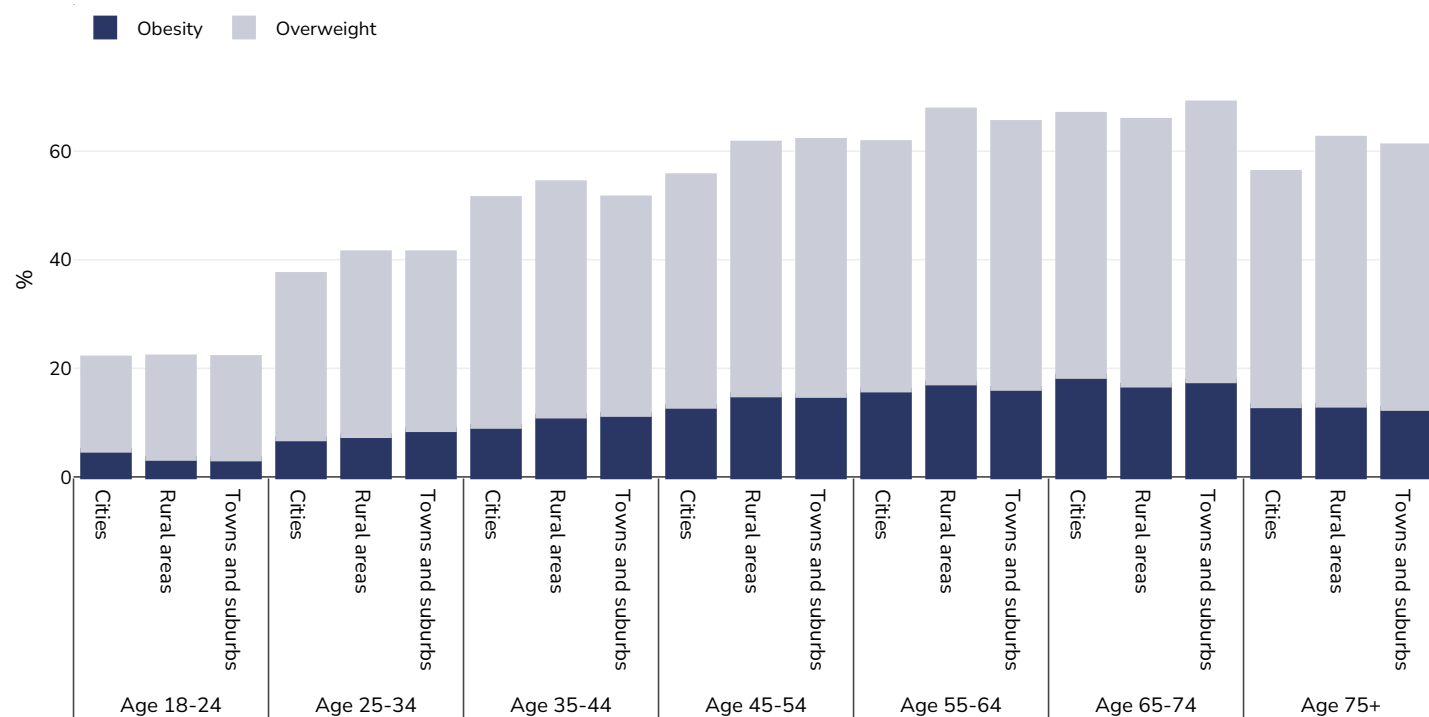
National

References:

Eurostat 2019. https://doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_BM1U [Last Accessed 21.08.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Men, 2019



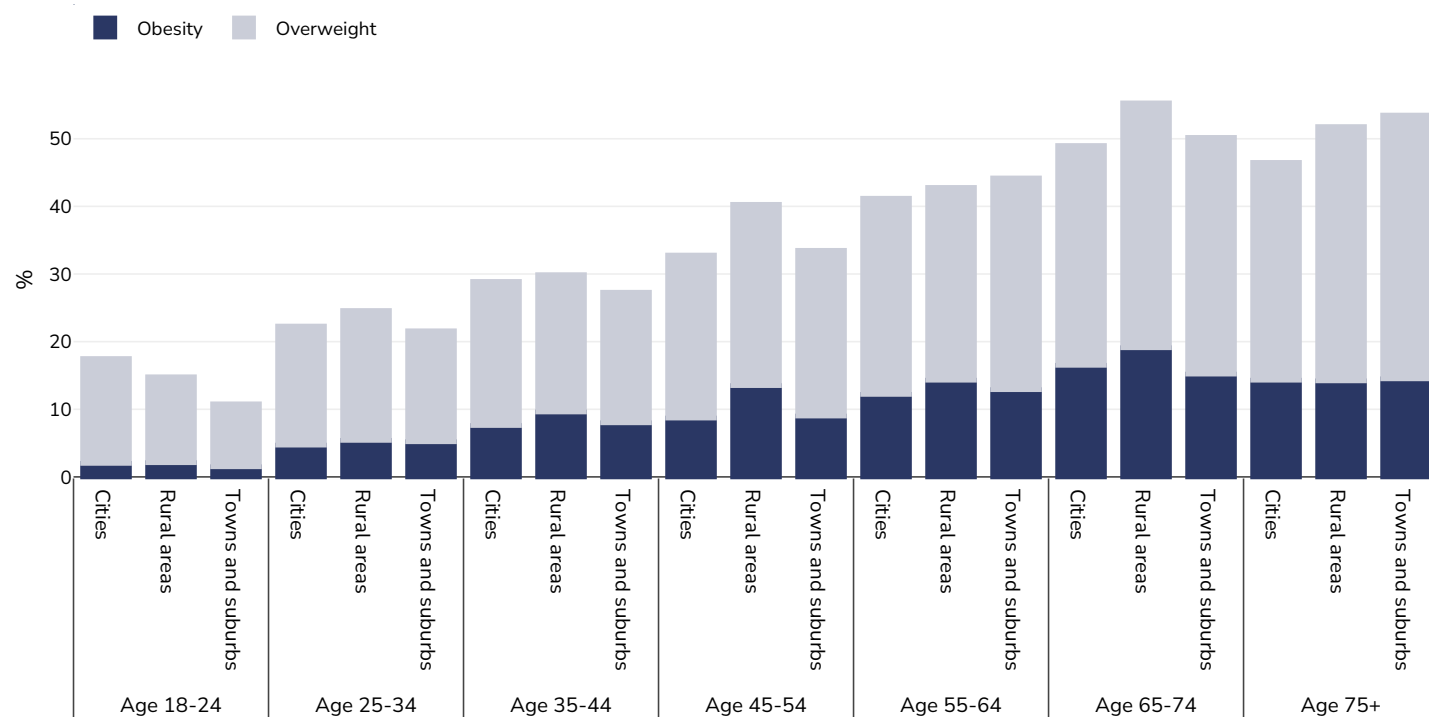
Survey type: Self-reported

Area covered: National

References: Eurostat 2019. https://doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_BM1U [Last Accessed 21.08.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2019



Survey type: Self-reported

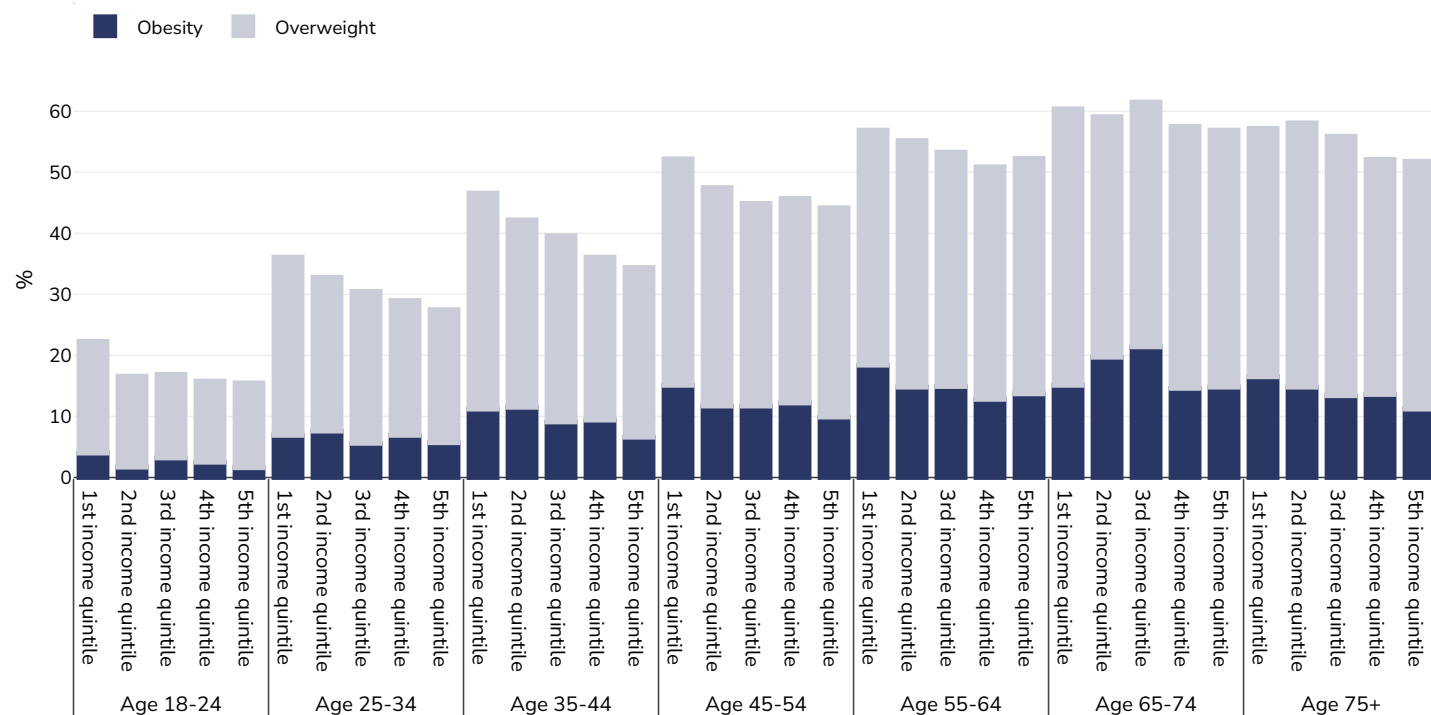
Area covered: National

References: Eurostat 2019. https://doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_BM1U [Last Accessed 21.08.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Overweight/obesity by age and socio-economic group

Adults, 2019



Survey type:

Self-reported

Area covered:

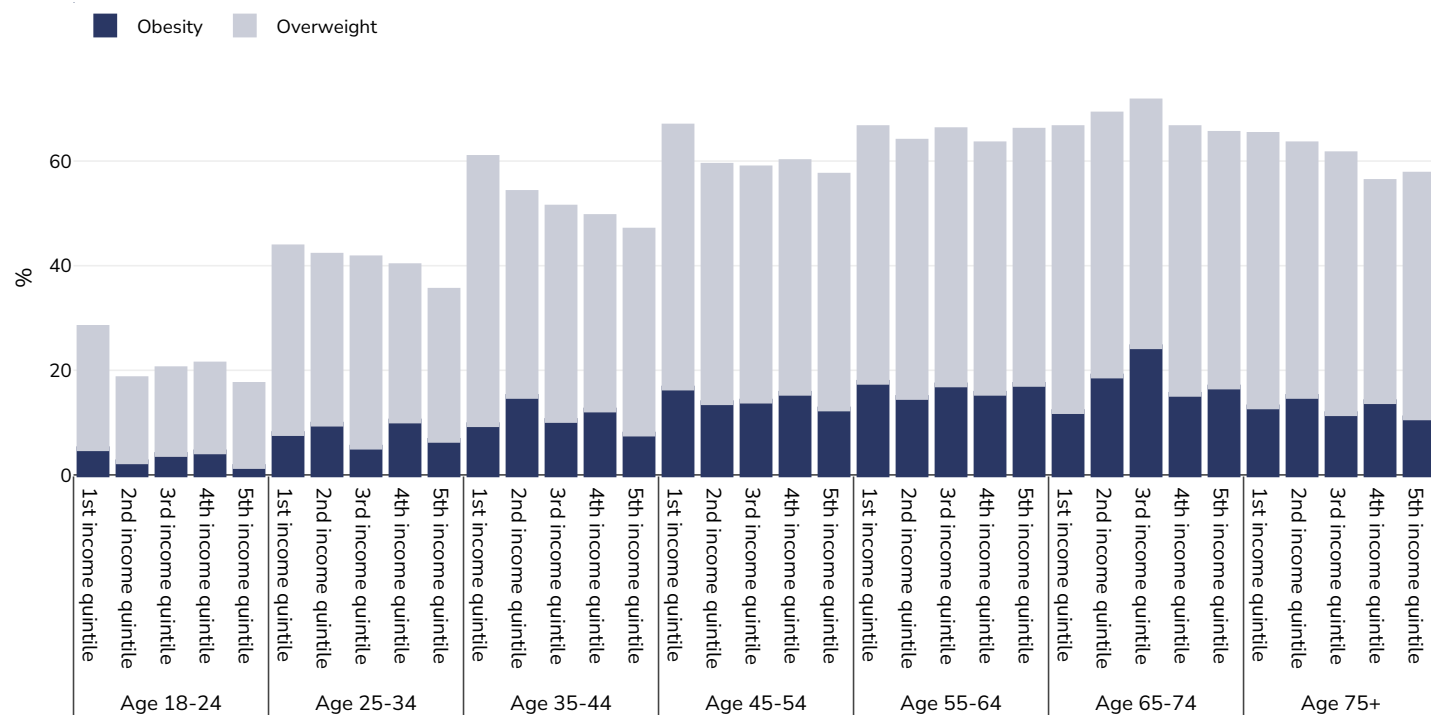
National

References:

Eurostat 2019. Available at https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 09.08.21).

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Men, 2019



Survey type:

Self-reported

Area covered:

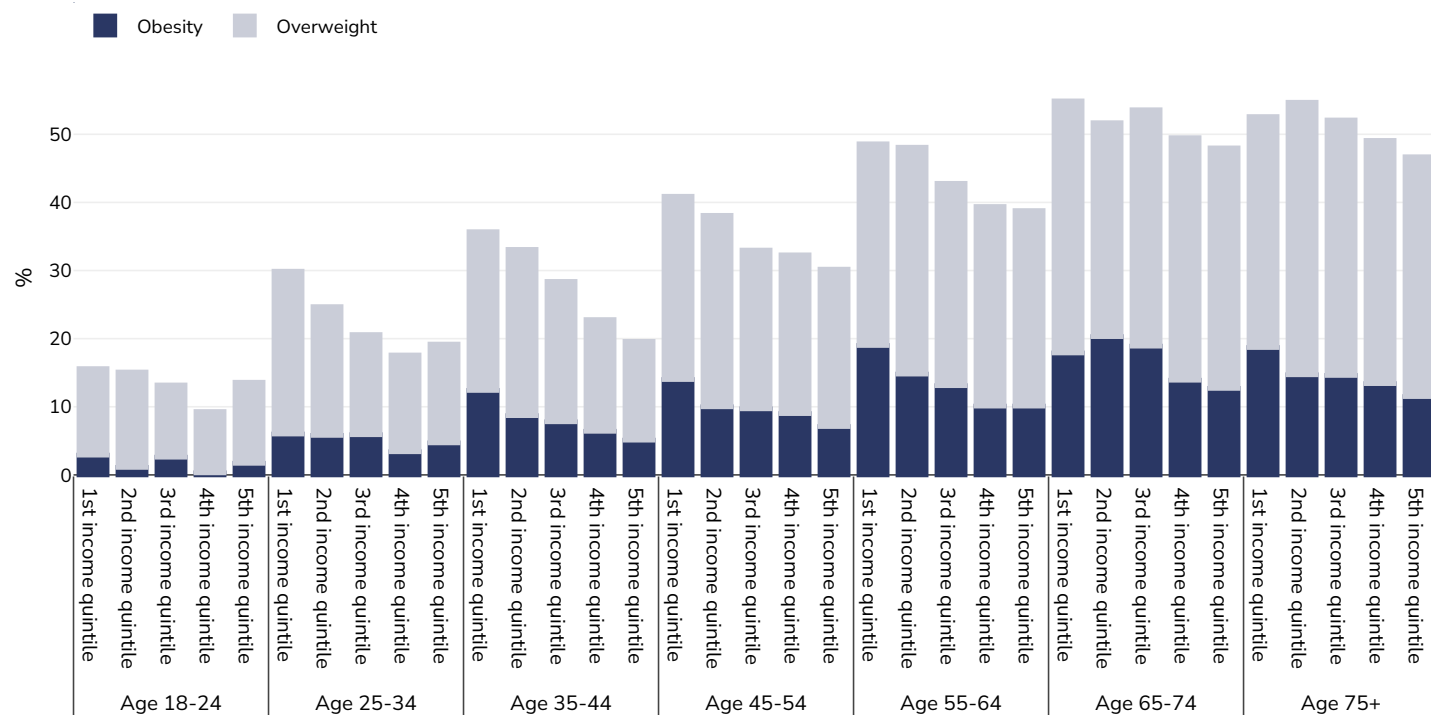
National

References:

Eurostat 2019. Available at https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 09.08.21).

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2019



Survey type:

Self-reported

Area covered:

National

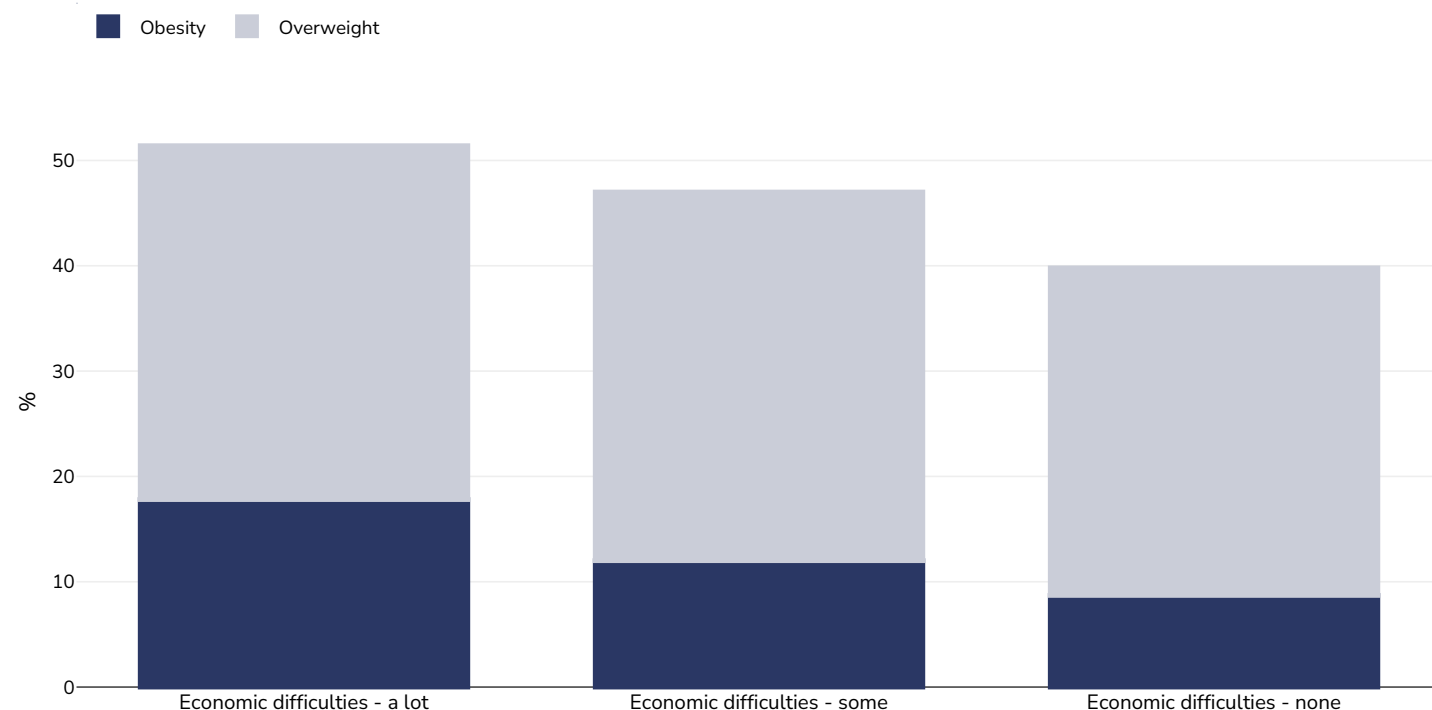
References:

Eurostat 2019. Available at https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1i&lang=en (last accessed 09.08.21).

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Overweight/obesity by socio-economic group

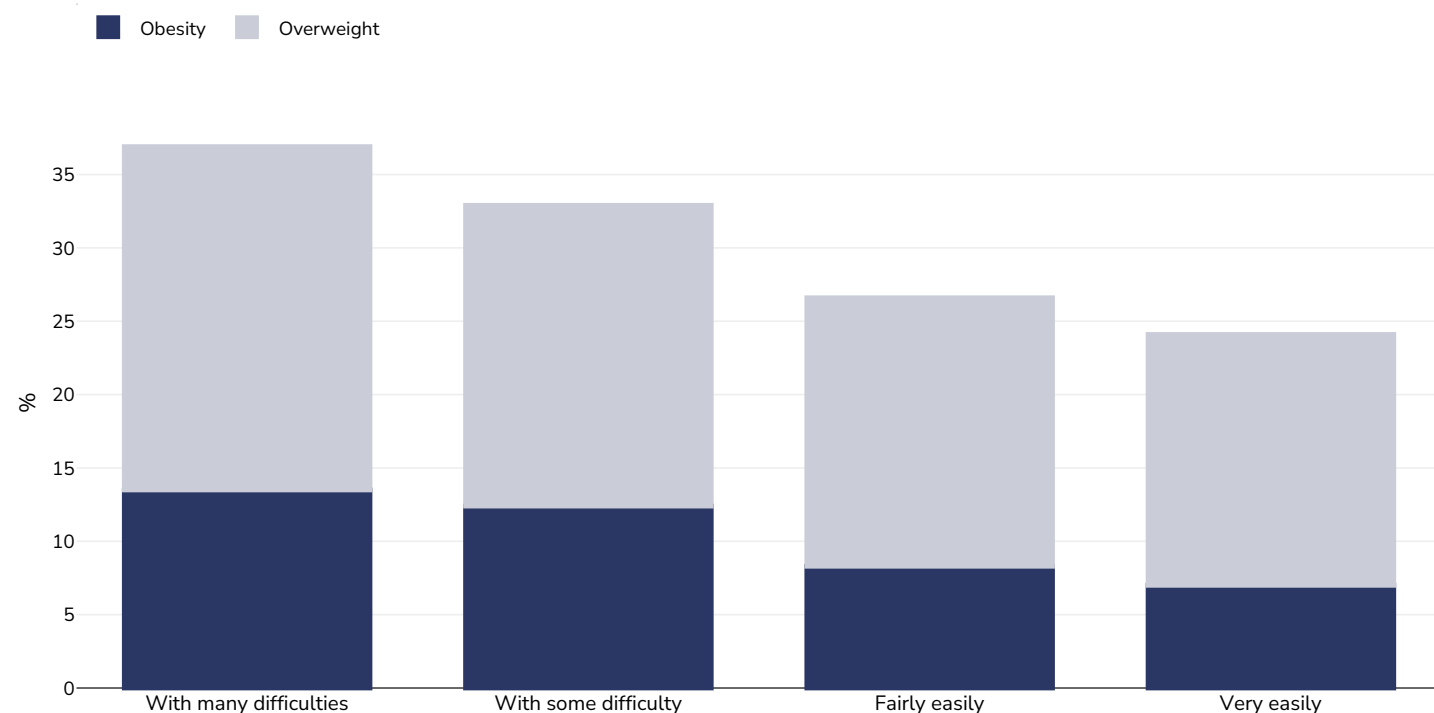
Adults, 2023-2024



Survey type:	Self-reported
Age:	18-69
Sample size:	70,212
Area covered:	National
References:	PASSI 2023-2024. https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso [Accessed 15.07.25]

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Children, 2023

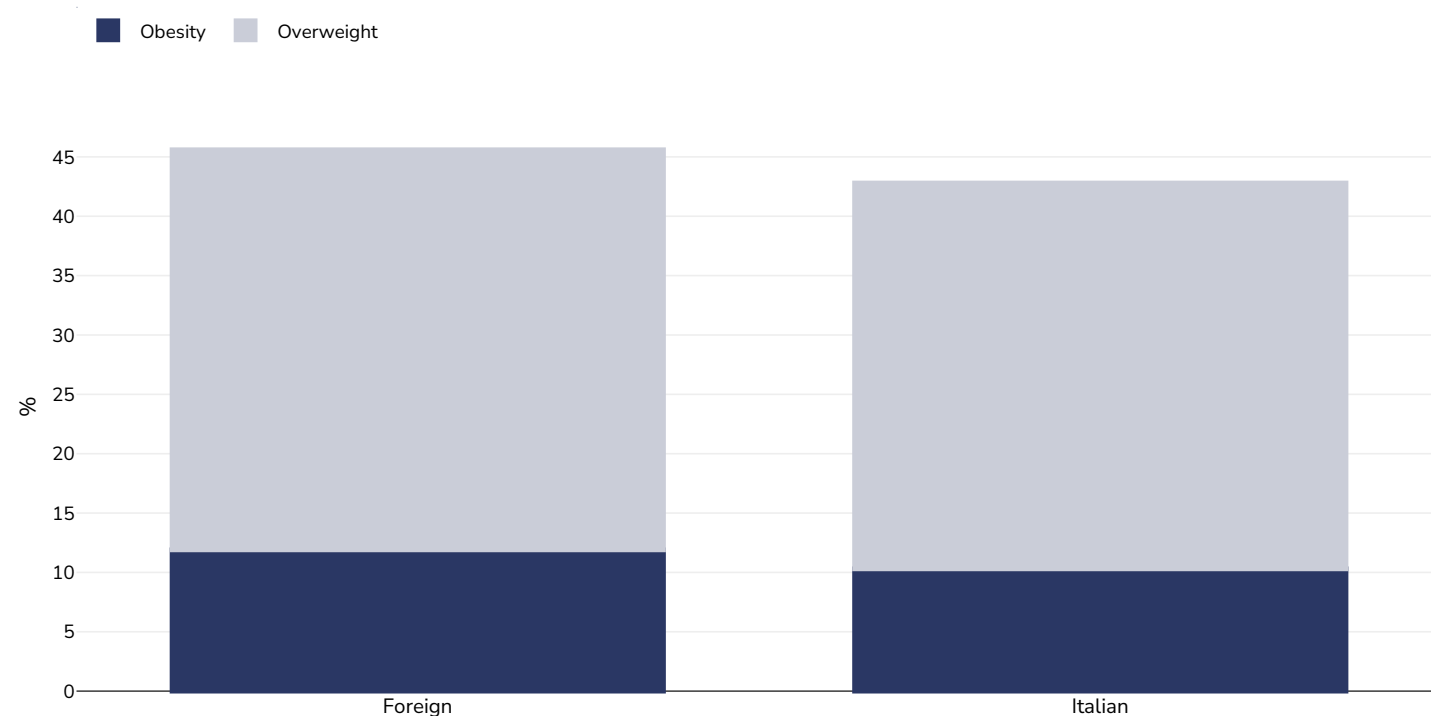


Survey type:	Measured
Age:	8-9
Sample size:	45,610
Area covered:	National
References:	Nardone P, Ciardullo S, Spinelli A, Mandolini D, Salvatore MA, Andreozzi S (Ed.). Stato ponderale e stili di vita di bambine e bambini: i risultati di OKkio alla SALUTE 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025. (Rapporti ISTISAN 25/3). https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf2025/25-3%20web.pdf [Accessed 16.07.25]
Definitions:	Family economic situation = difficulty making ends meet with disposable income
Cutoffs:	IOTF

Overweight/obesity by ethnicity

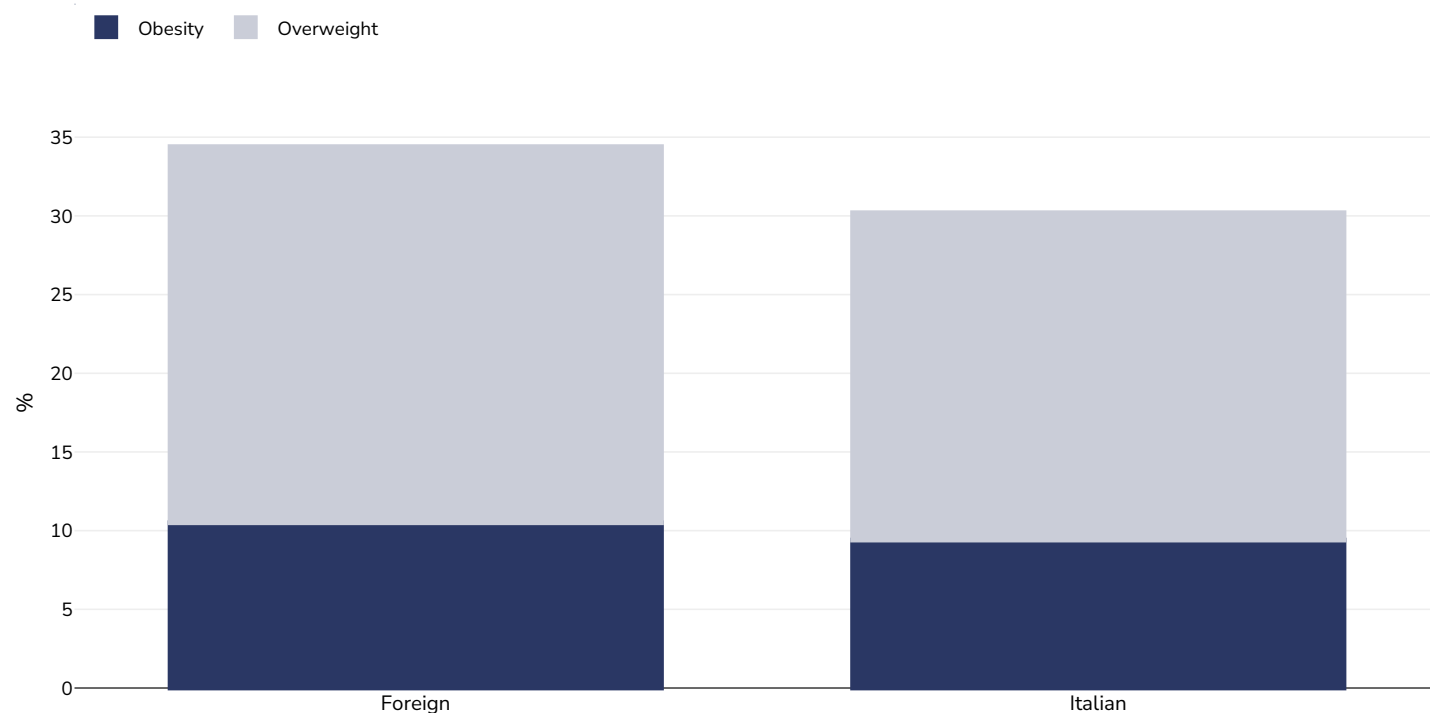
Ethnic groups are as defined by publication of origin and are not as defined by WOF. In some instances ethnicity is conflated with nationality and/or race.

Adults, 2023-2024



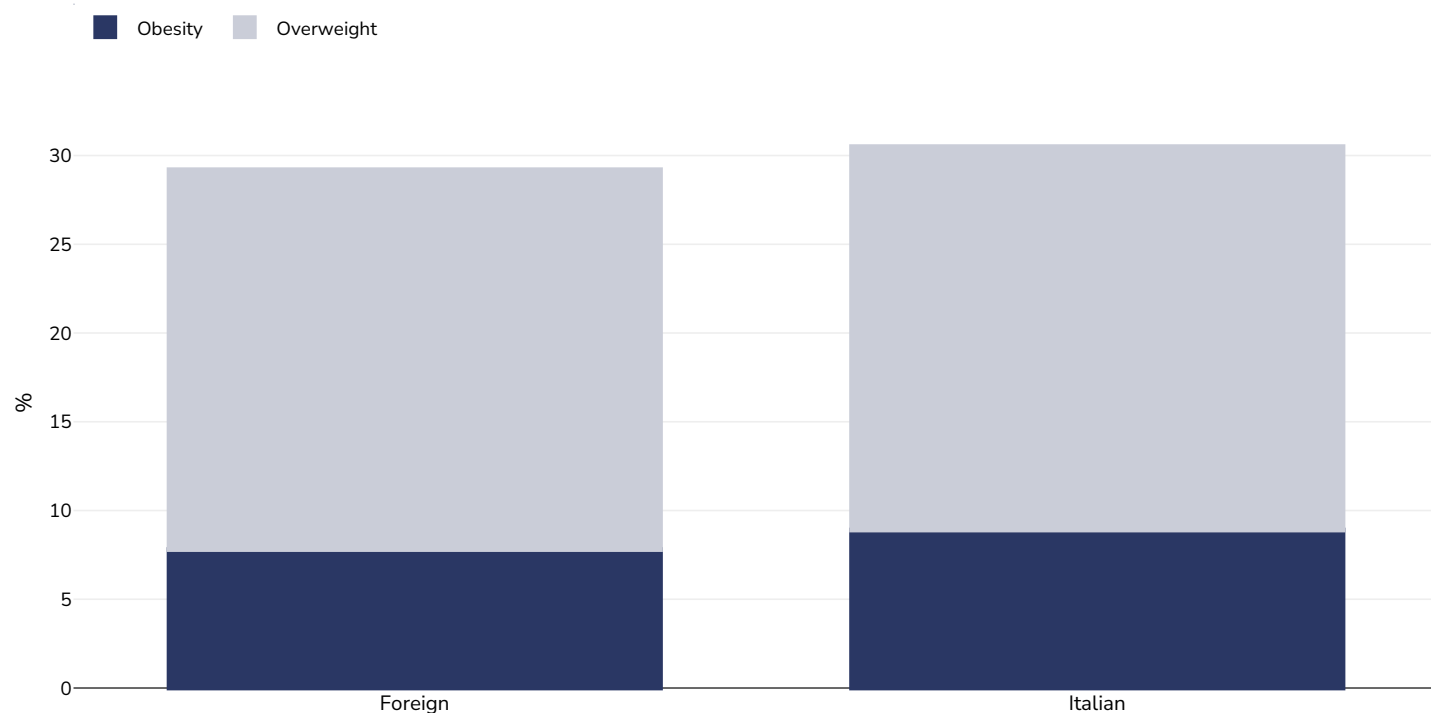
Survey type:	Self-reported
Age:	18-69
Sample size:	70,212
Area covered:	National
References:	PASSI 2023-2024. https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso [Accessed 16.07.25]
Definitions:	Citizenship
Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m ² , obesity refers to a BMI greater than 30kg/m ² .	

Boys, 2016



Survey type:	Measured
Age:	8-9
Sample size:	48,900
Area covered:	National
References:	Lauria, Laura, et al. "Decline of Childhood Overweight and Obesity in Italy from 2008 to 2016: Results from 5 Rounds of the Population-Based Surveillance System." BMC Public Health, vol. 19, no. 1, 21 May 2019, 10.1186/s12889-019-6946-3. Available at: https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-6946-3 . Accessed 13 May 2021.
Notes:	OKkio alla SALUTE 2016 data.
Definitions:	Based on Mother's citizenship.
Cutoffs:	WOF-IOTF

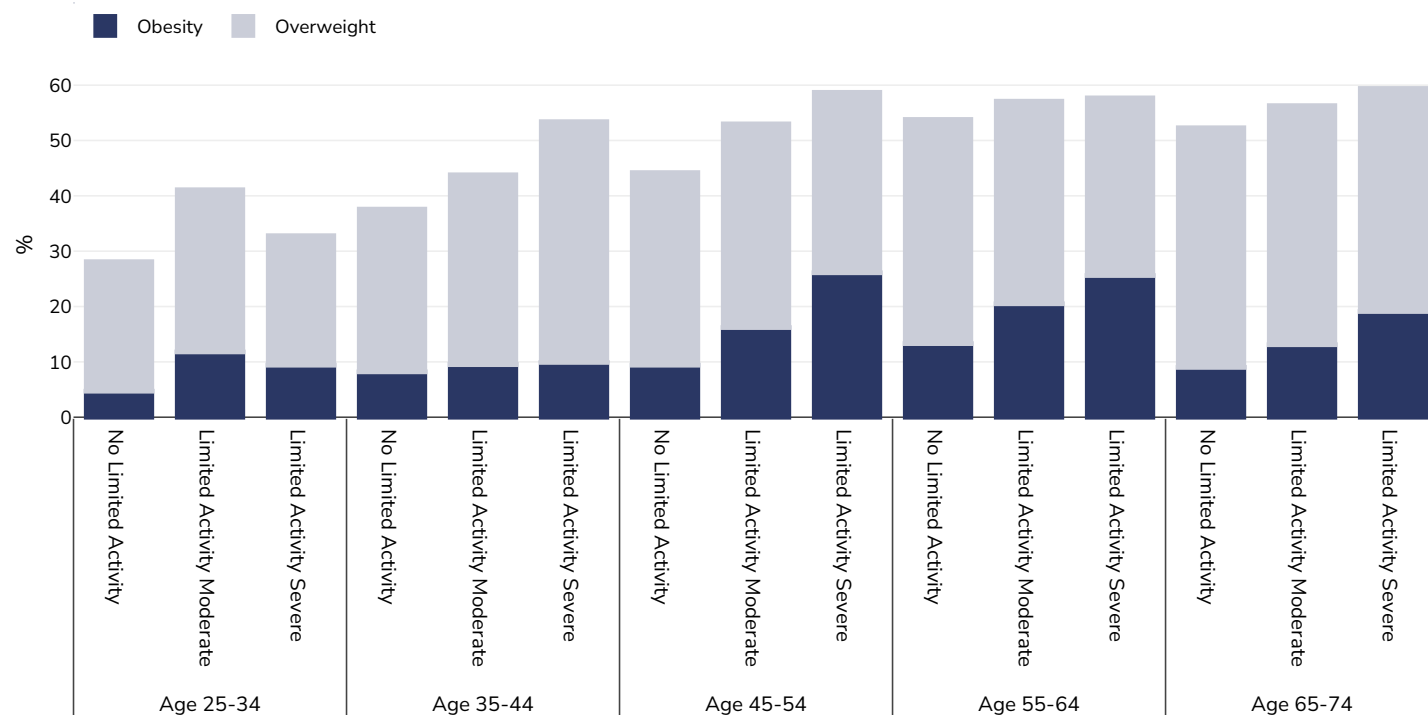
Girls, 2016



Survey type:	Measured
Age:	8-9
Sample size:	48,900
Area covered:	National
References:	Lauria, Laura, et al. "Decline of Childhood Overweight and Obesity in Italy from 2008 to 2016: Results from 5 Rounds of the Population-Based Surveillance System." BMC Public Health, vol. 19, no. 1, 21 May 2019, 10.1186/s12889-019-6946-3. Available at: https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-019-6946-3 . Accessed 13 May 2021.
Notes:	OKkio alla SALUTE 2016 data.
Definitions:	Based on Mother's citizenship.
Cutoffs:	WOF-IOTF

Overweight/obesity by age and limited activity

Adults, 2014



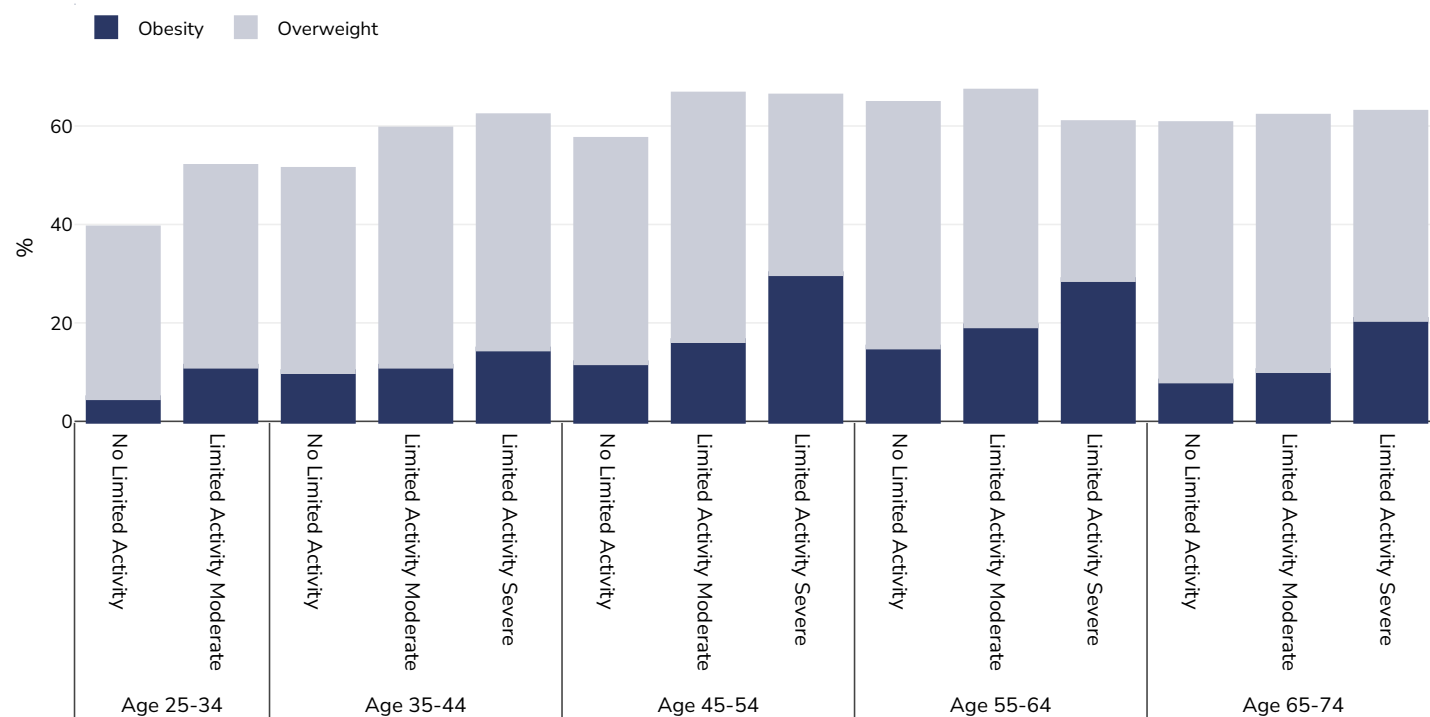
Survey type: Self-reported

Area covered: National

References: Eurostat 2014 available at <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (last accessed 06.10.21)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Men, 2014



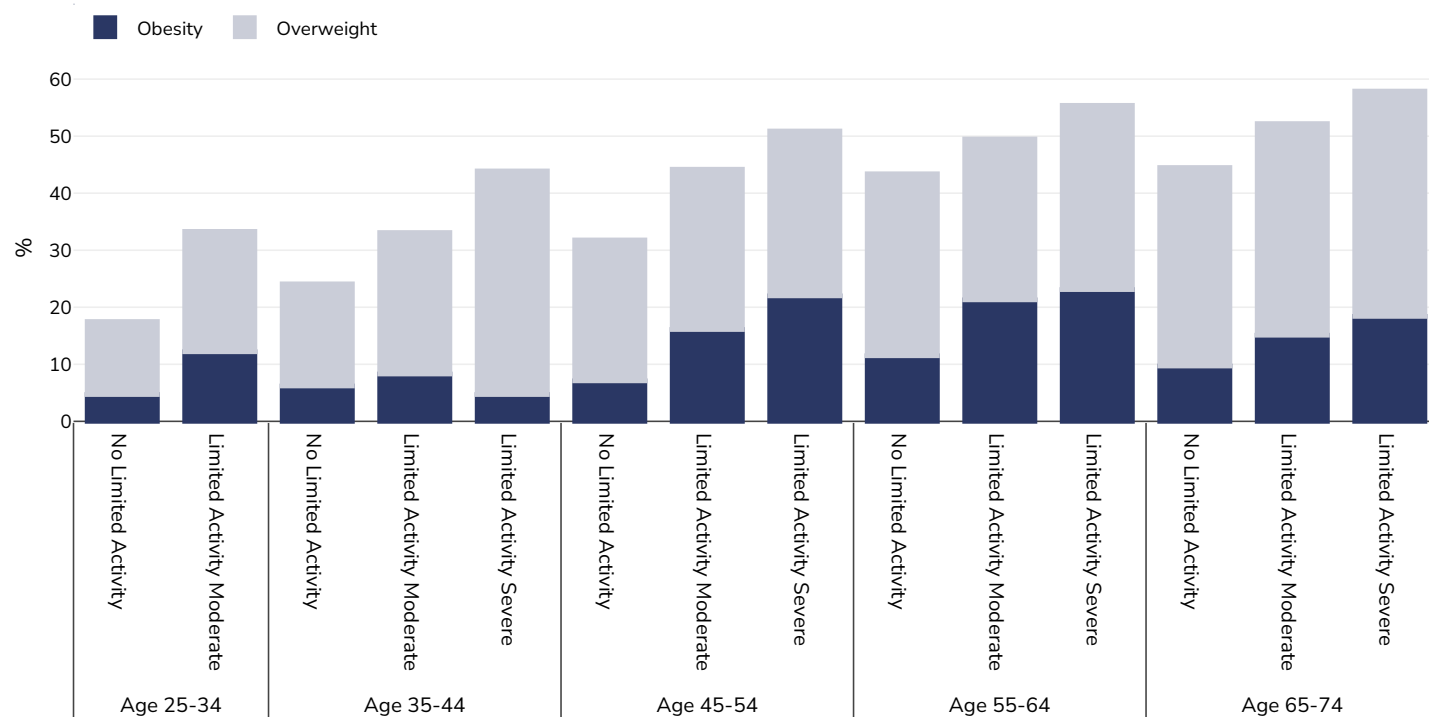
Survey type: Self-reported

Area covered: National

References: Eurostat 2014 available at <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (last accessed 06.10.21)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2014



Survey type: Self-reported

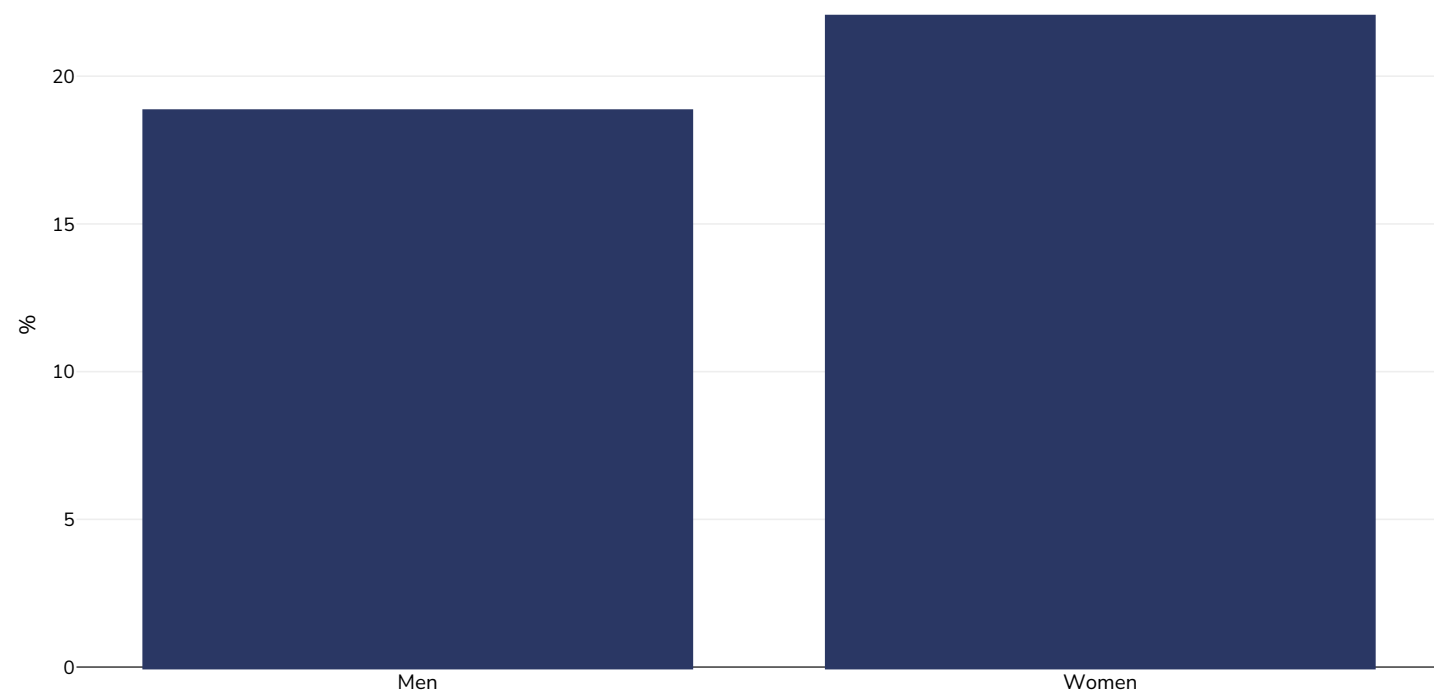
Area covered: National

References: Eurostat 2014 available at <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> (last accessed 06.10.21)

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

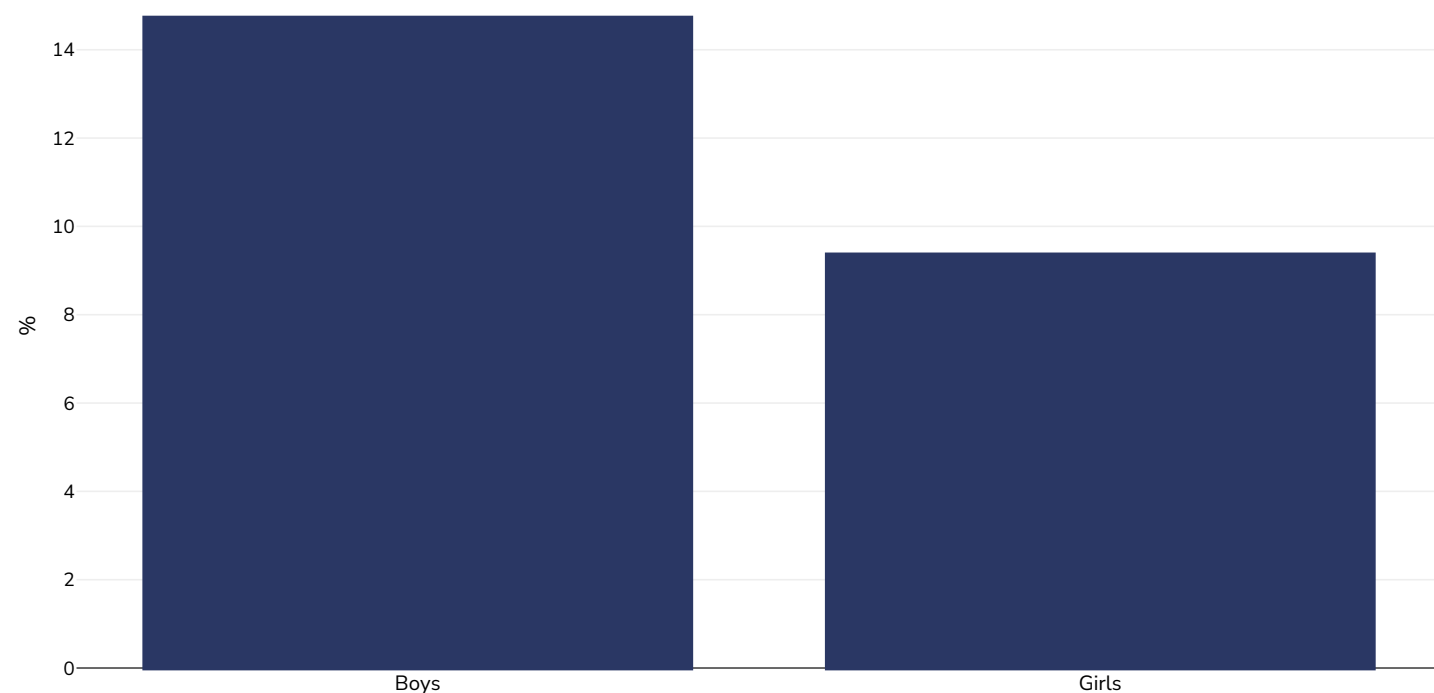
Double burden of underweight & overweight

Adults, 2022



Survey type:	Measured
Age:	20+
References:	NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. Lancet 2024; published online Feb 29. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2 .
Notes:	Age Standardised estimates
Definitions:	Combined prevalence of BMI<18.5 kg/m ² and BMI≥30 kg/m ² (double burden of underweight and obesity)

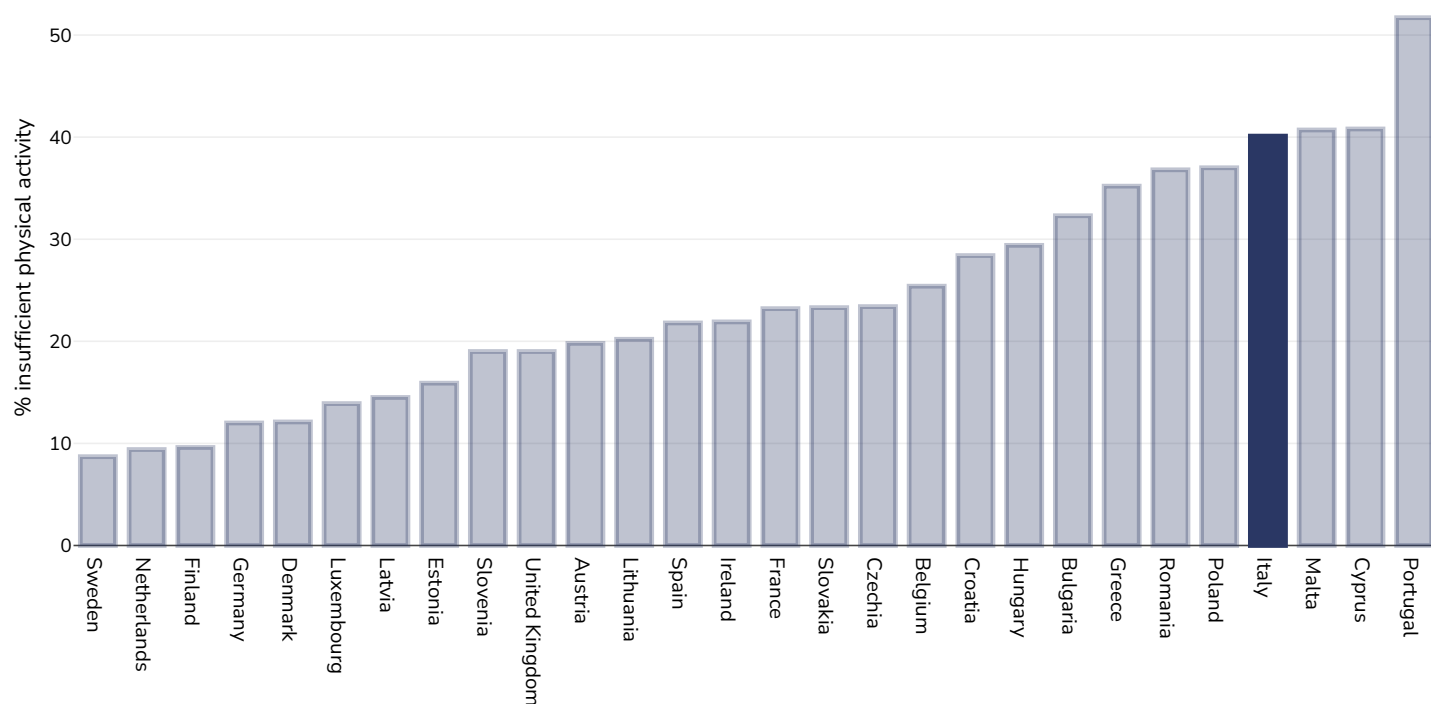
Children, 2022



Survey type:	Measured
Age:	5-19
References:	NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. Lancet 2024; published online Feb 29. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2 .
Notes:	Age standardised estimates
Definitions:	Combined prevalence of BMI < -2SD and BMI > 2SD (double burden of thinness and obesity)
Cutoffs:	BMI < -2SD and BMI > 2SD

Insufficient physical activity

Adults, 2022



Survey type: Self-reported

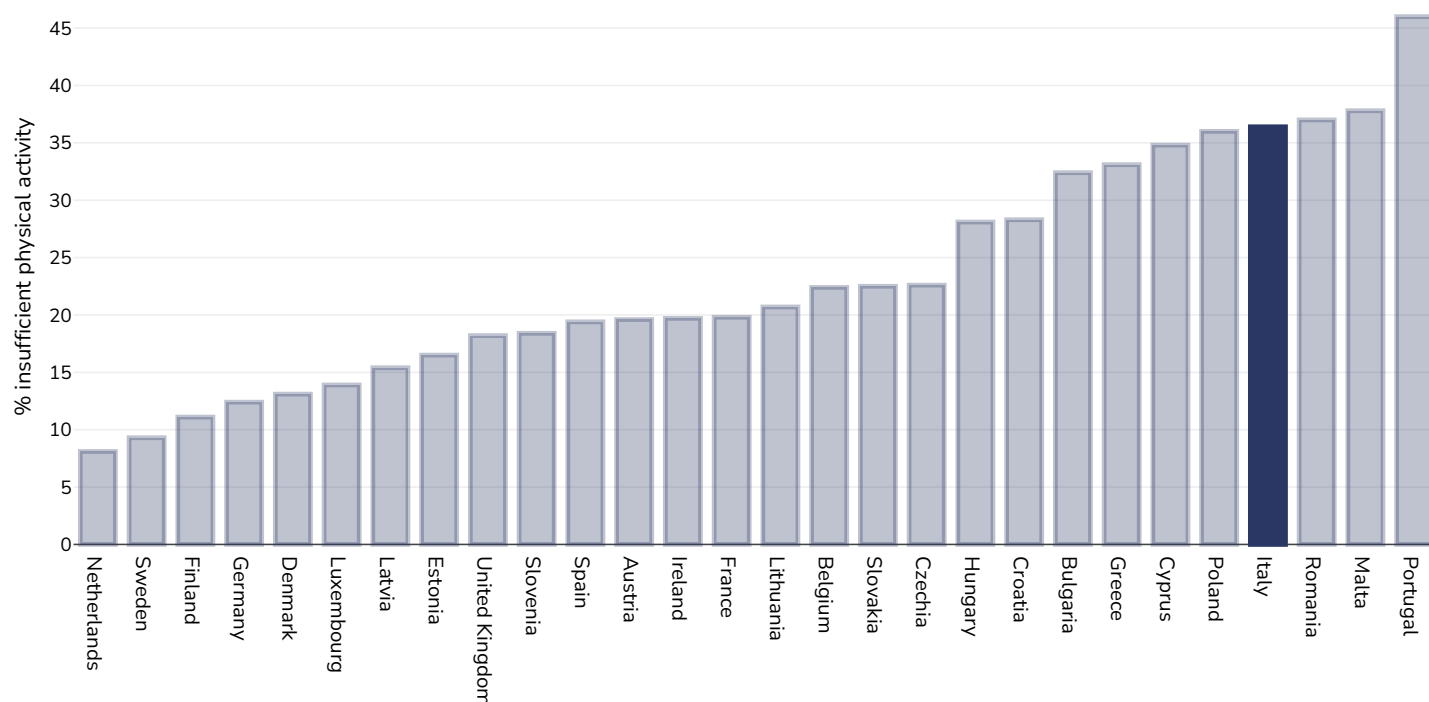
Age: 18+

Area covered: National

References: WHO (2024). Prevalence of insufficient physical activity among adults aged 18-years age-standardized estimate in 2022. Available at [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-(age-standardized-estimate)-(-))

Definitions: Percent of population attaining less than 150 minutes of moderate-intensity physical activity per week, or less than 75 minutes of vigorous-intensity physical activity per week, or equivalent.

Men, 2022



Survey type: Self-reported

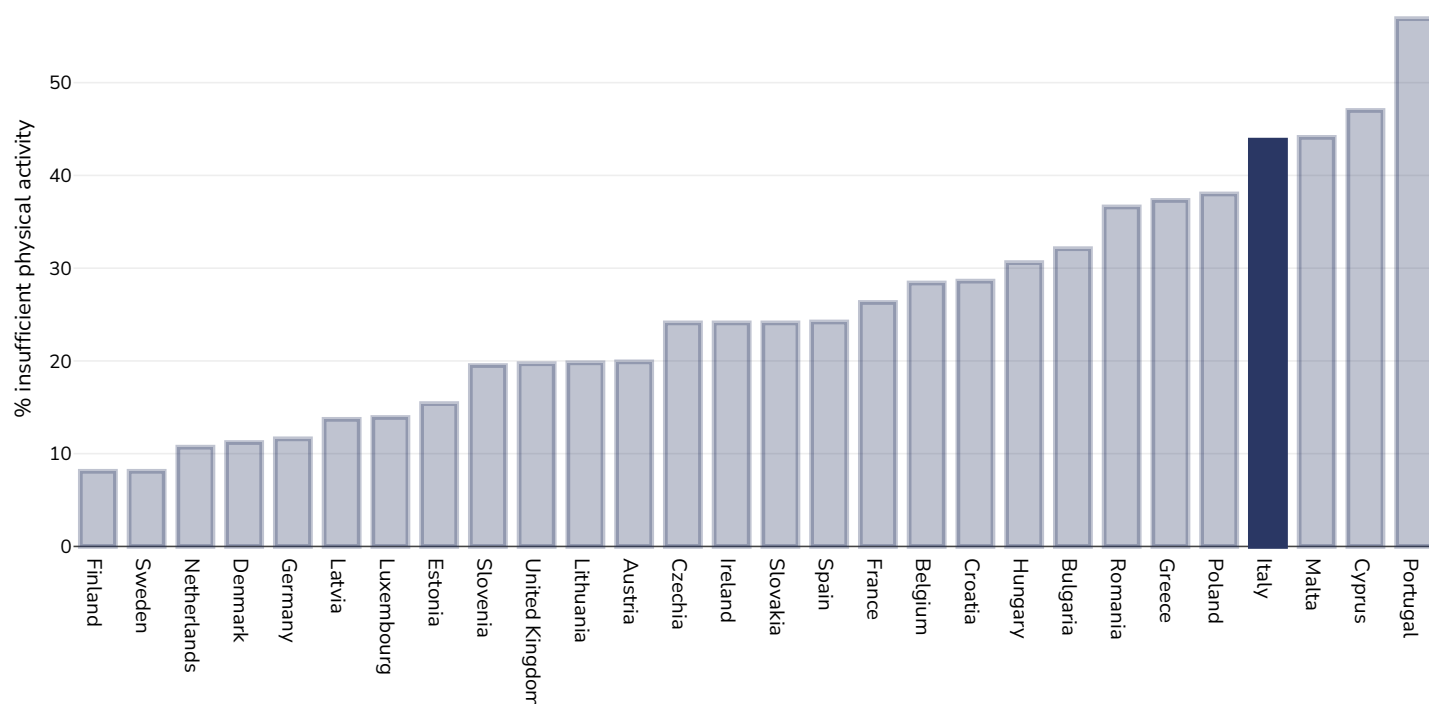
Age: 18+

Area covered: National

References: WHO (2024). Prevalence of insufficient physical activity among adults aged 18-years age-standardized estimate in 2022. Available at [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-(age-standardized-estimate)-(-))

Definitions: Percent of population attaining less than 150 minutes of moderate-intensity physical activity per week, or less than 75 minutes of vigorous-intensity physical activity per week, or equivalent.

Women, 2022



Survey type: Self-reported

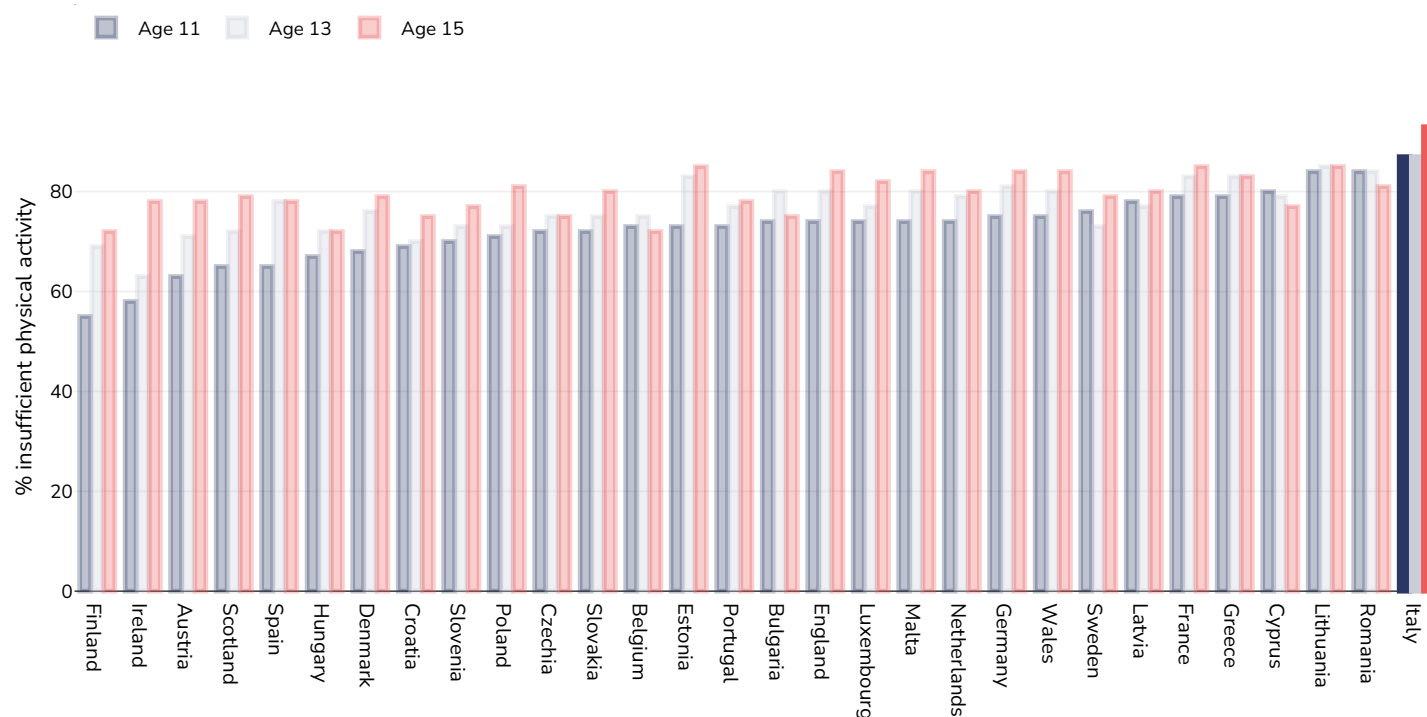
Age: 18+

Area covered: National

References: WHO (2024). Prevalence of insufficient physical activity among adults aged 18-years age-standardized estimate in 2022. Available at [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-(age-standardized-estimate)-(-))

Definitions: Percent of population attaining less than 150 minutes of moderate-intensity physical activity per week, or less than 75 minutes of vigorous-intensity physical activity per week, or equivalent.

Boys, 2021-2022



Survey type: Self-reported

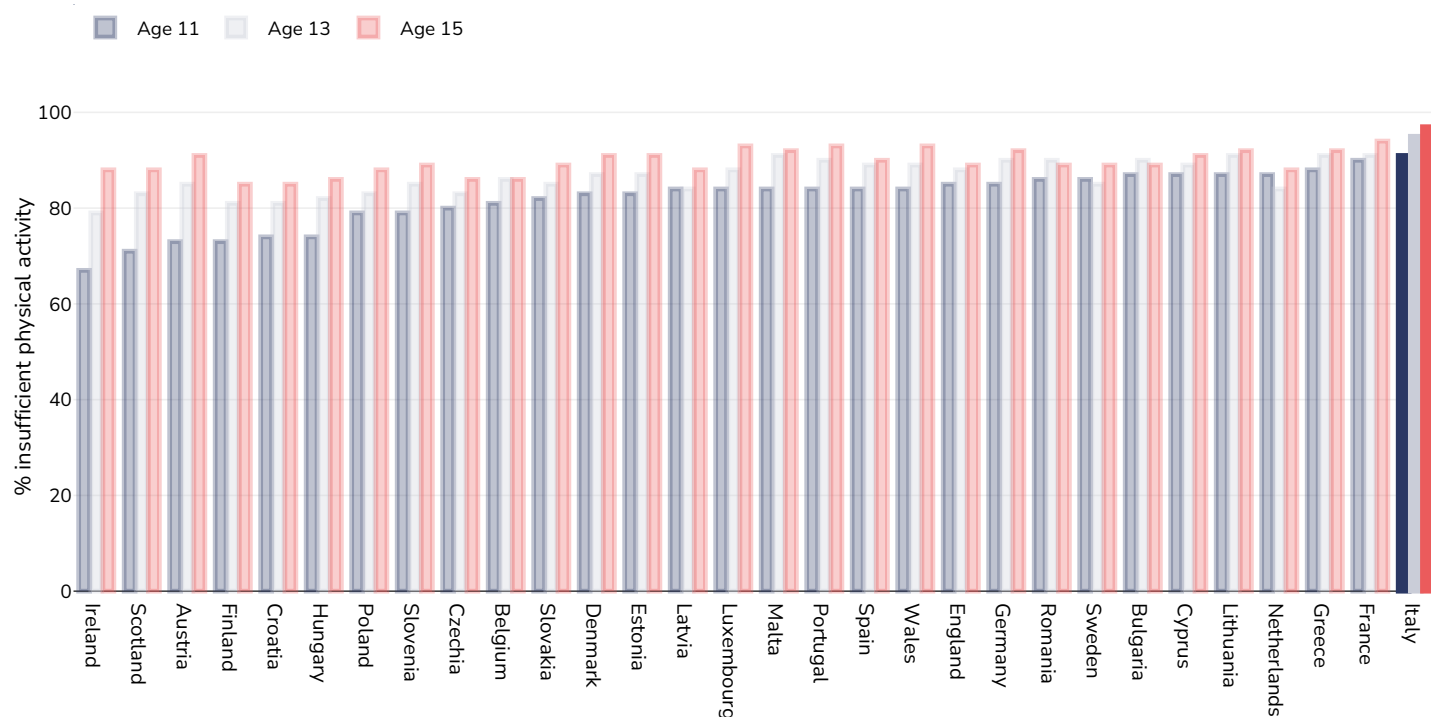
Area covered: National

References: Rakic JG, Hamrik Z, Dzielska A, Felder-Puig R, Oja L, Bakalár P et al. A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>.

Notes: Young people were asked to report the number of days over the past week during which they were physically active for a total of at least 60 minutes. The question was introduced by text defining moderate-to-vigorous physical activity (MVPA) as any activity that increases the heart rate and makes the person get out of breath some of the time, with examples provided. Findings presented on the Observatory show the proportions who report less than 60 minutes of MVPA daily. NB. National except Belgium (Flemish speaking region only)

Definitions: % reporting less than 60 minutes of MVPA daily

Girls, 2021-2022



Survey type: Self-reported

Area covered: National

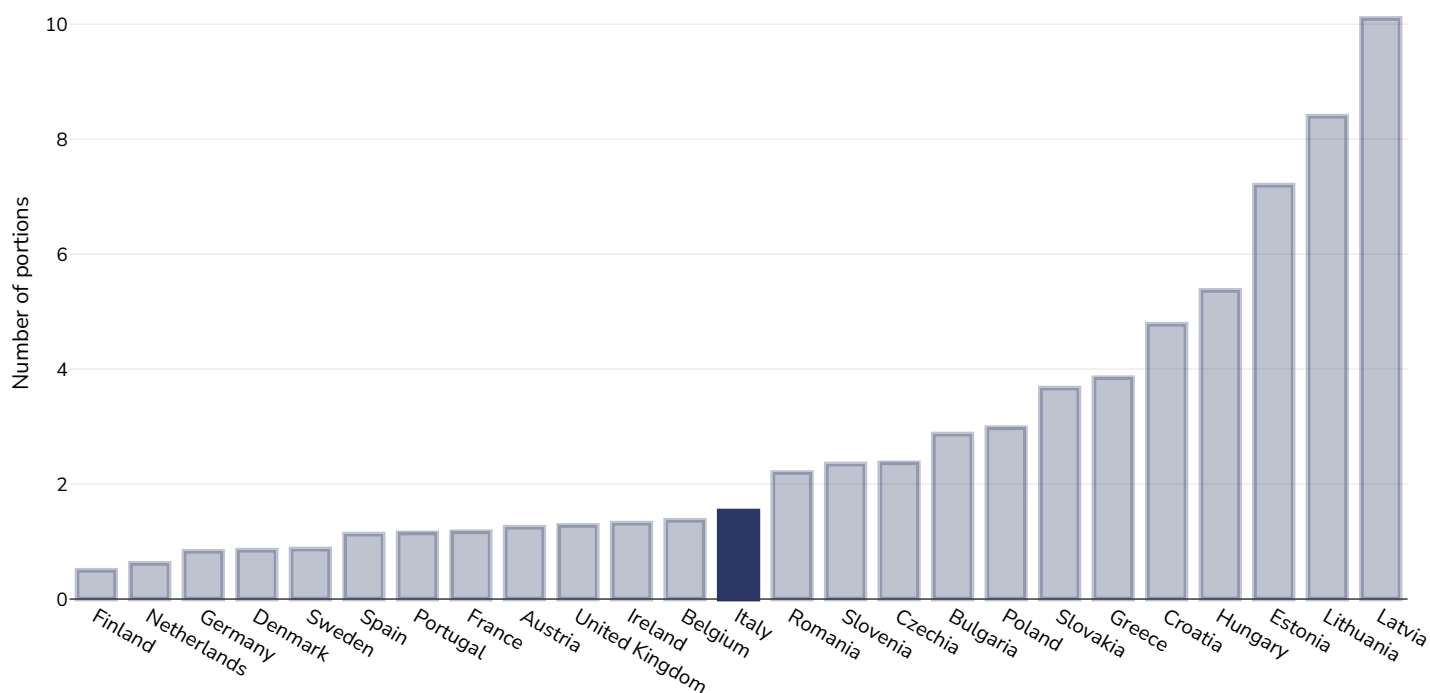
References: Rakic JG, Hamrik Z, Dzielska A, Felder-Puig R, Oja L, Bakalár P et al. A focus on adolescent physical activity, eating behaviours, weight status and body image in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey): <https://data-browser.hbsc.org>.

Notes: Young people were asked to report the number of days over the past week during which they were physically active for a total of at least 60 minutes. The question was introduced by text defining moderate-to-vigorous physical activity (MVPA) as any activity that increases the heart rate and makes the person get out of breath some of the time, with examples provided. Findings presented on the Observatory show the proportions who report less than 60 minutes of MVPA daily. NB. National except Belgium (Flemish speaking region only)

Definitions: % reporting less than 60 minutes of MVPA daily

Sugar consumption

Adults, 2016



References:

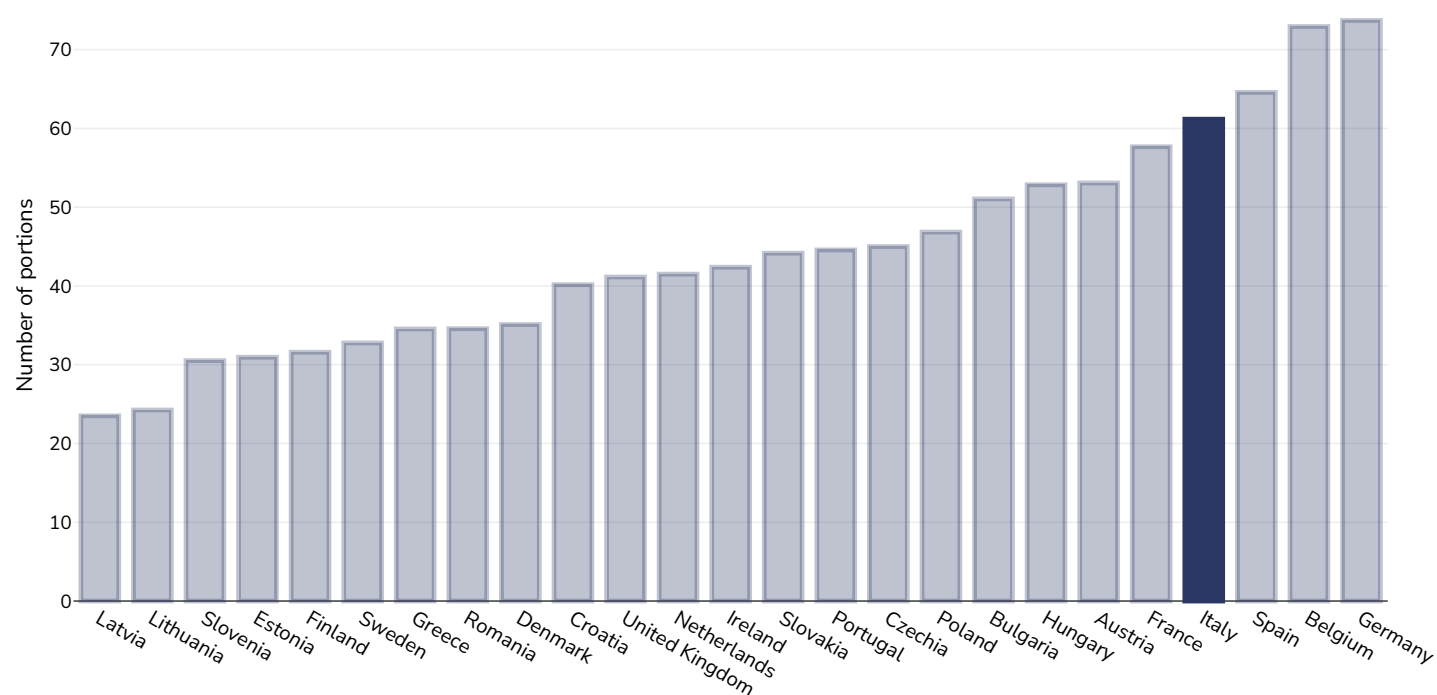
Source: Euromonitor International

Definitions:

Sugar consumption (Number of 500g sugar portions/person/month)

Estimated per capita sugar sweetened beverages intake

Adults, 2016

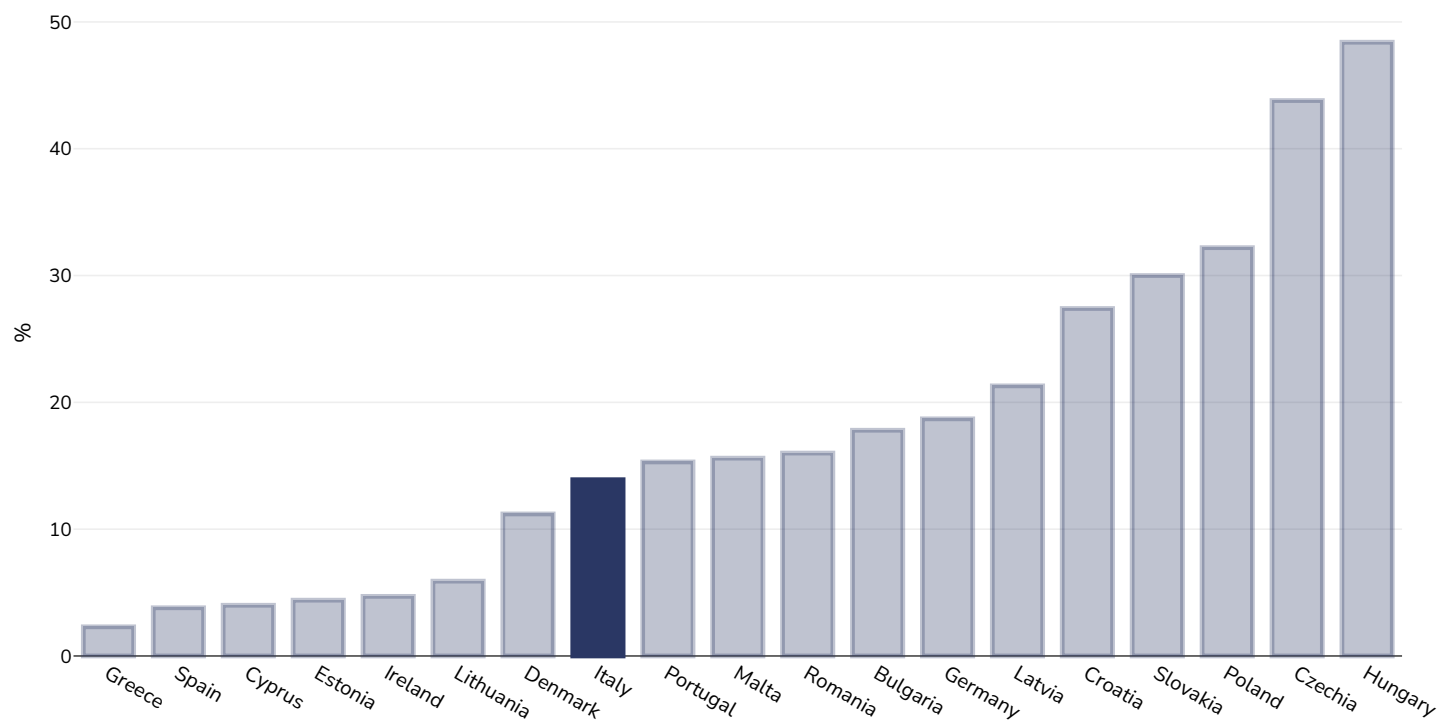


References:

Source: Euromonitor International

Prevalence of at least daily soft drink consumption

Children, 2022-2024



Survey type: Self-reported

Age: 6-9

Sample size: 40850

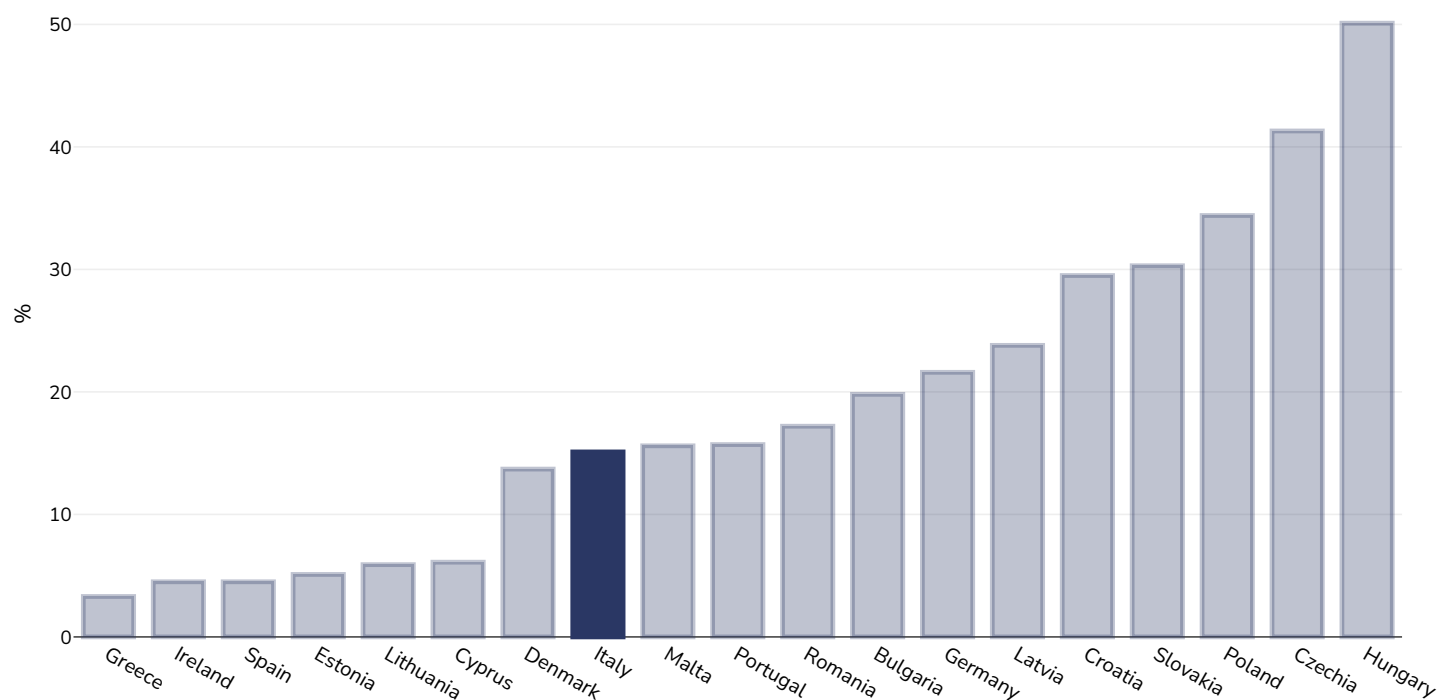
Area covered: National

References: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes: National data excluding Germany (Bremen only) and Kazakhstan (Almaty only)

Definitions: Prevalence of daily consumption of soft drinks containing sugar, as reported by the child's parent (%)

Boys, 2022-2024



Survey type: Self-reported

Age: 6-9

Sample size: 40850

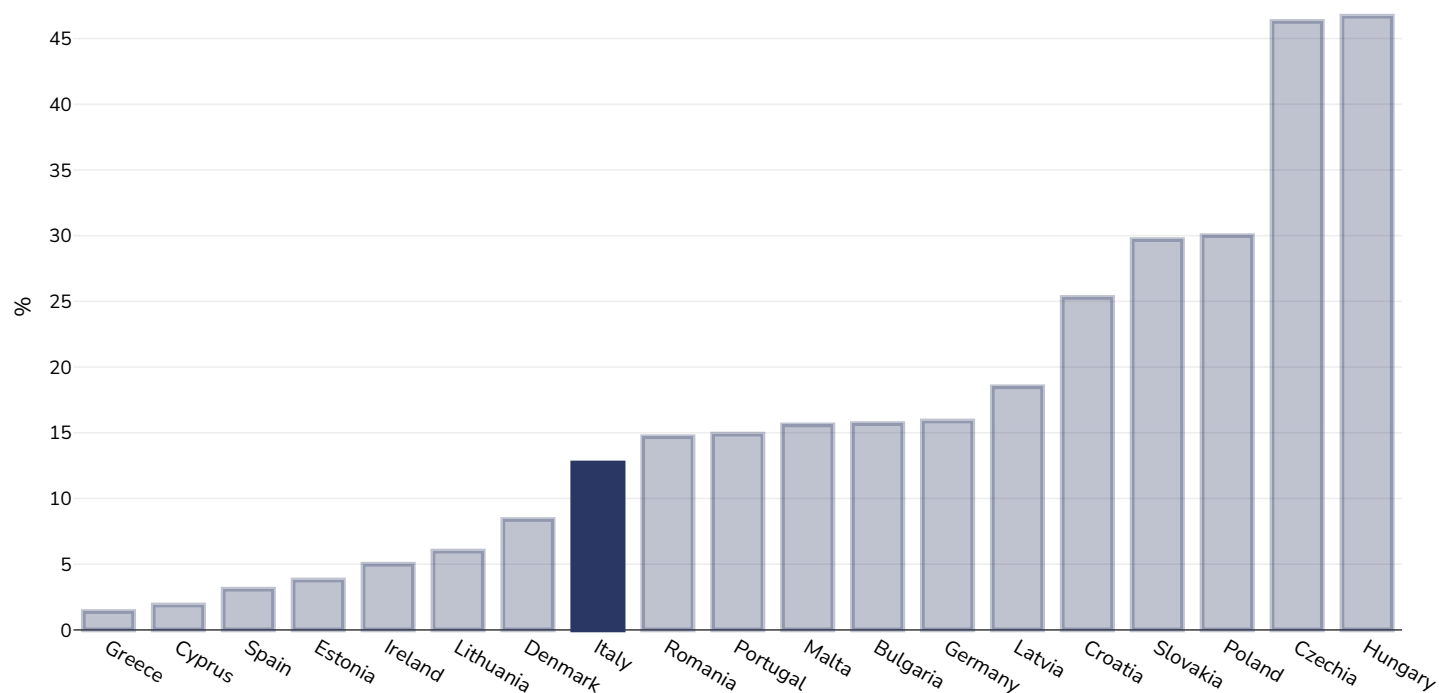
Area covered: National

References: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes: National data excluding Germany (Bremen only) and Kazakhstan (Almaty only)

Definitions: Prevalence of daily consumption of soft drinks containing sugar, as reported by the child's parent (%)

Girls, 2022-2024



Survey type: Self-reported

Age: 6-9

Sample size: 40850

Area covered: National

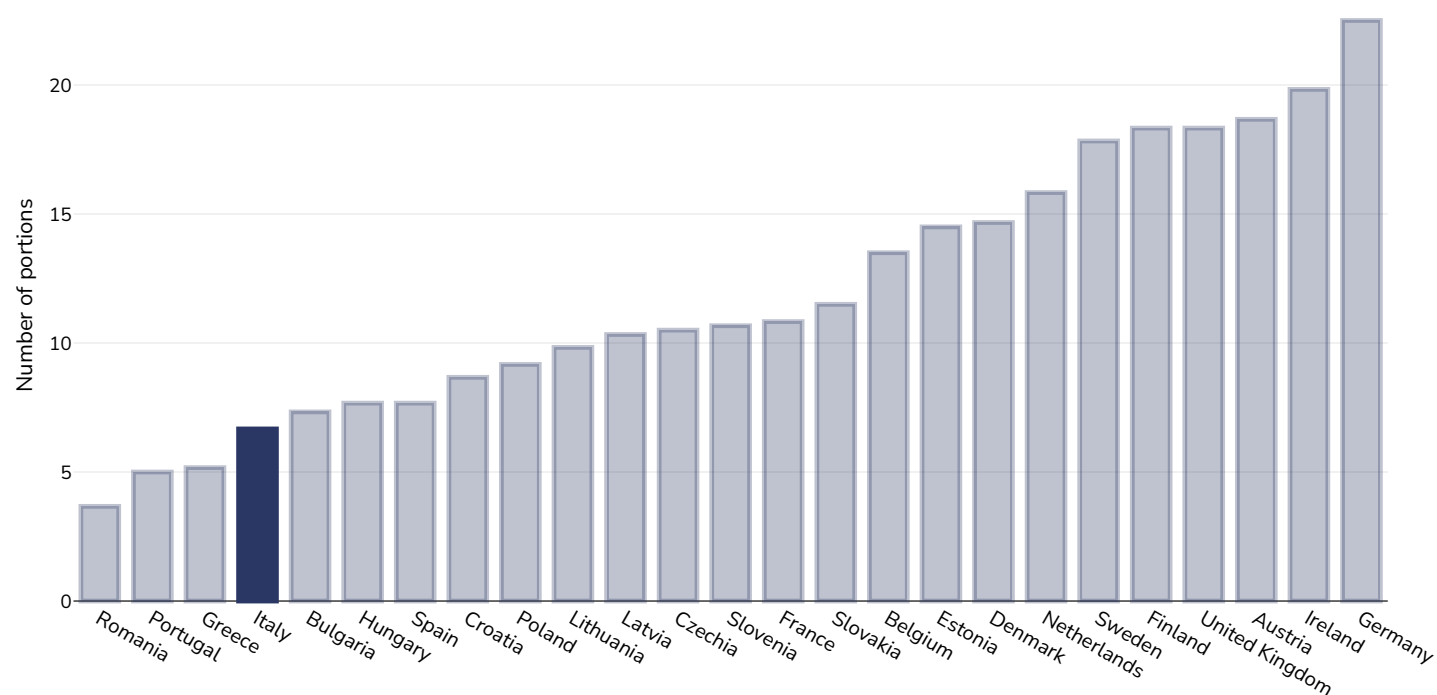
References: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes: National data excluding Germany (Bremen only) and Kazakhstan (Almaty only)

Definitions: Prevalence of daily consumption of soft drinks containing sugar, as reported by the child's parent (%)

Prevalence of confectionery consumption

Adults, 2016



References:

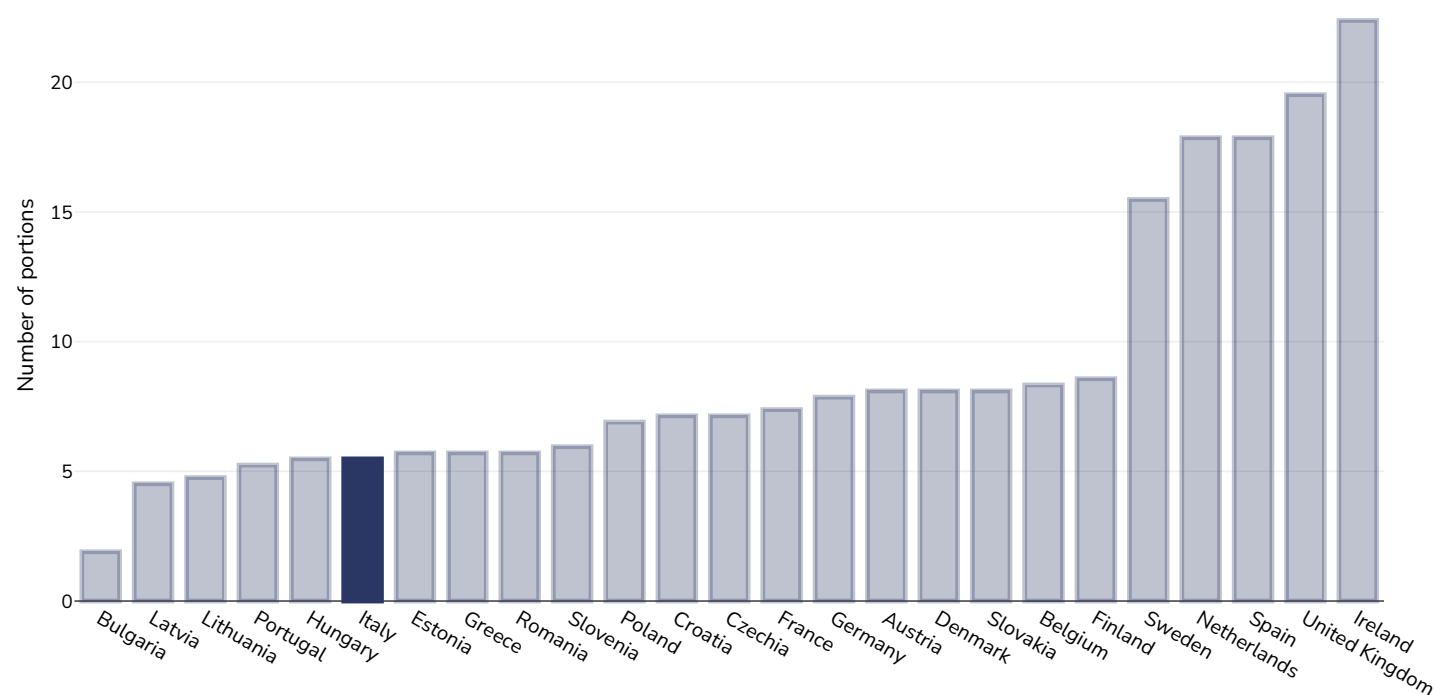
Source: Euromonitor International

Definitions:

Prevalence of confectionery consumption (Number of 50g confectionery portions/person/month)

Prevalence of sweet/savoury snack consumption

Adults, 2016



References:

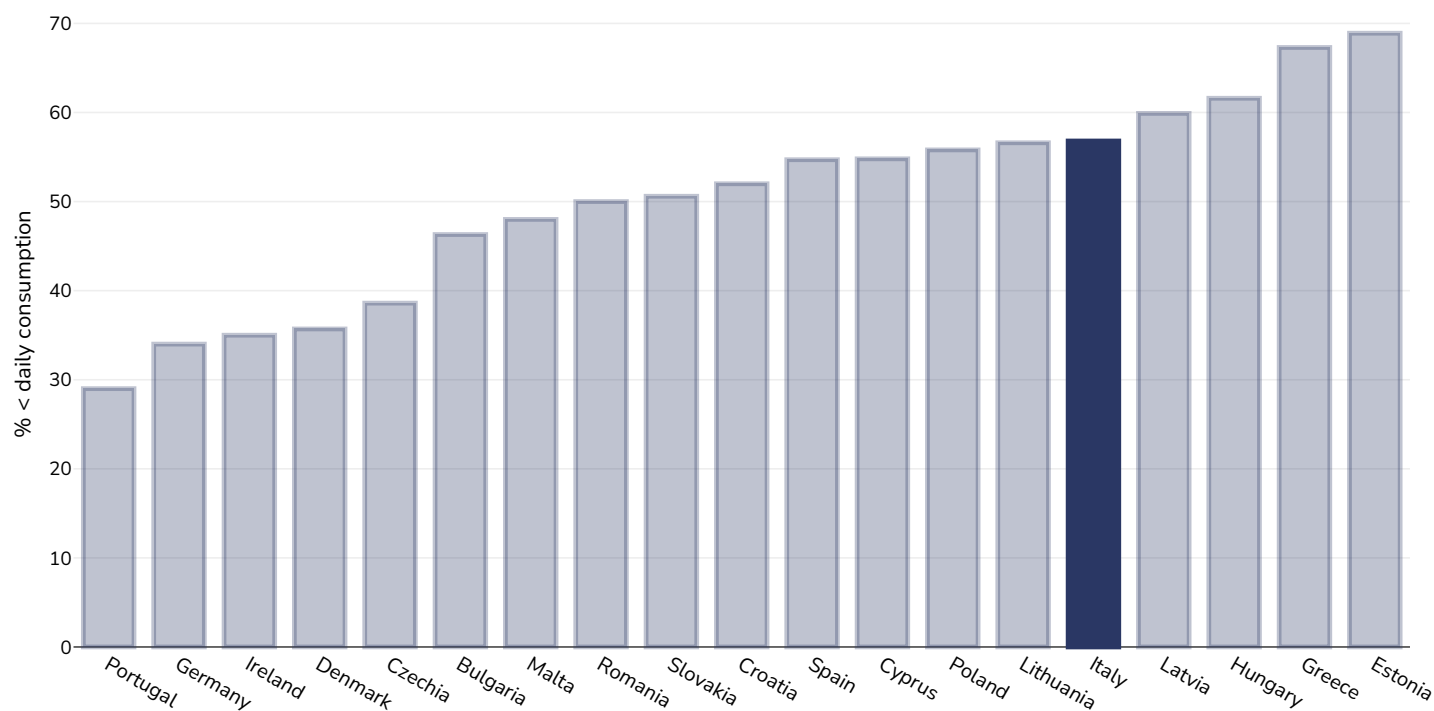
Source: Euromonitor International

Definitions:

Prevalence of sweet/savoury snack consumption (Number of 35g sweet/savoury snack portions/person/month)

Prevalence of less than daily fruit consumption

Children, 2022-2024



Survey type: Self-reported

Age: 6-9

Sample size: 40883

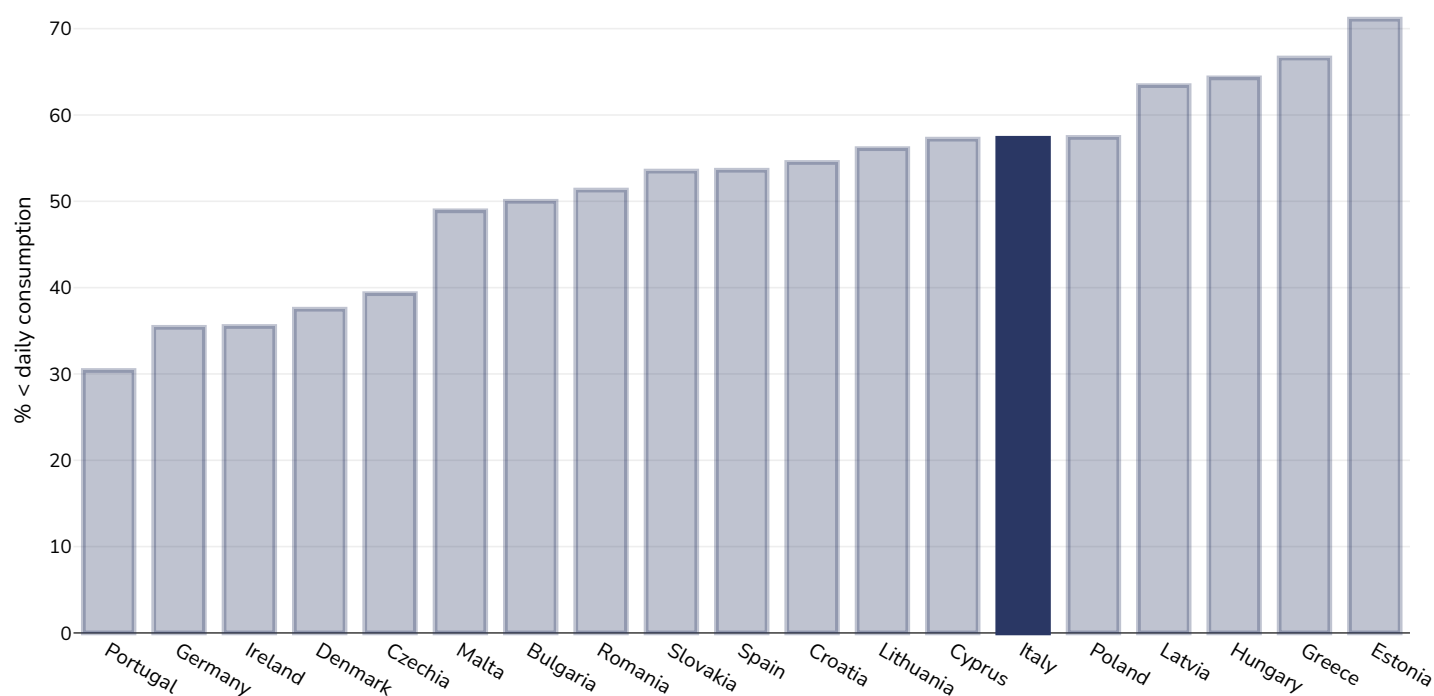
Area covered: National

References: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes: National data excluding Germany (Bremen only) and Kazakhstan (Almaty only).

Definitions: Proportion of children whose parents reported that their child consumes fruit less than daily

Boys, 2022-2024



Survey type: Self-reported

Age: 6-9

Sample size: 40883

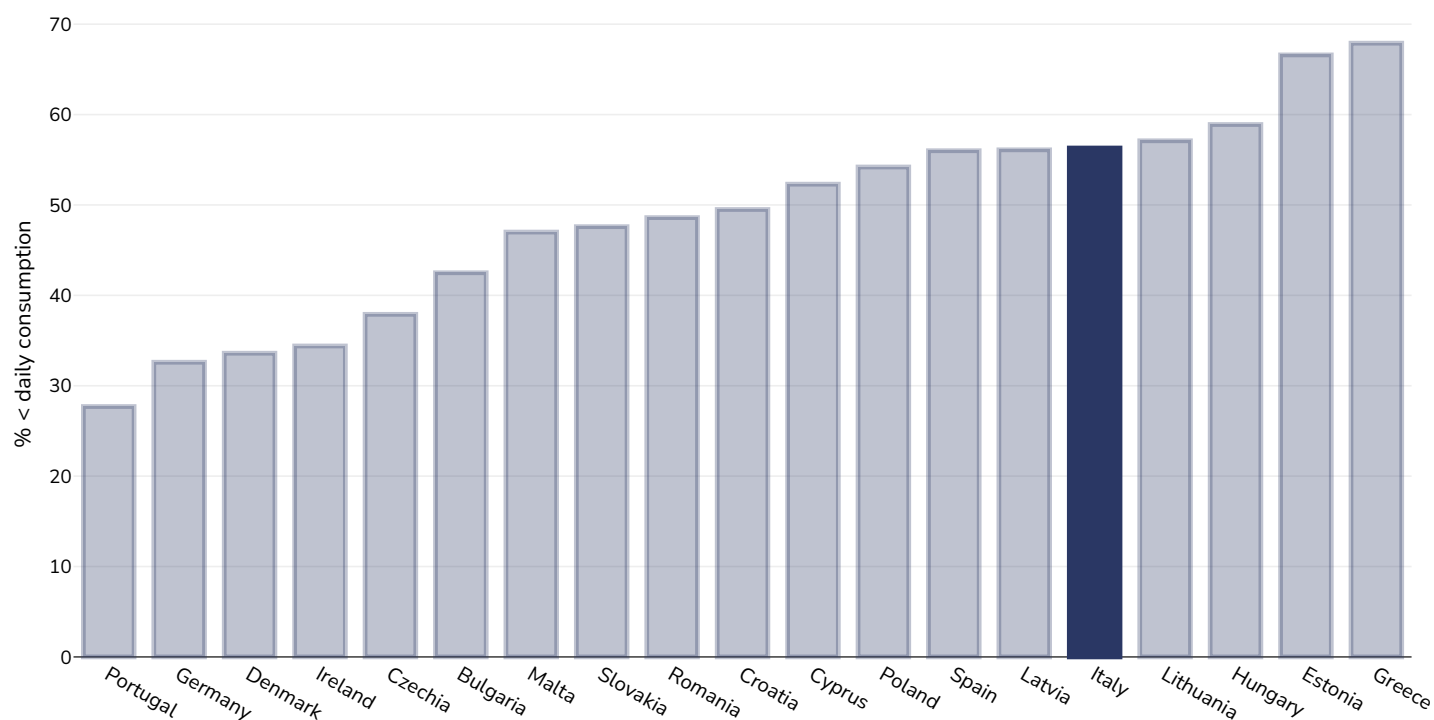
Area covered: National

References: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes: National data excluding Germany (Bremen only) and Kazakhstan (Almaty only).

Definitions: Proportion of children whose parents reported that their child consumes fruit less than daily

Girls, 2022-2024



Survey type: Self-reported

Age: 6-9

Sample size: 40883

Area covered: National

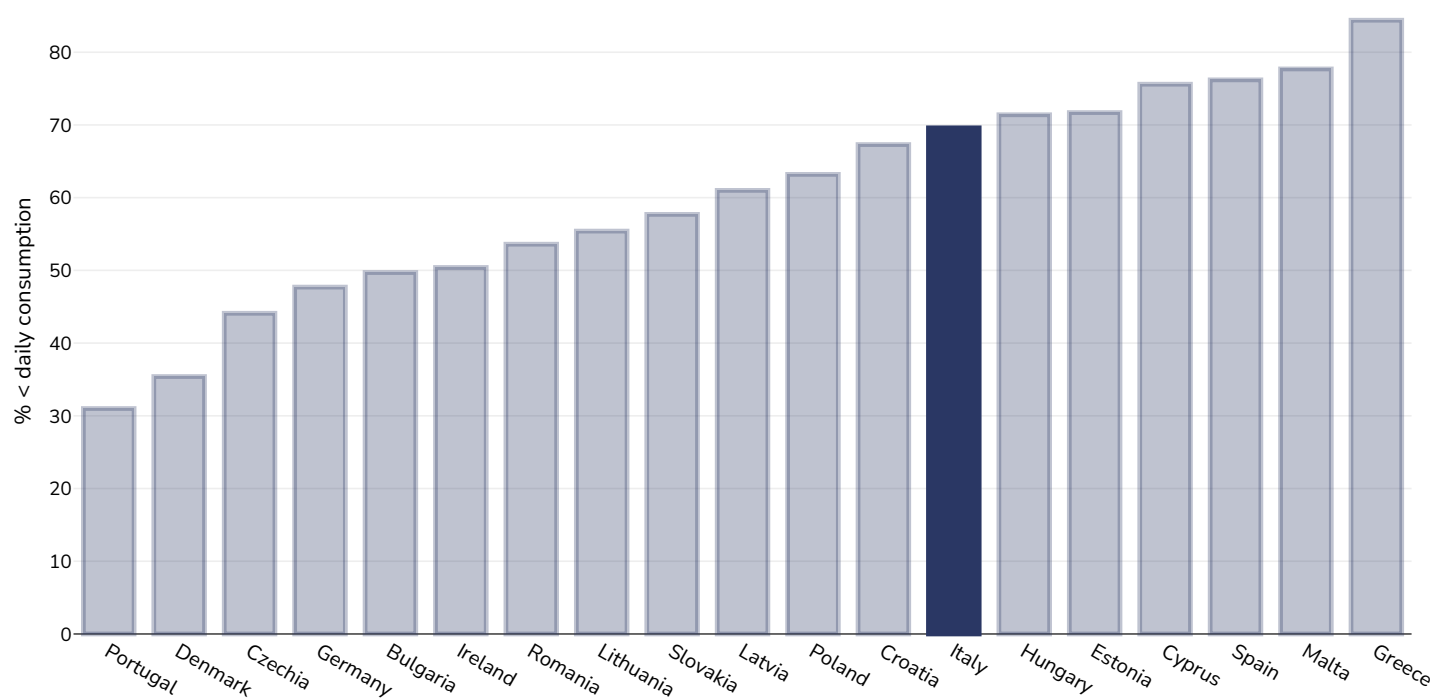
References: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes: National data excluding Germany (Bremen only) and Kazakhstan (Almaty only).

Definitions: Proportion of children whose parents reported that their child consumes fruit less than daily

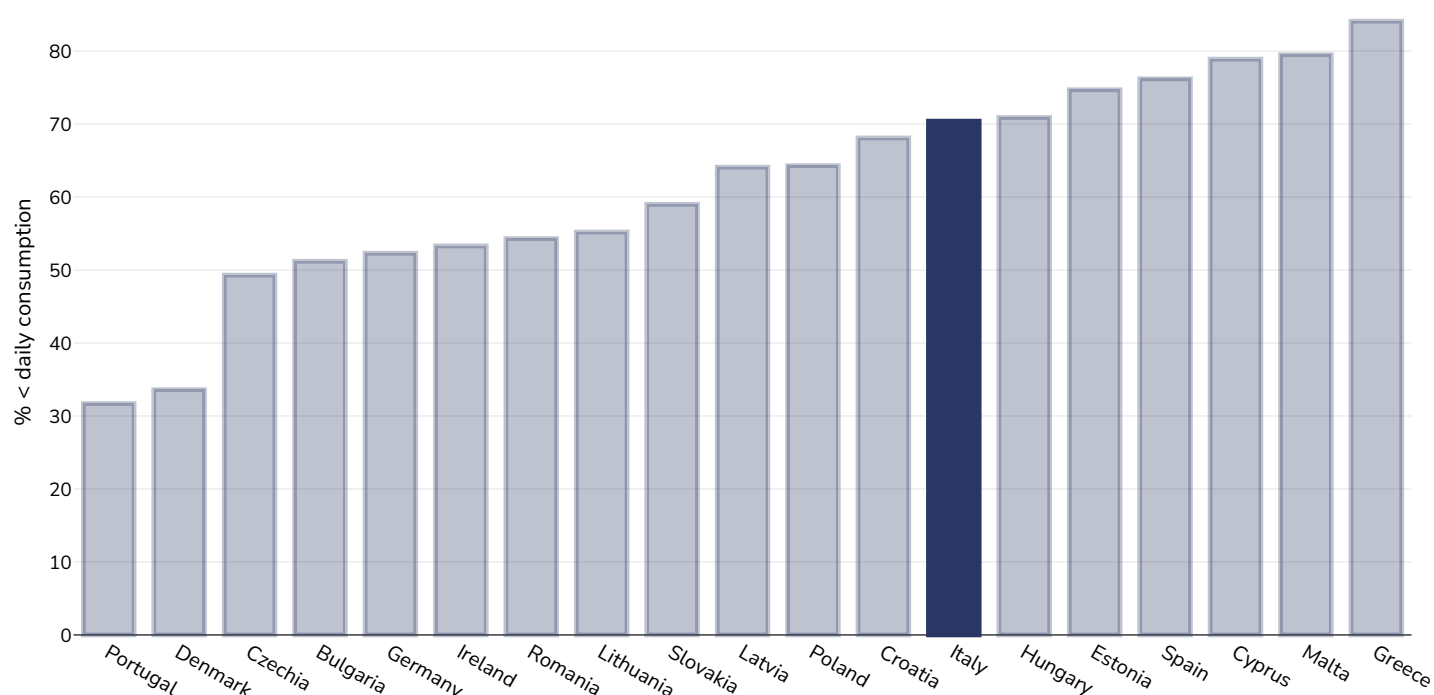
Prevalence of less than daily vegetable consumption

Children, 2022-2024



Survey type:	Self-reported
Age:	6-9
Sample size:	40955
Area covered:	National
References:	WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
Notes:	National data excluding Germany (Bremen only) and Kazakhstan (Almaty only).
Definitions:	Proportion of children whose parents reported that their child consumes vegetables less than daily

Boys, 2022-2024



Survey type: Self-reported

Age: 6-9

Sample size: 40955

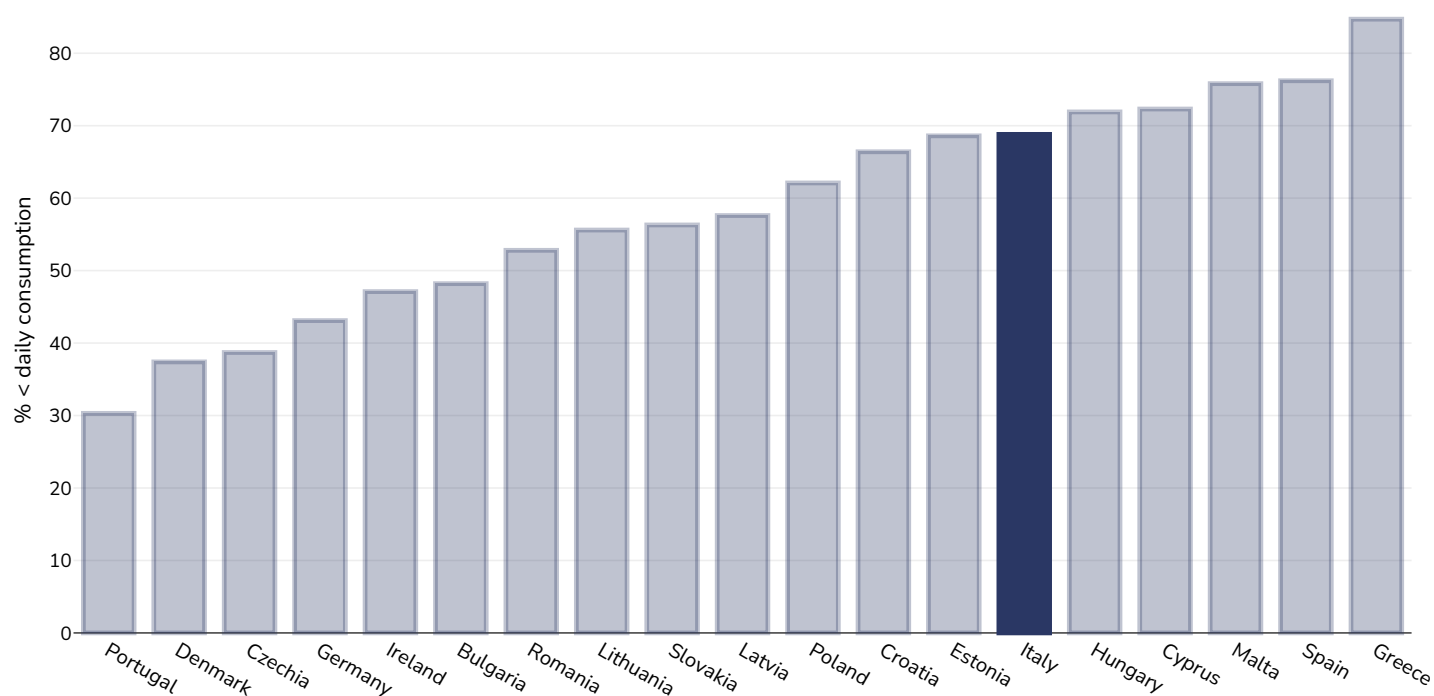
Area covered: National

References: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022– 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes: National data excluding Germany (Bremen only) and Kazakhstan (Almaty only).

Definitions: Proportion of children whose parents reported that their child consumes vegetables less than daily

Girls, 2022-2024



Survey type: Self-reported

Age: 6-9

Sample size: 40955

Area covered: National

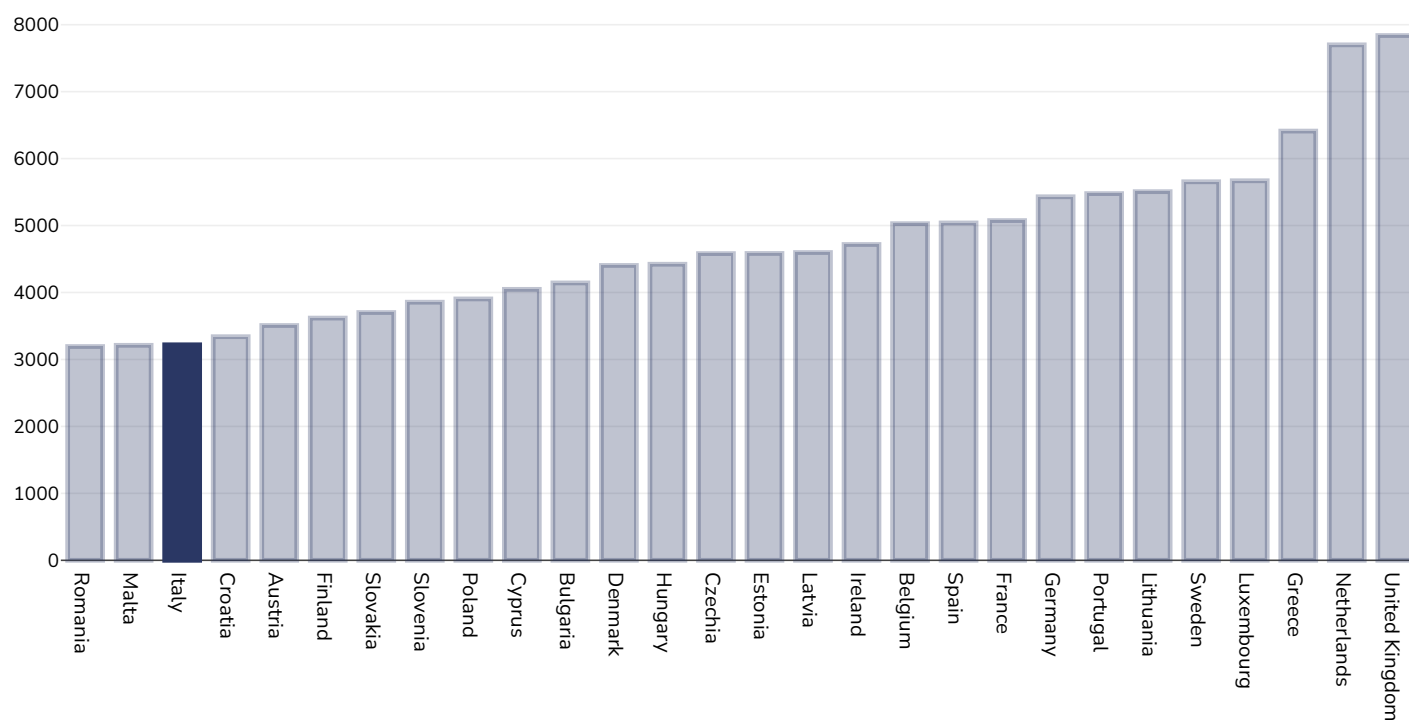
References: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022–2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Notes: National data excluding Germany (Bremen only) and Kazakhstan (Almaty only).

Definitions: Proportion of children whose parents reported that their child consumes vegetables less than daily

Mental health - depression disorders

Adults, 2023



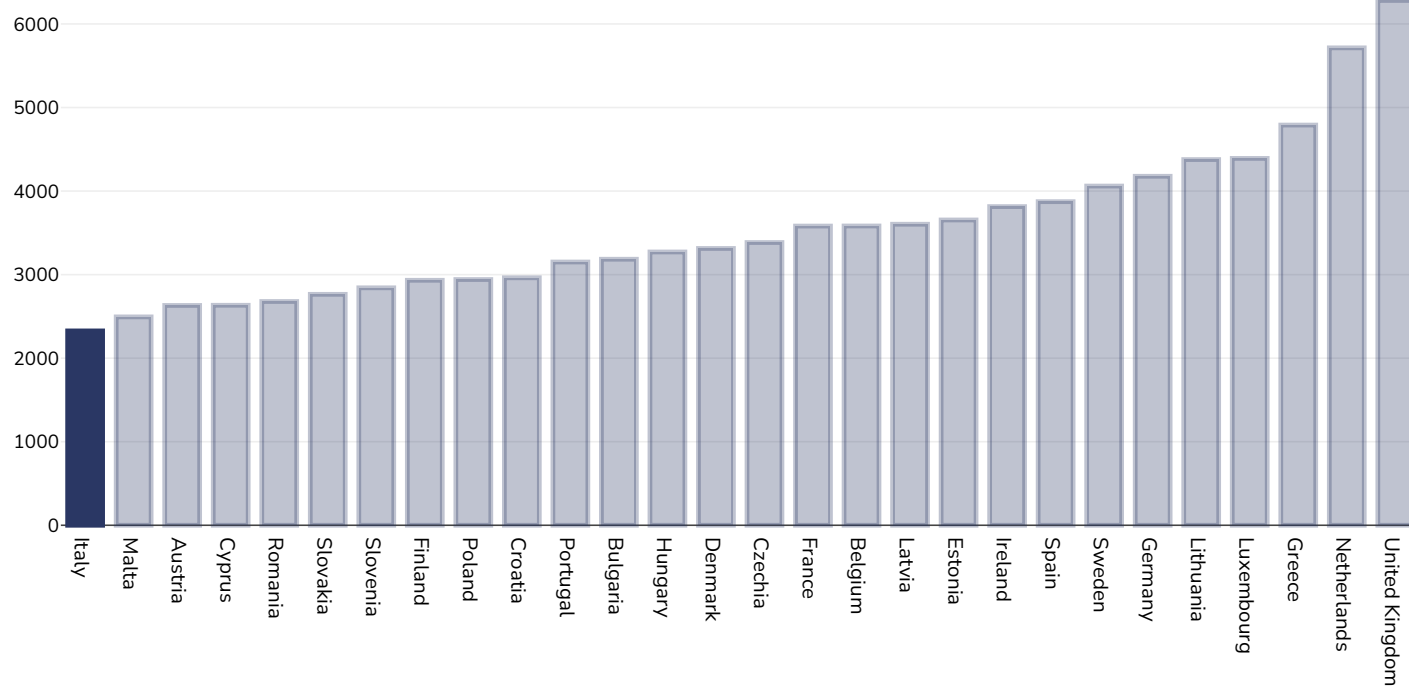
Age: 20+

Area covered: National

References: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions: Estimated number living with depressive disorders per 100,000 population (20+ years of age)

Men, 2023



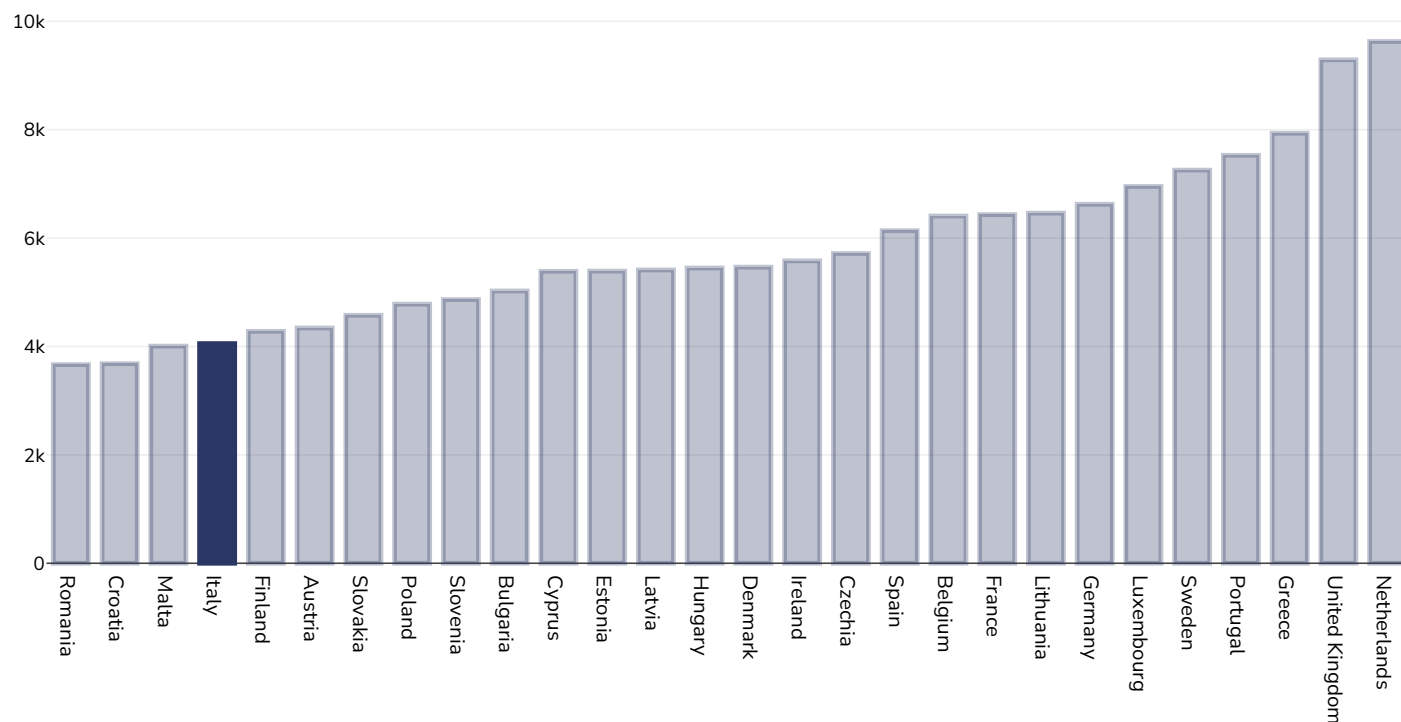
Age: 20+

Area covered: National

References: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions: Estimated number living with depressive disorders per 100,000 population (20+ years of age)

Women, 2023



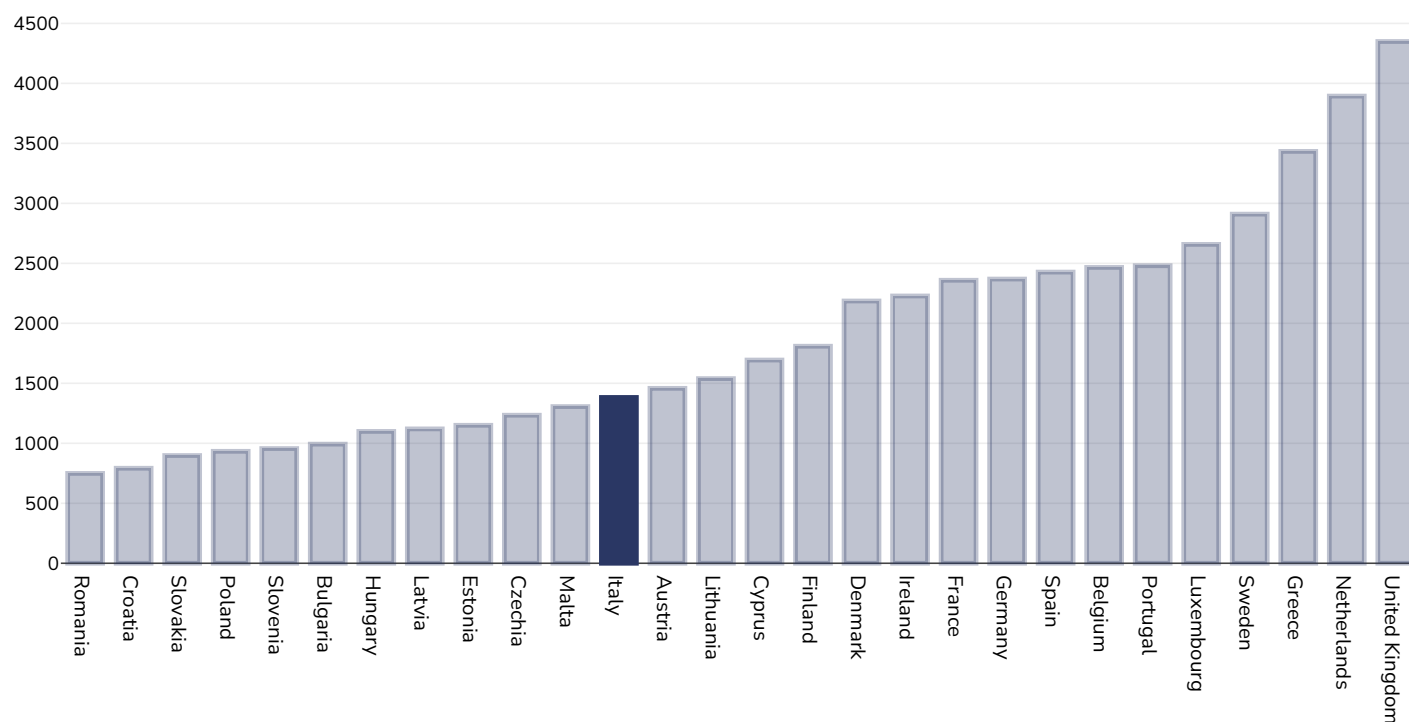
Age: 20+

Area covered: National

References: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions: Estimated number living with depressive disorders per 100,000 population (20+ years of age)

Children, 2023



Area covered:

National

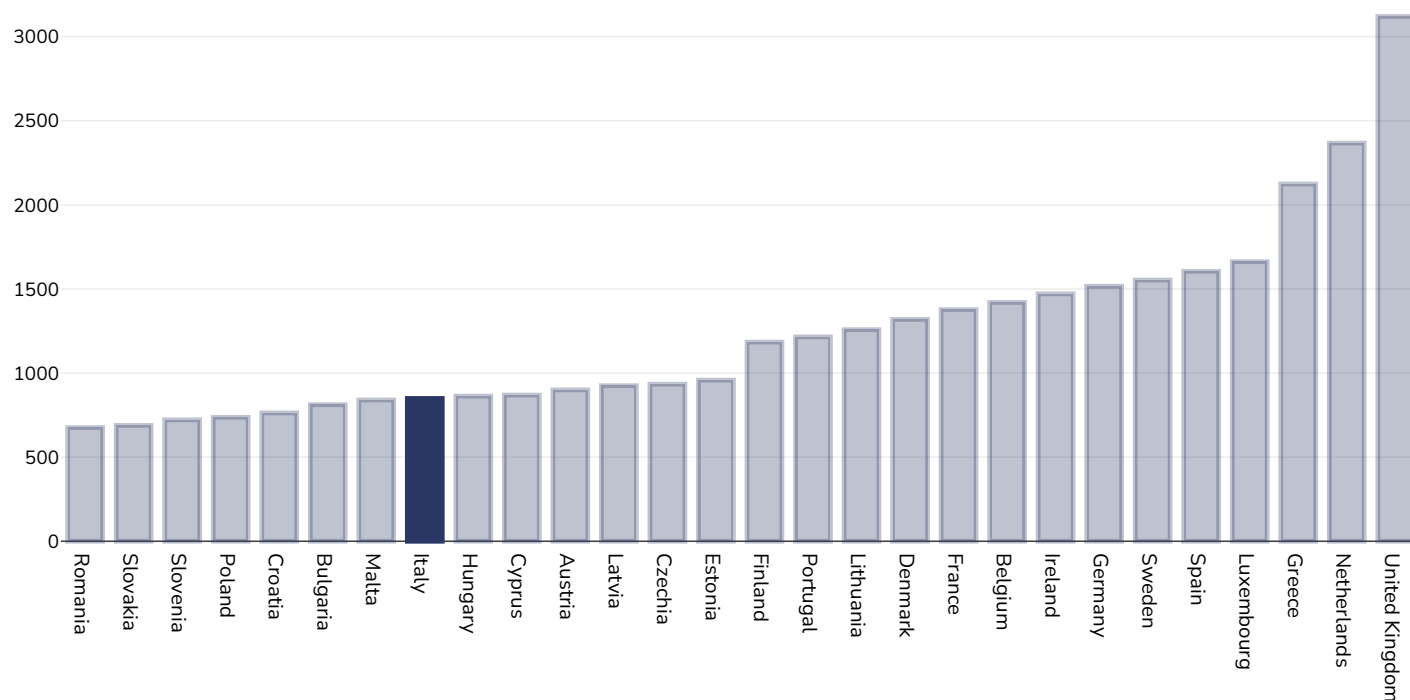
References:

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions:

Estimated number living with depressive disorders per 100,000 population (under 20 years of age)

Boys, 2023



Area covered:

National

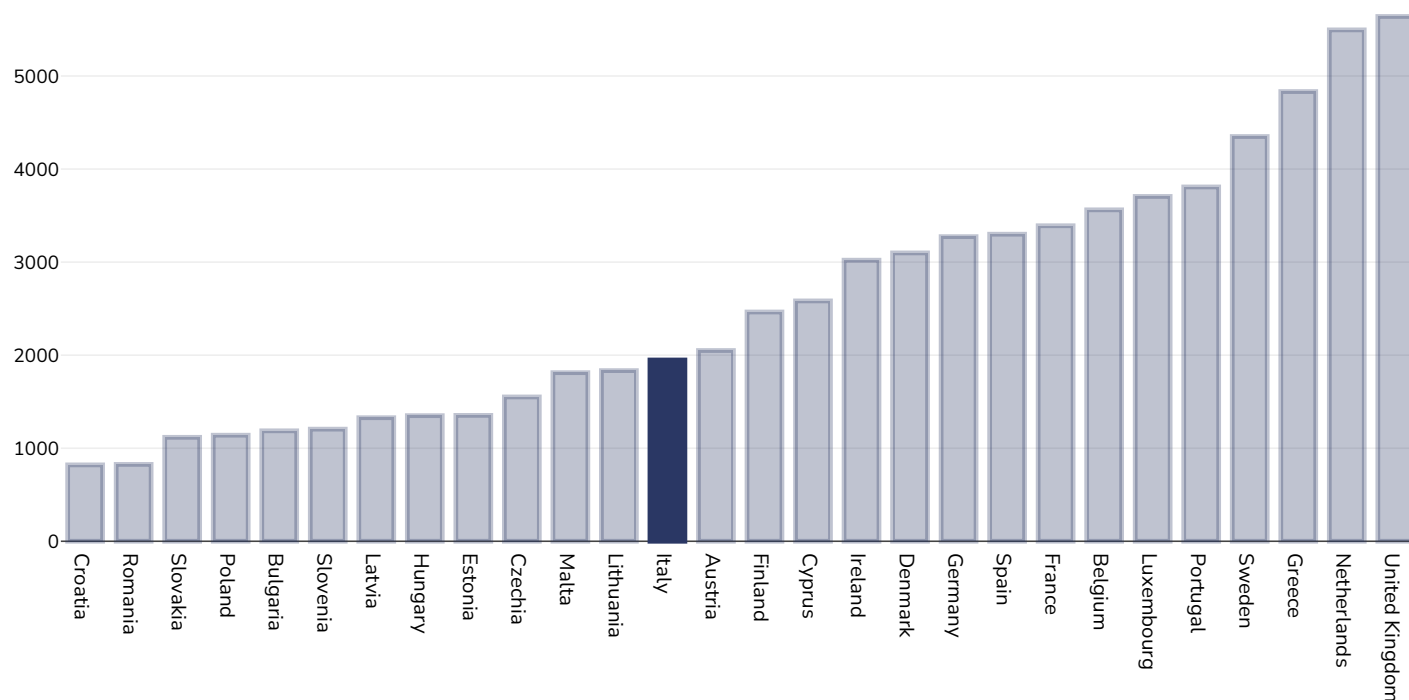
References:

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions:

Estimated number living with depressive disorders per 100,000 population (under 20 years of age)

Girls, 2023



Area covered:

National

References:

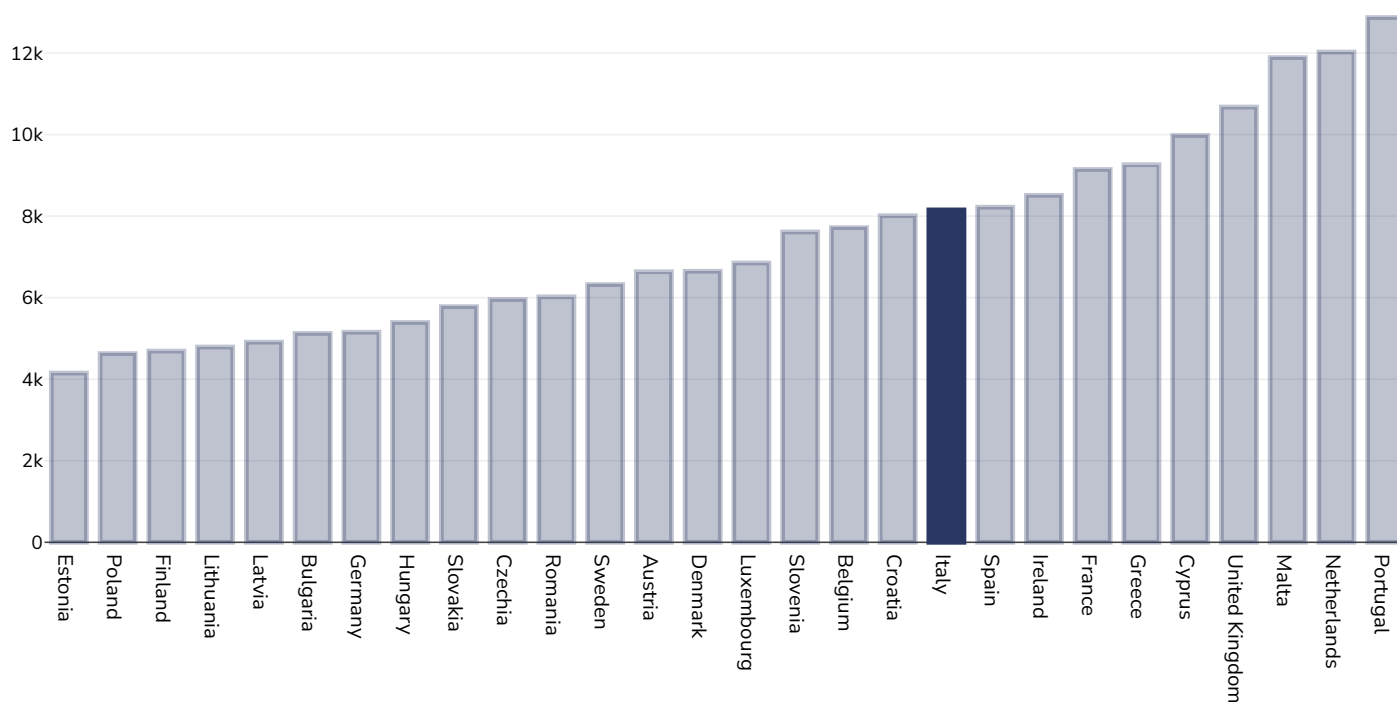
Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions:

Estimated number living with depressive disorders per 100,000 population (under 20 years of age)

Mental health - anxiety disorders

Adults, 2023



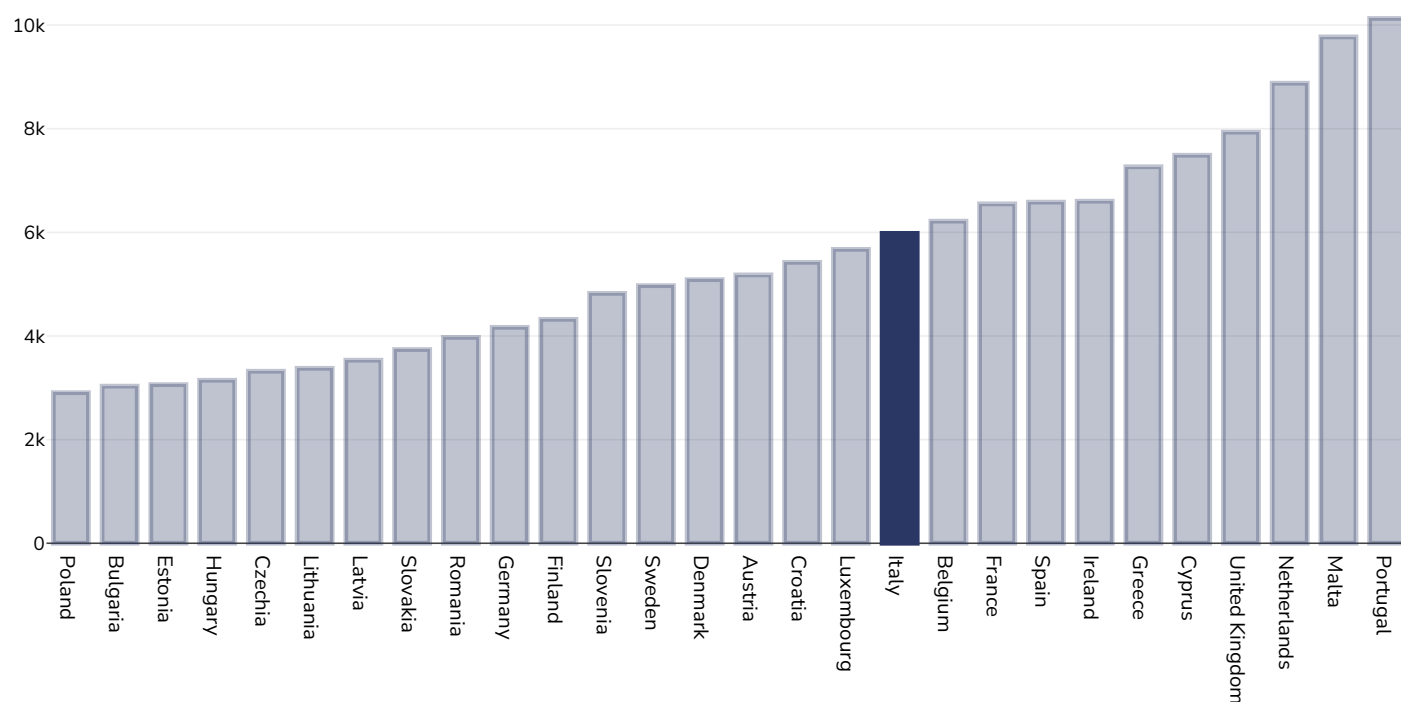
Age: 20+

Area covered: National

References: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions: Estimated number living with anxiety disorders per 100,000 population (20+ years of age)

Men, 2023



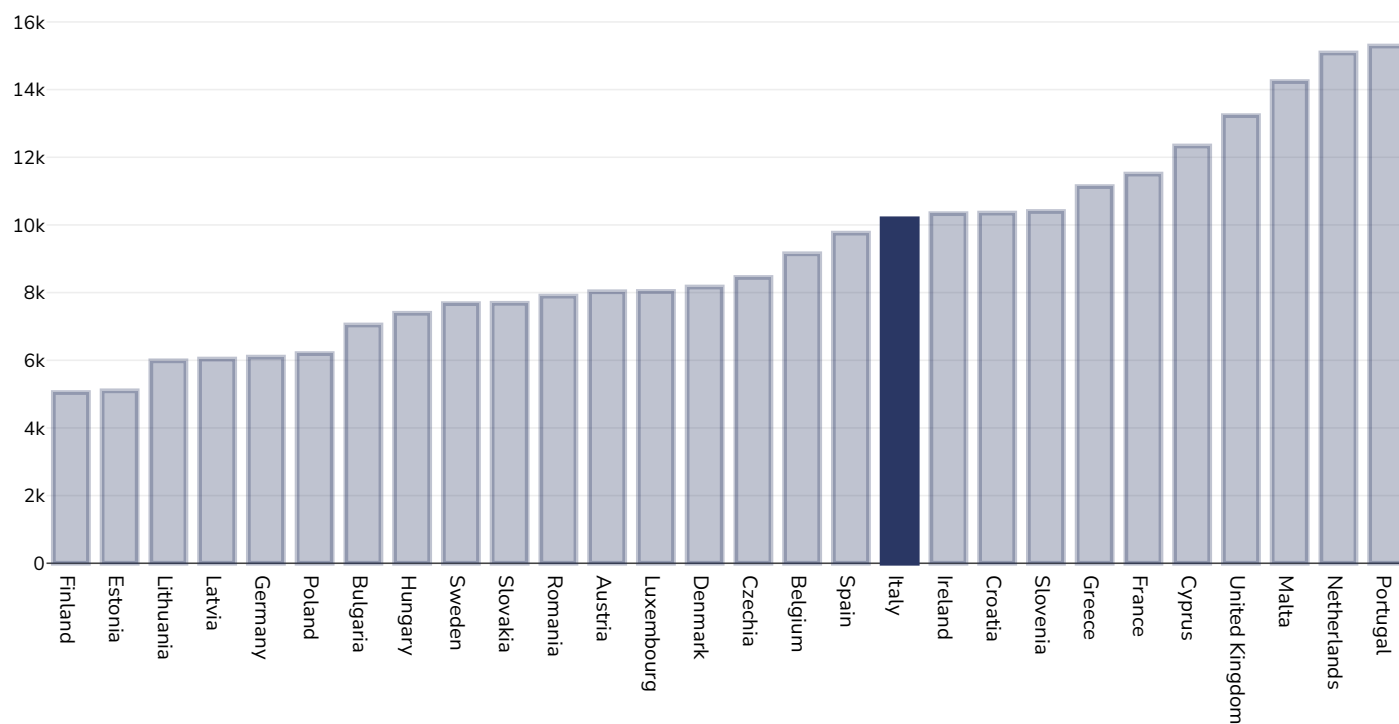
Age: 20+

Area covered: National

References: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions: Estimated number living with anxiety disorders per 100,000 population (20+ years of age)

Women, 2023



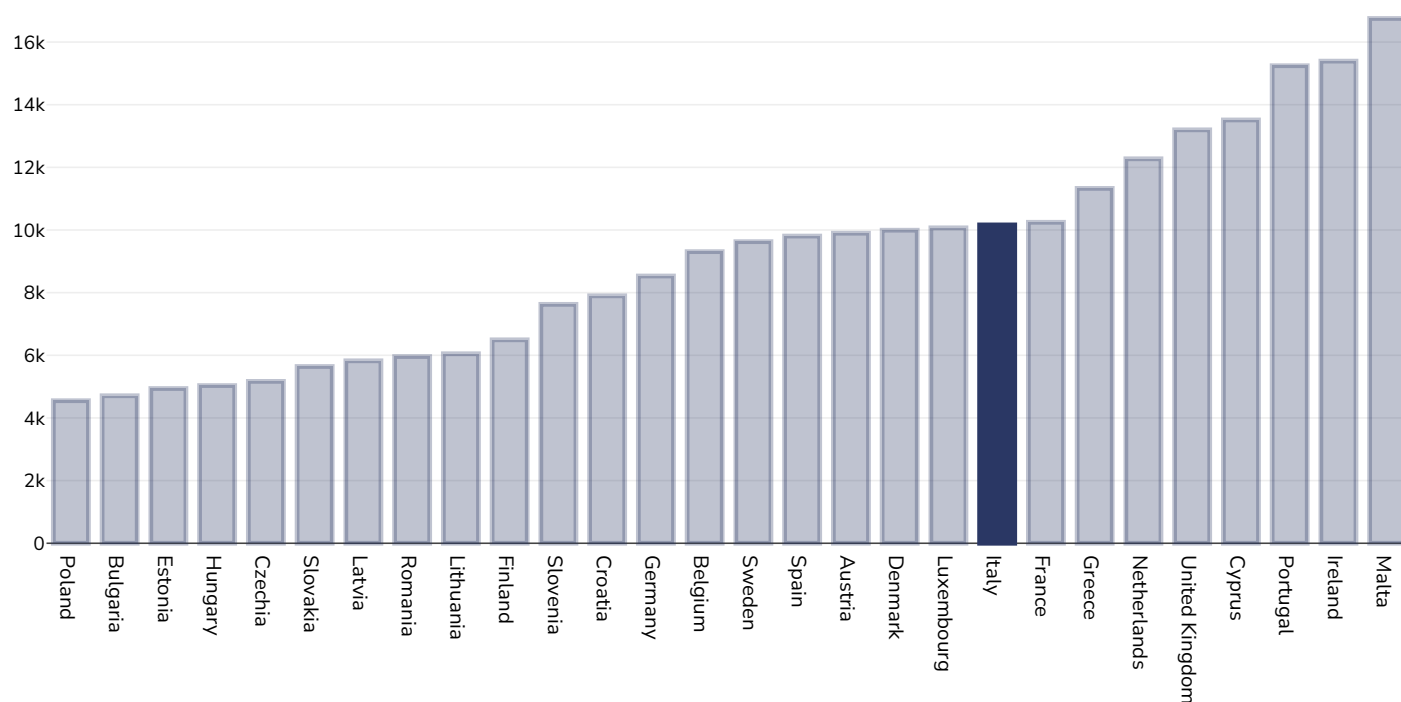
Age: 20+

Area covered: National

References: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions: Estimated number living with anxiety disorders per 100,000 population (20+ years of age)

Children, 2023



Area covered:

National

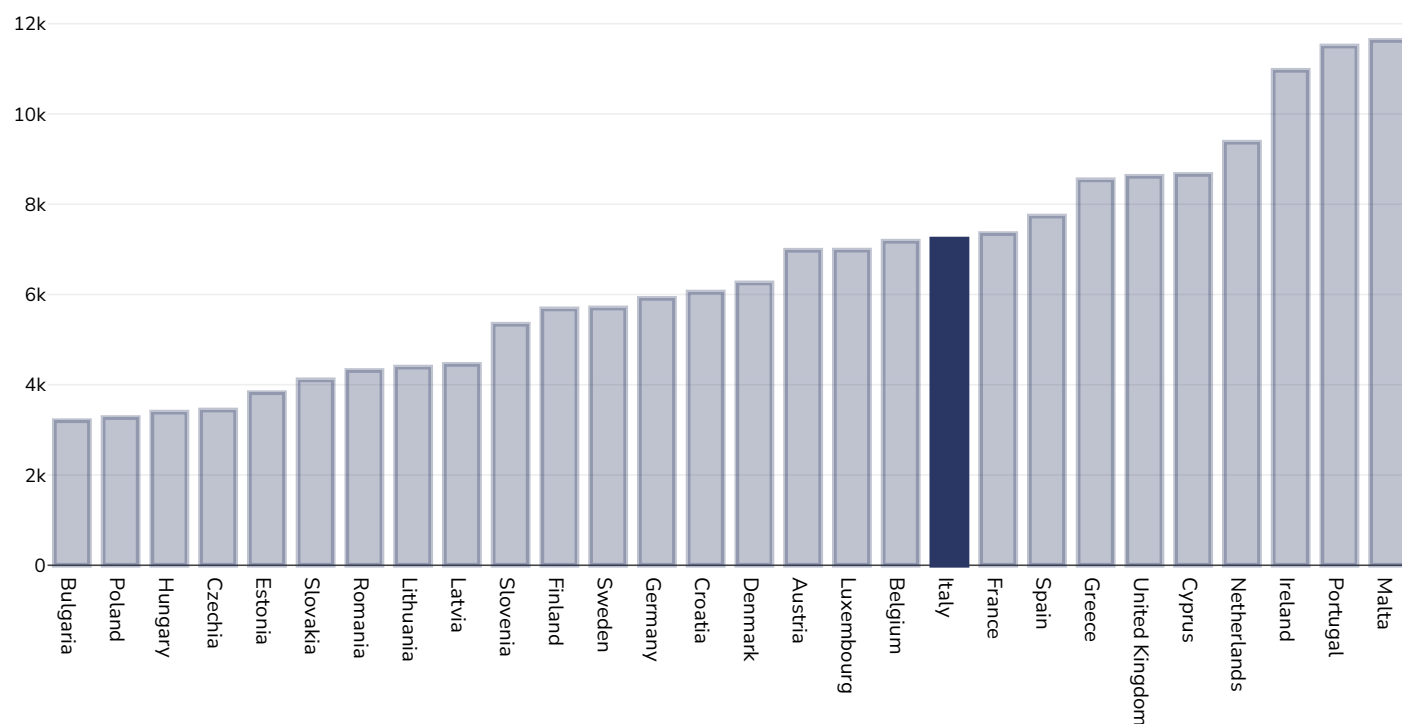
References:

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions:

Estimated number living with anxiety disorders per 100,000 population (under 20 years of age)

Boys, 2023



Area covered:

National

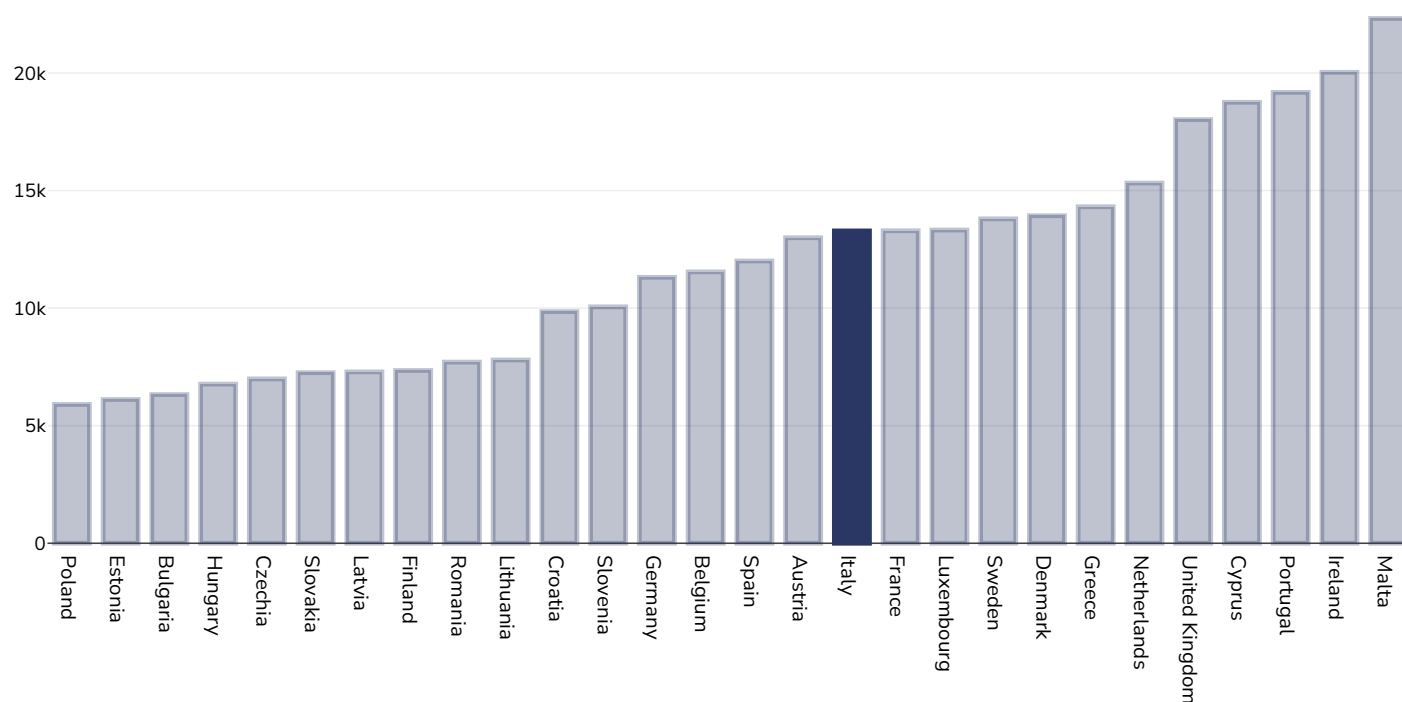
References:

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions:

Estimated number living with anxiety disorders per 100,000 population (under 20 years of age)

Girls, 2023



Area covered:

National

References:

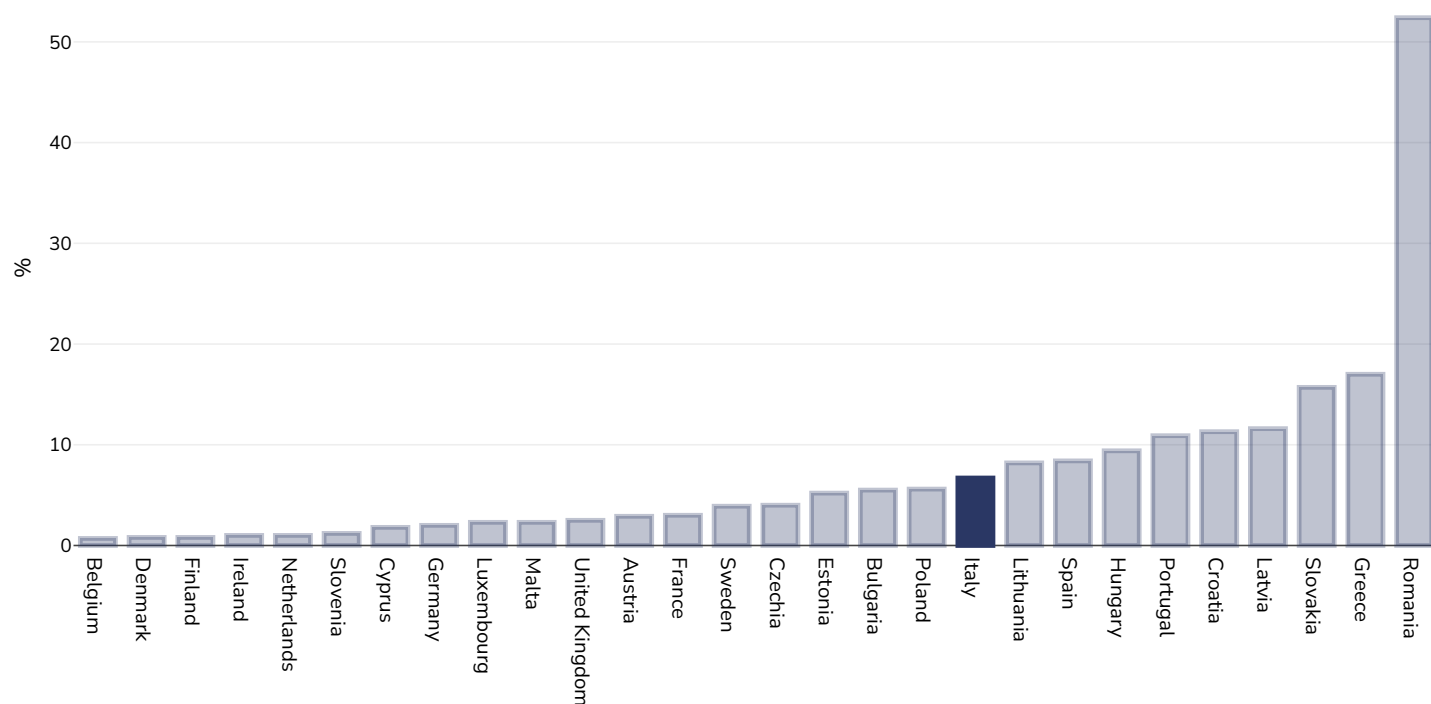
Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Global Burden of Disease (GBD) Study 2023. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2025. Available from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 17.03.26]

Definitions:

Estimated number living with anxiety disorders per 100,000 population (under 20 years of age)

Percent of population who cannot afford a healthy diet

Adults, 2024



Area covered:

National

References:

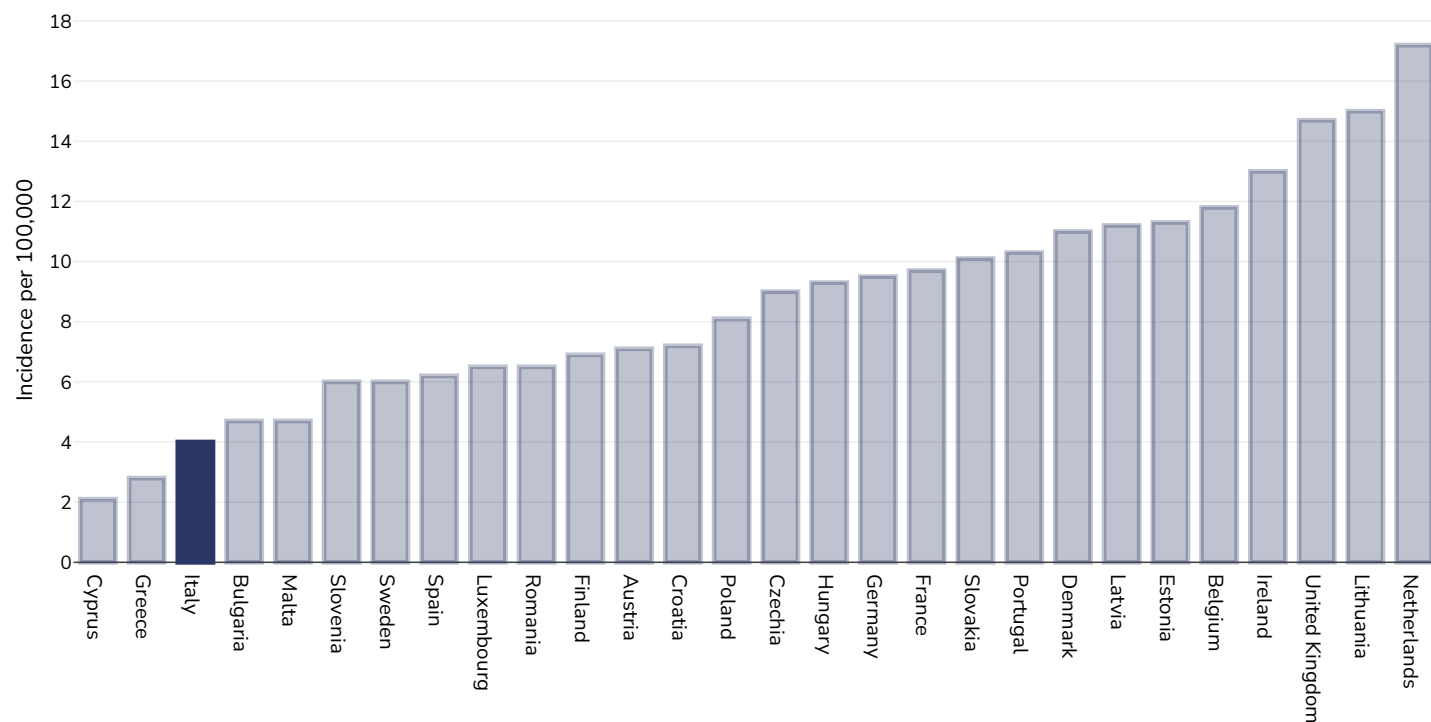
FAO. 2025. FAOSTAT: Cost and Affordability of a Healthy Diet (CoAHD). <https://www.fao.org/faostat/en/#data/CAHD>. Licence: CC-BY-4.0. [Last Accessed 15.10.25]

Notes:

The percent of the population whose food budget is below the cost of a healthy diet.

Oesophageal cancer

Men, 2022



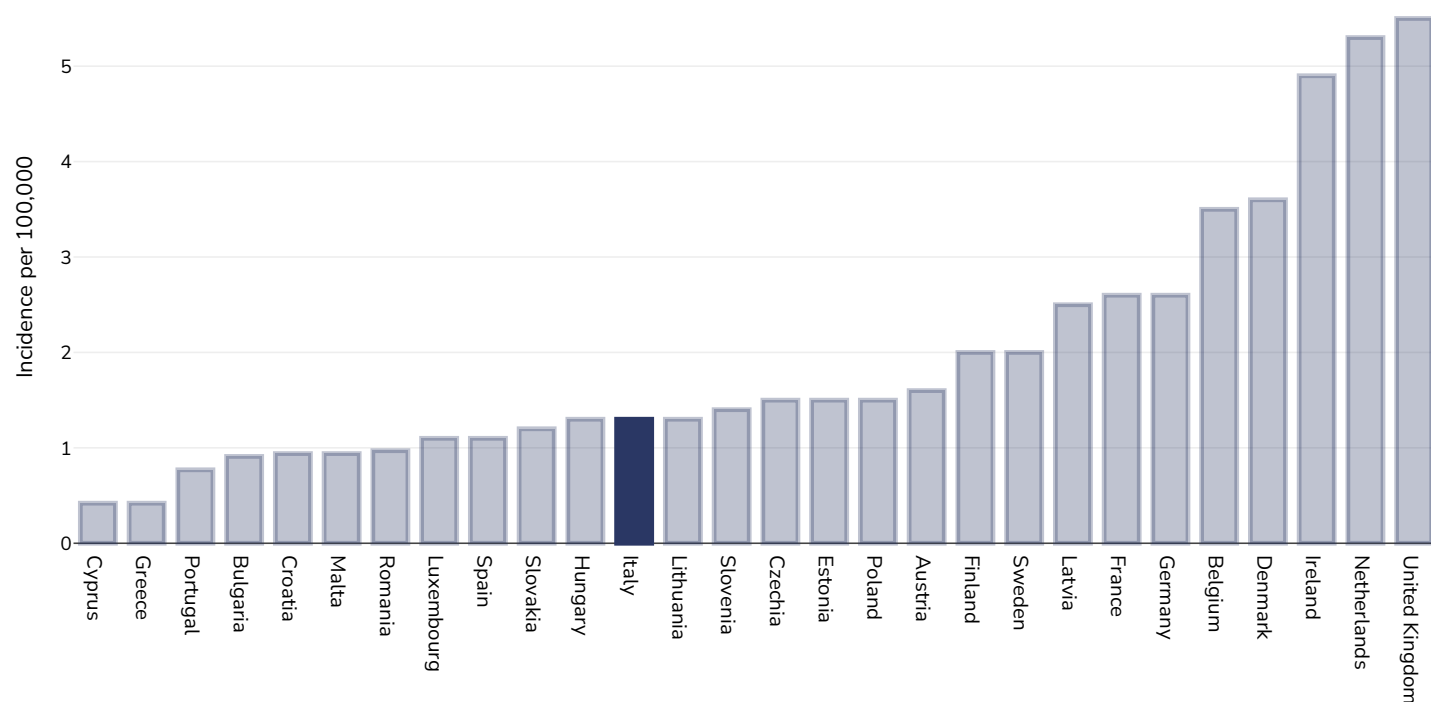
Age: 20+

Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Women, 2022



Age: 20+

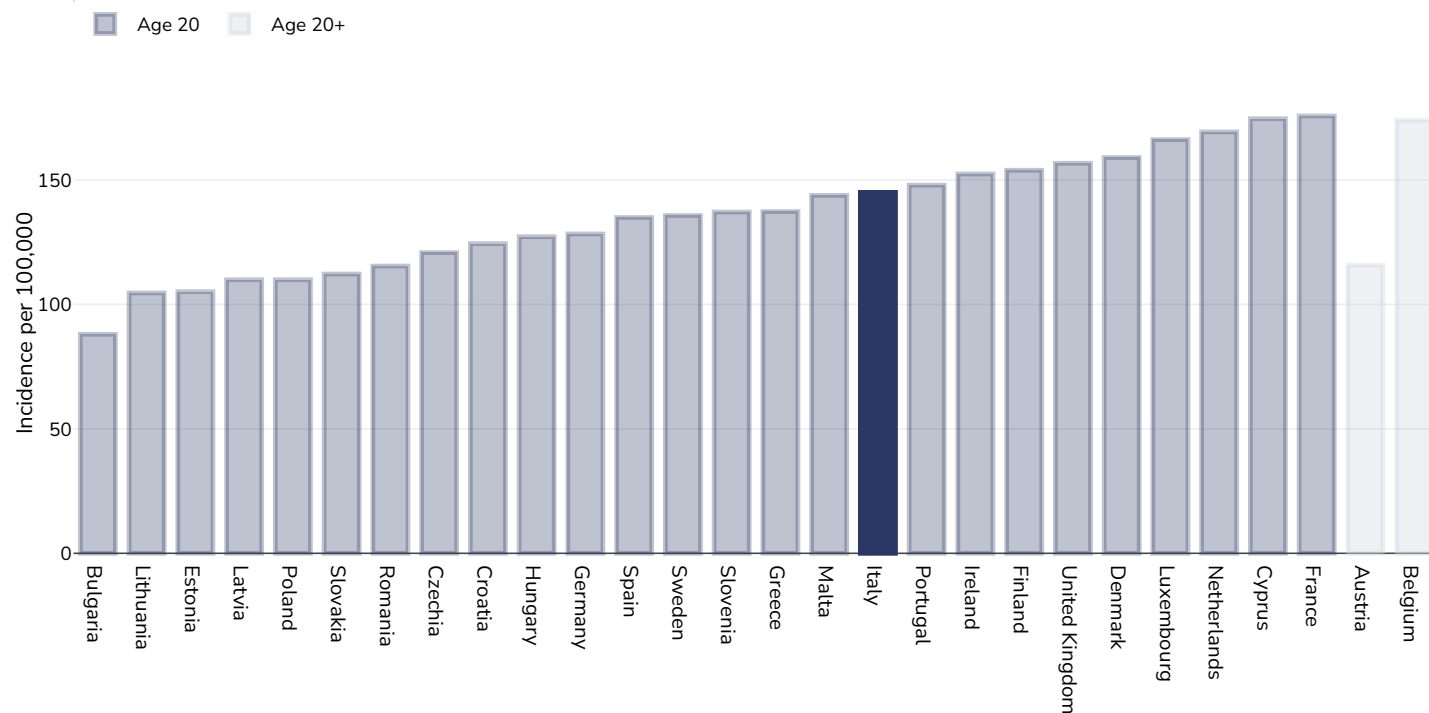
Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Breast cancer

Women, 2022



Area covered:

National

References:

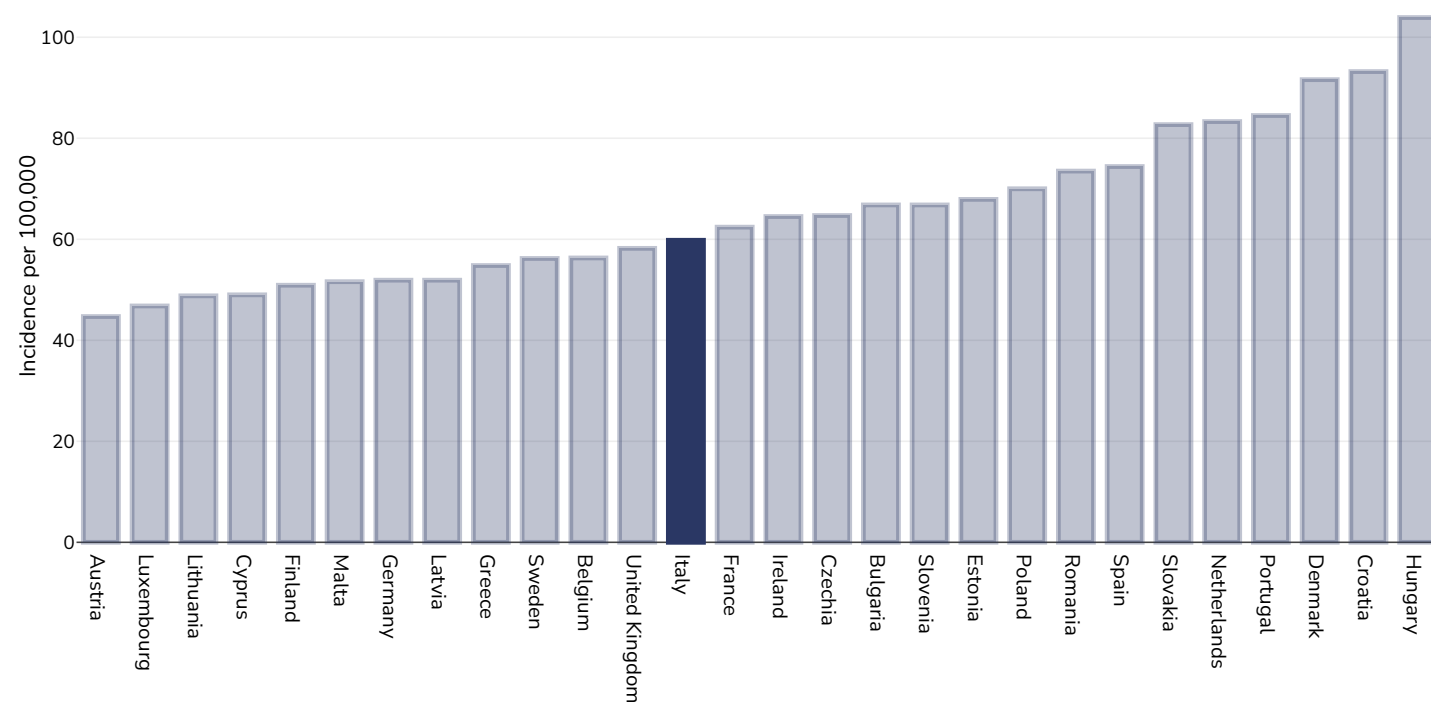
Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions:

Incidence per 100,000

Colorectal cancer

Men, 2022



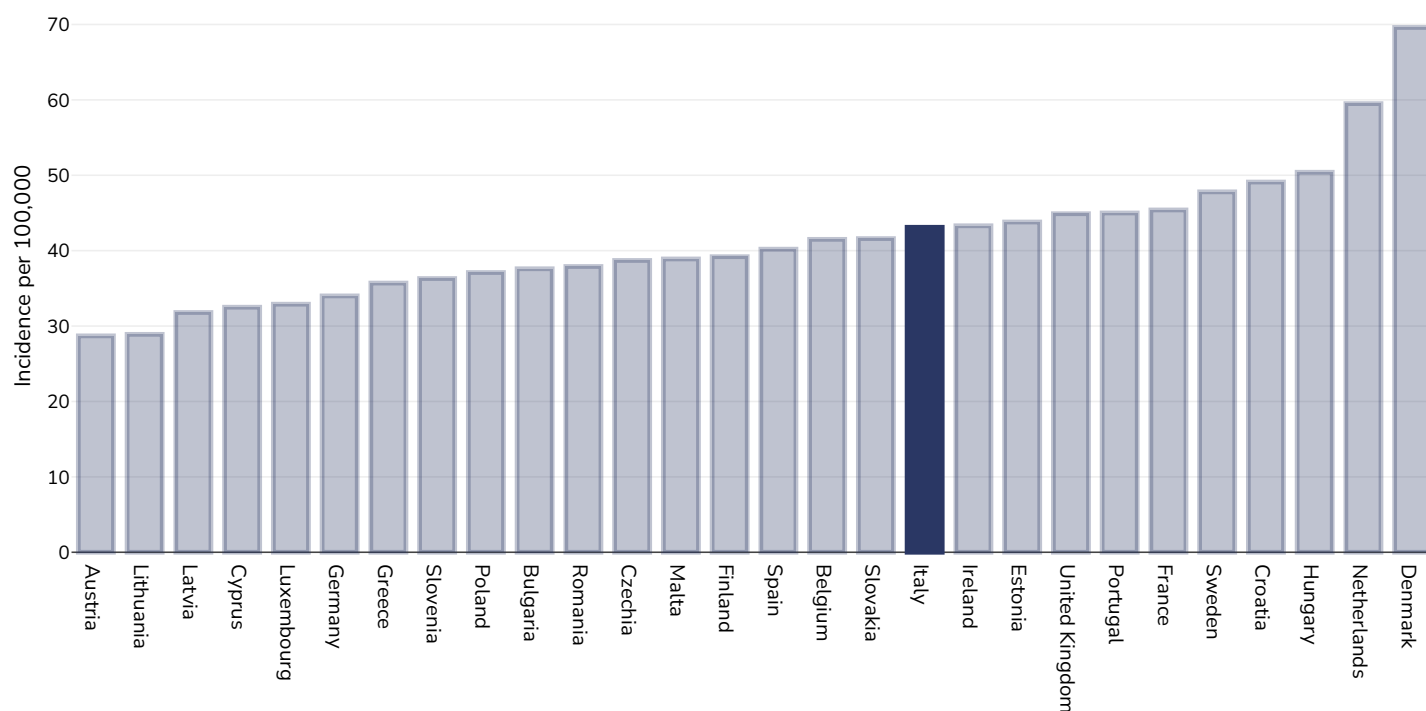
Age: 20+

Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Women, 2022



Age: 20+

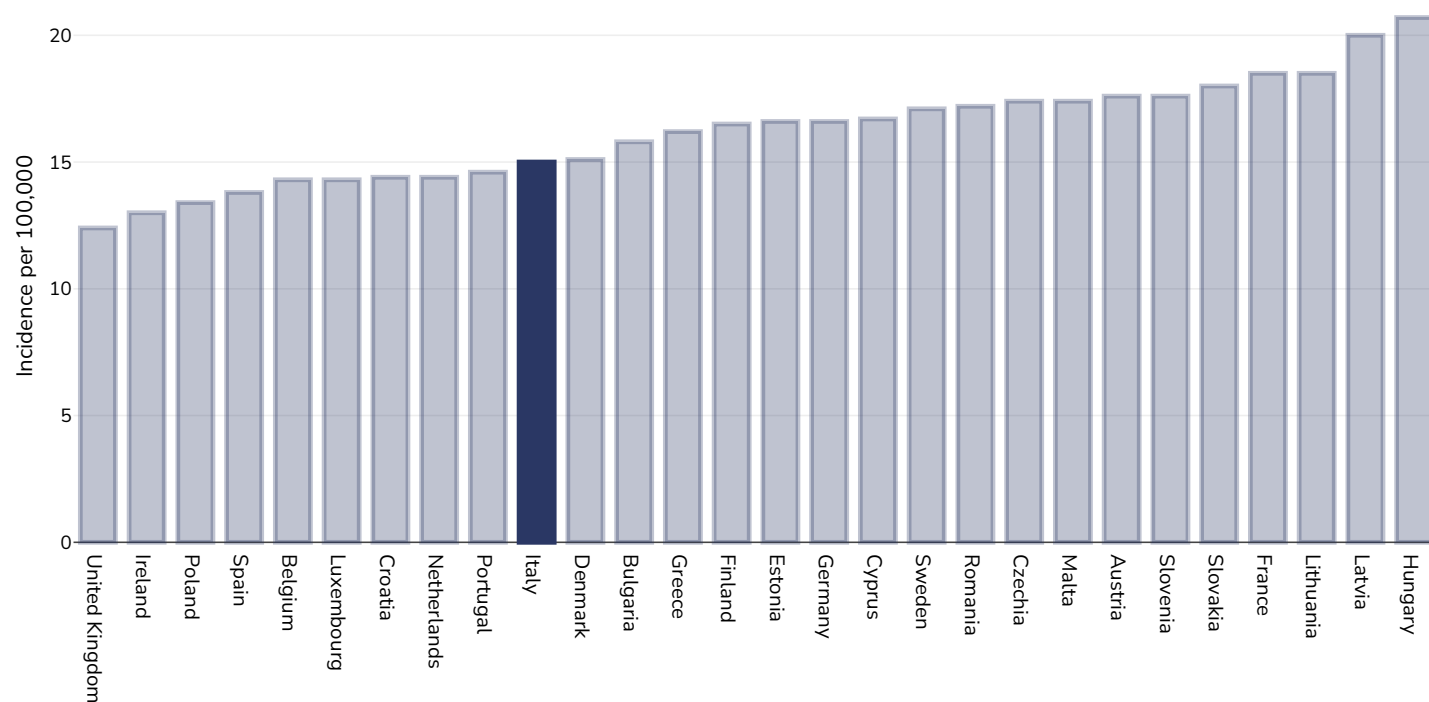
Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Pancreatic cancer

Men, 2022



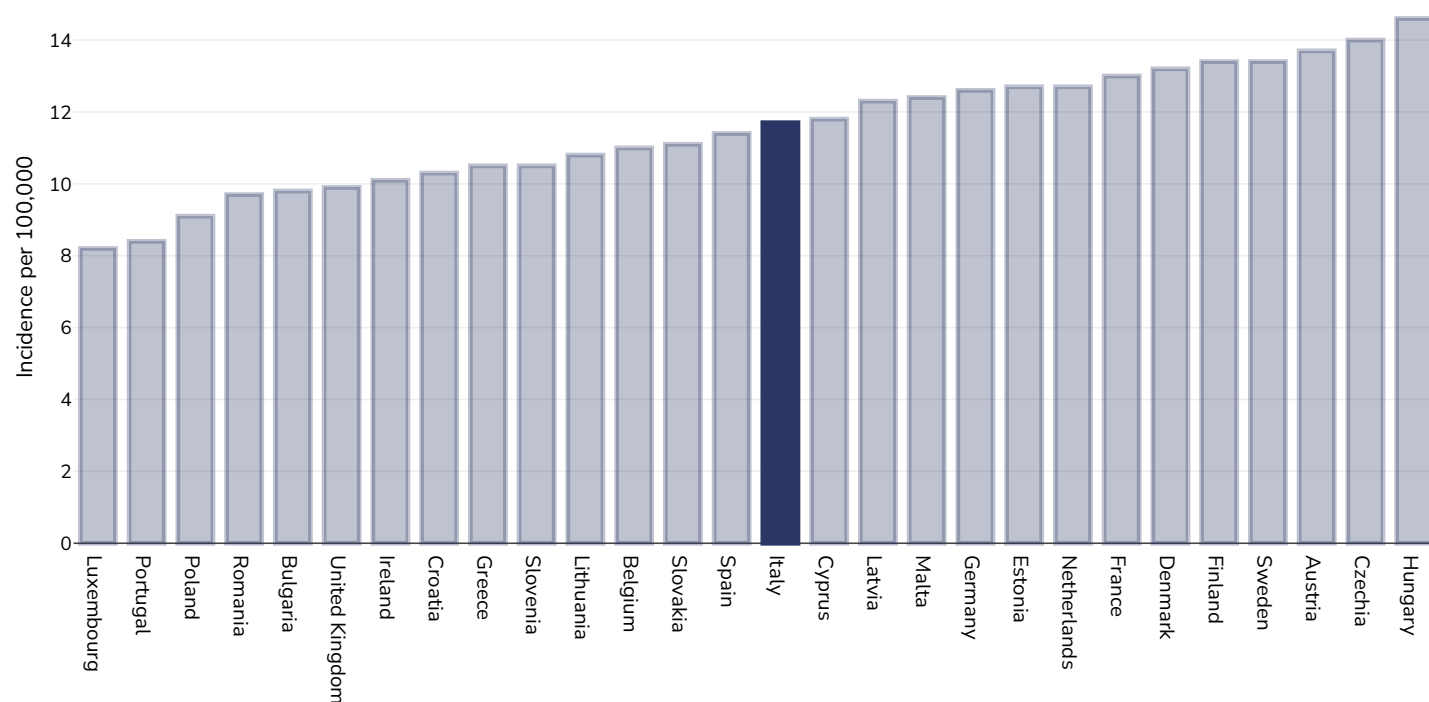
Age: 20+

Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Women, 2022



Age: 20+

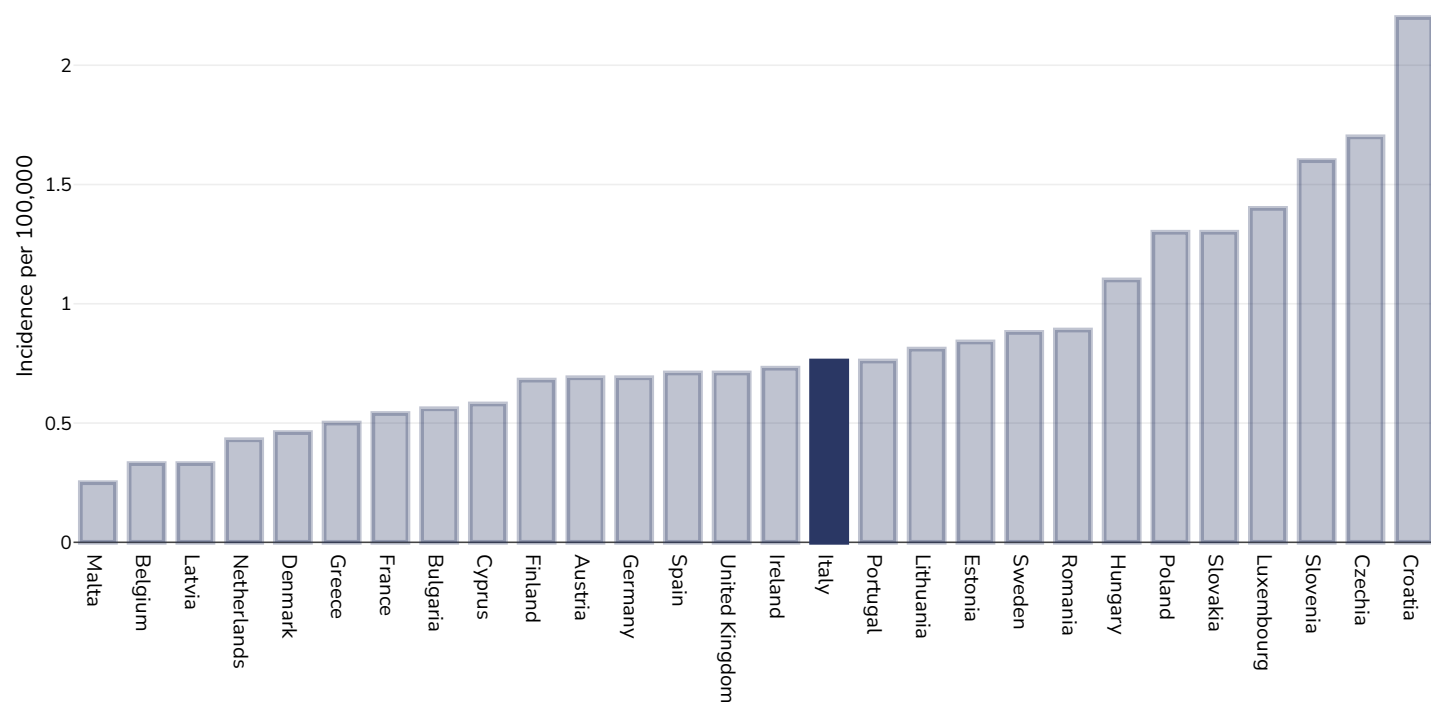
Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Gallbladder cancer

Men, 2022



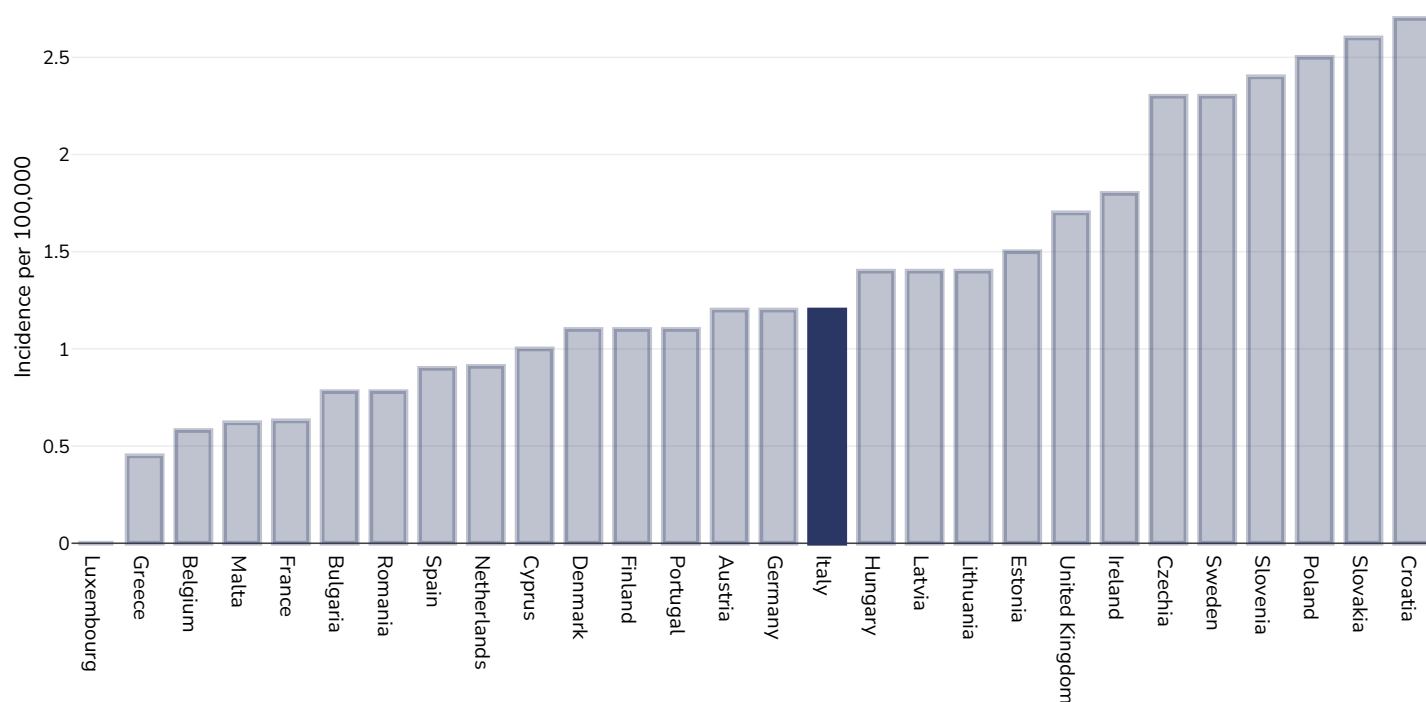
Age: 20+

Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Women, 2022



Age: 20+

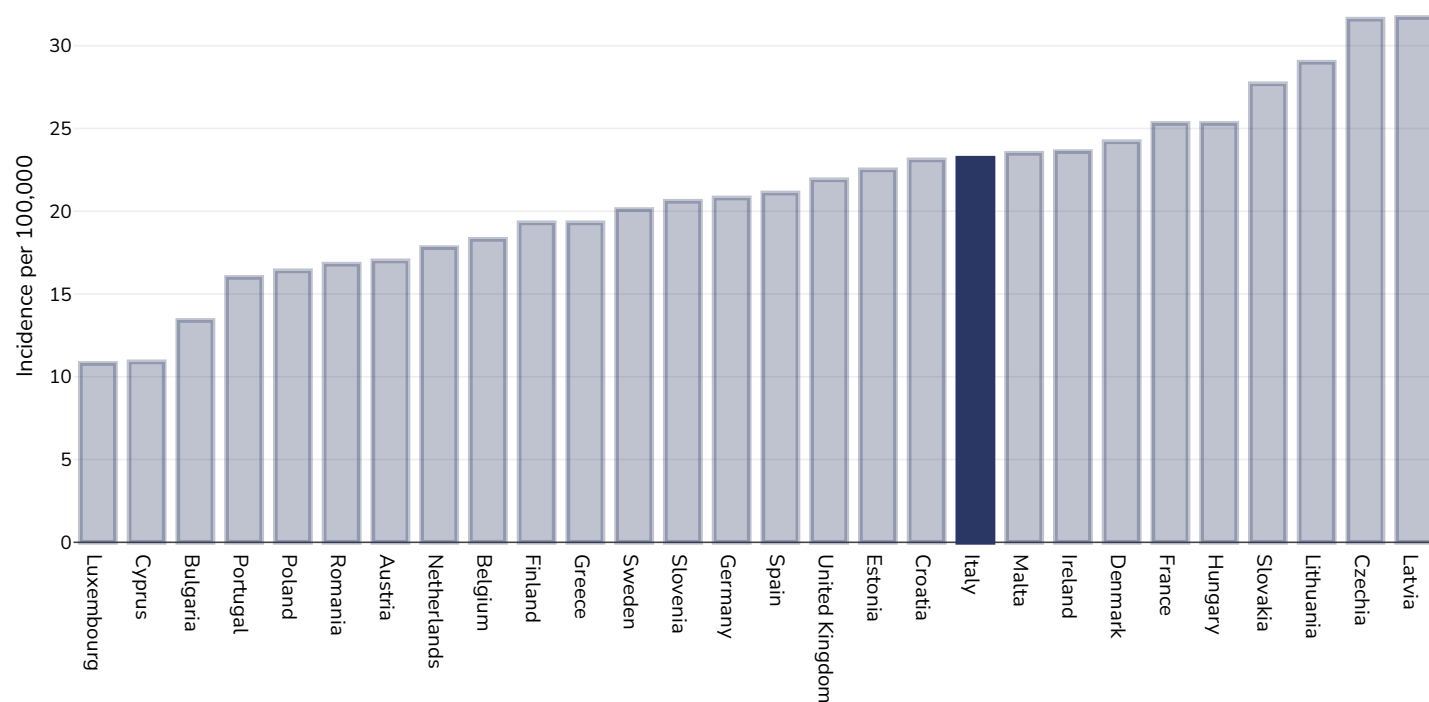
Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Kidney cancer

Men, 2022



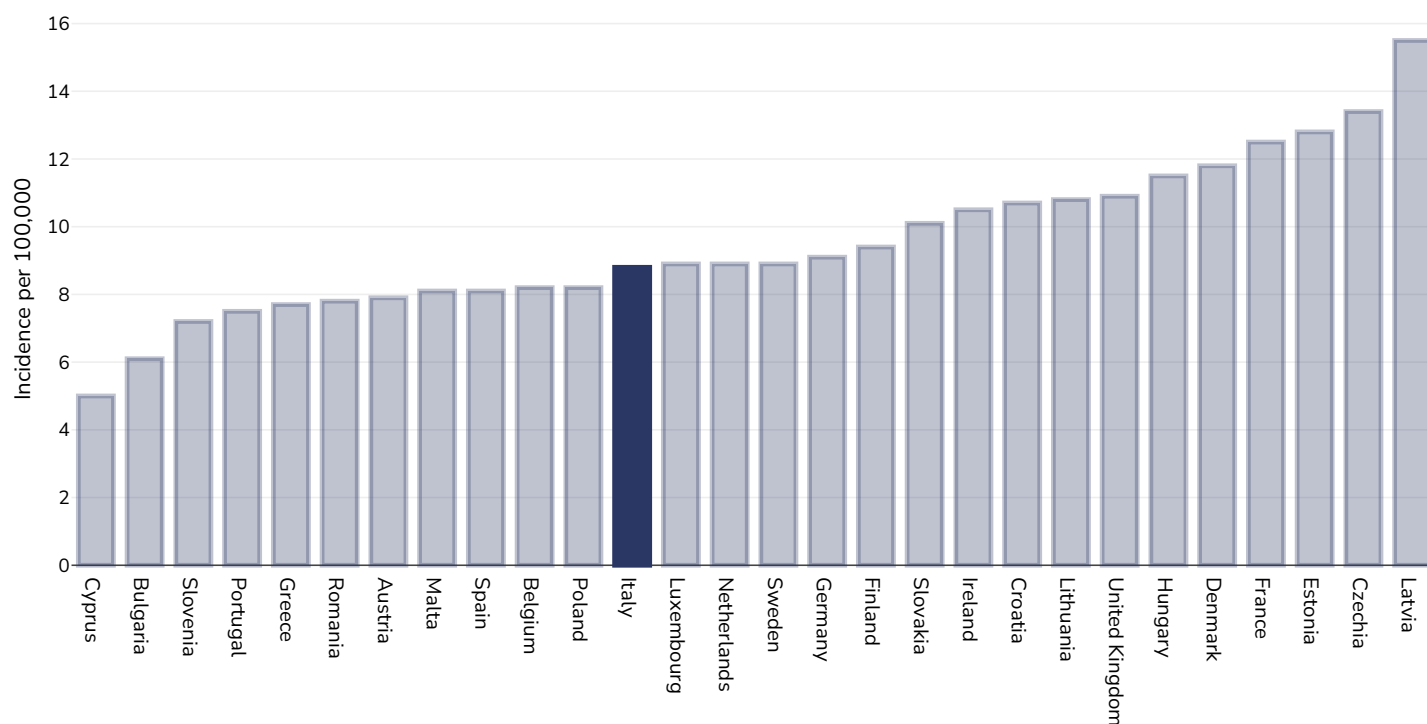
Age: 20+

Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Women, 2022



Age: 20+

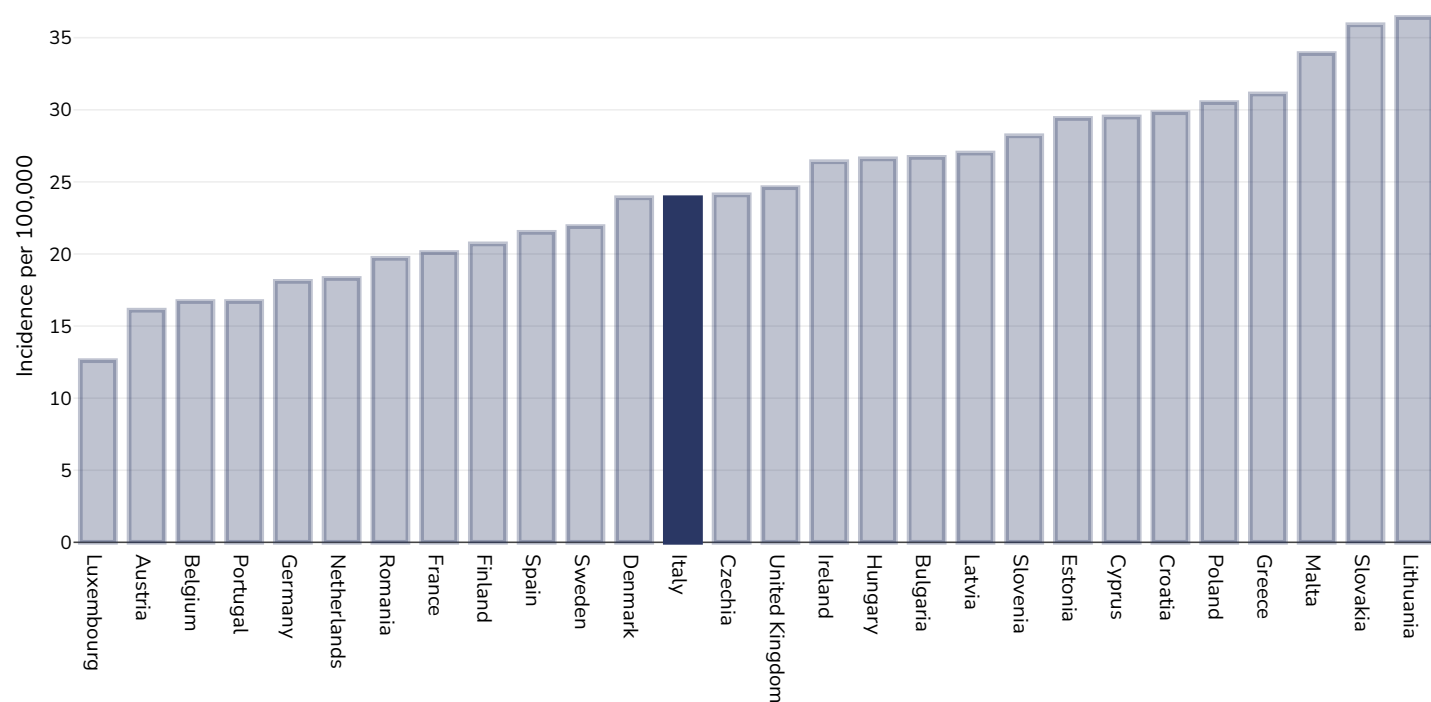
Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Cancer of the uterus

Women, 2022



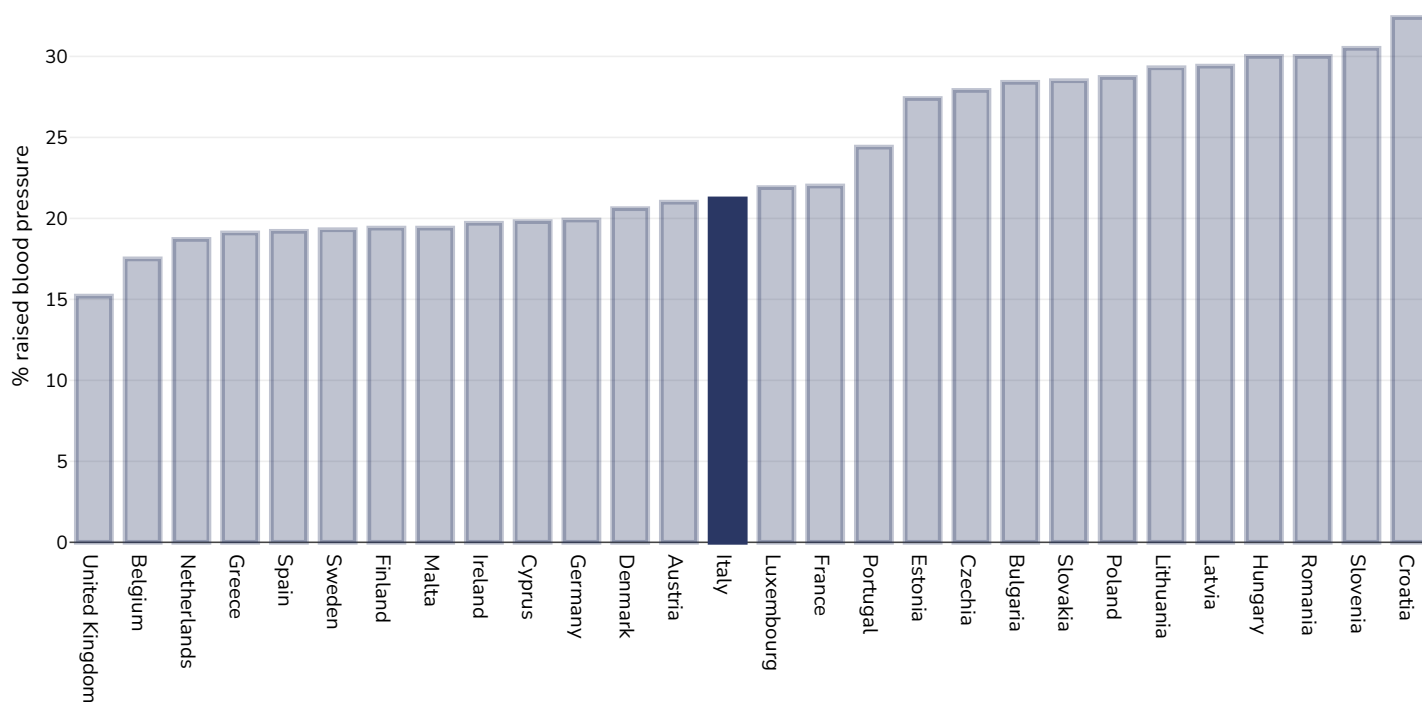
Age: 20+

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Raised blood pressure

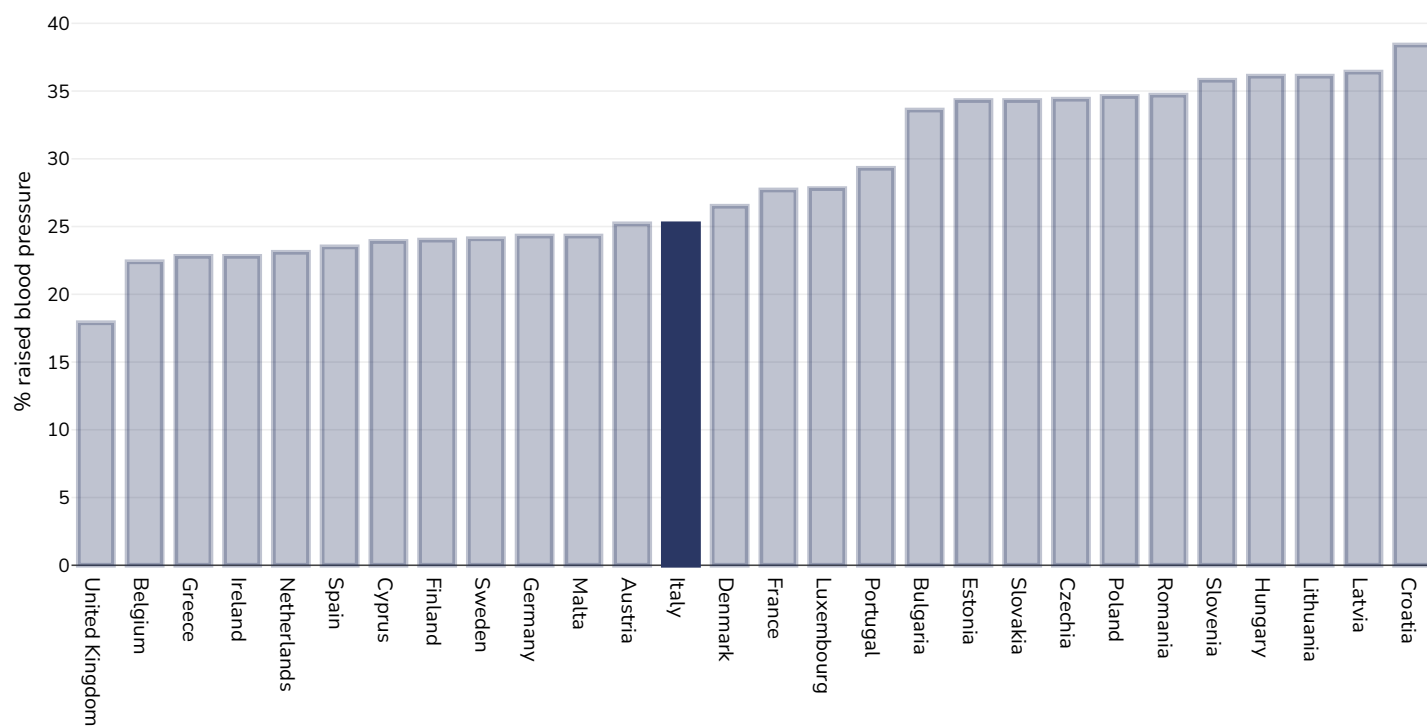
Adults, 2015



References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875?lang=en>

Definitions: Age Standardised estimated % Raised blood pressure 2015 (SBP $\geq$ 140 OR DBP $\geq$ 90).

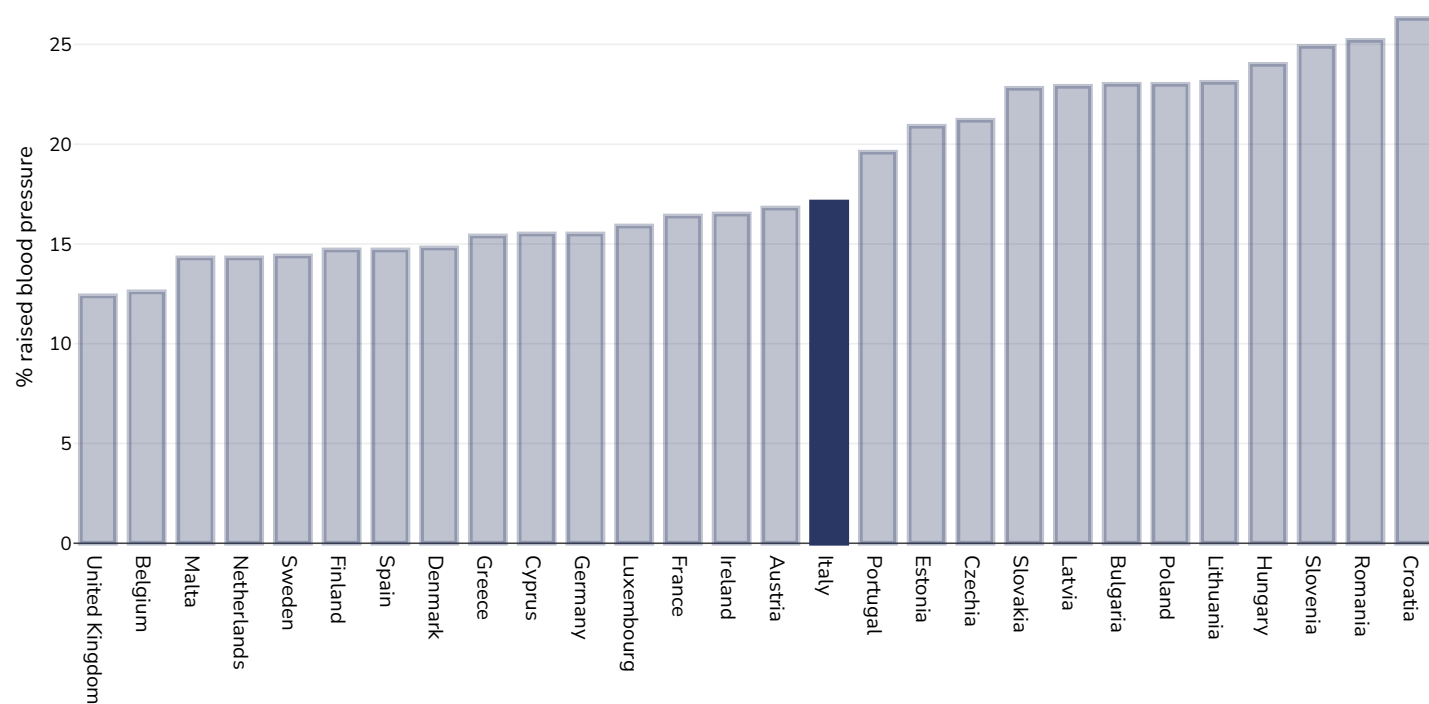
Men, 2015



References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875?lang=en>

Definitions: Age Standardised estimated % Raised blood pressure 2015 (SBP $\geq$ 140 OR DBP $\geq$ 90).

Women, 2015

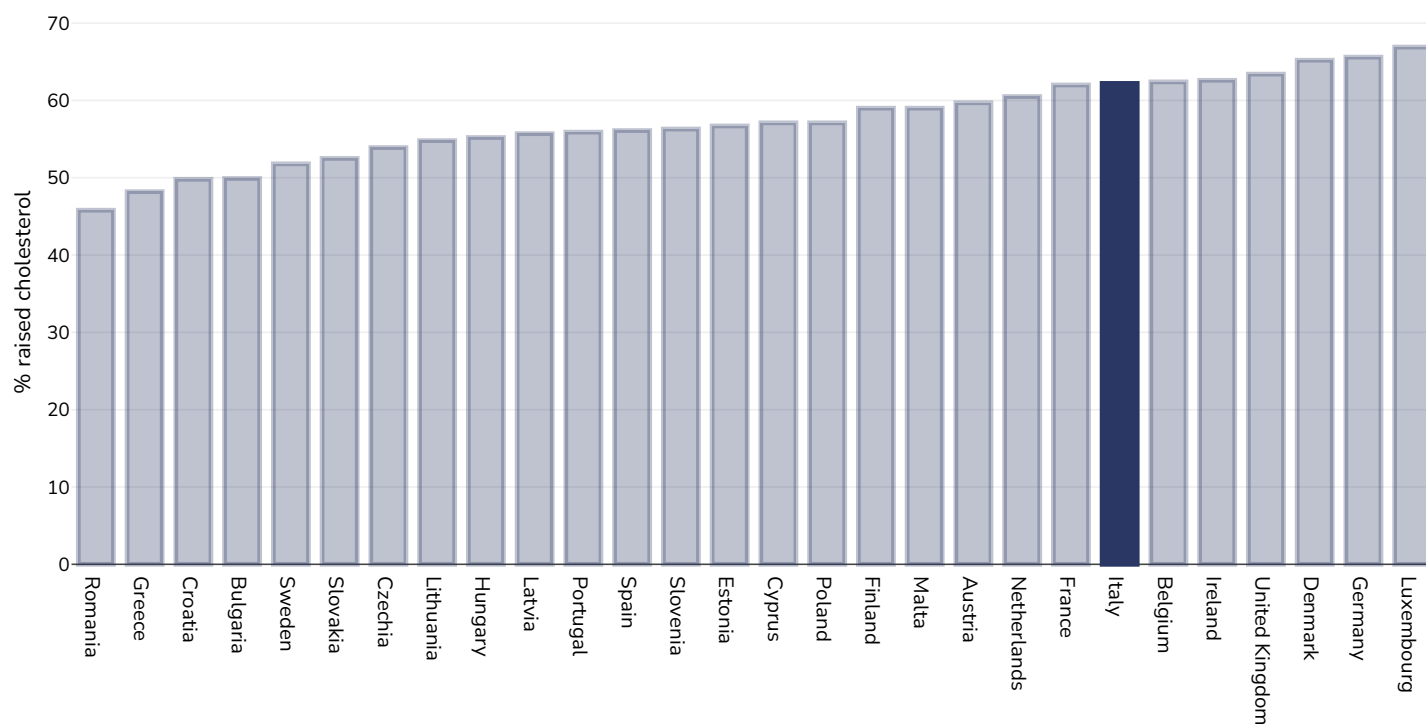


References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875?lang=en>

Definitions: Age Standardised estimated % Raised blood pressure 2015 (SBP $\geq$ 140 OR DBP $\geq$ 90).

Raised cholesterol

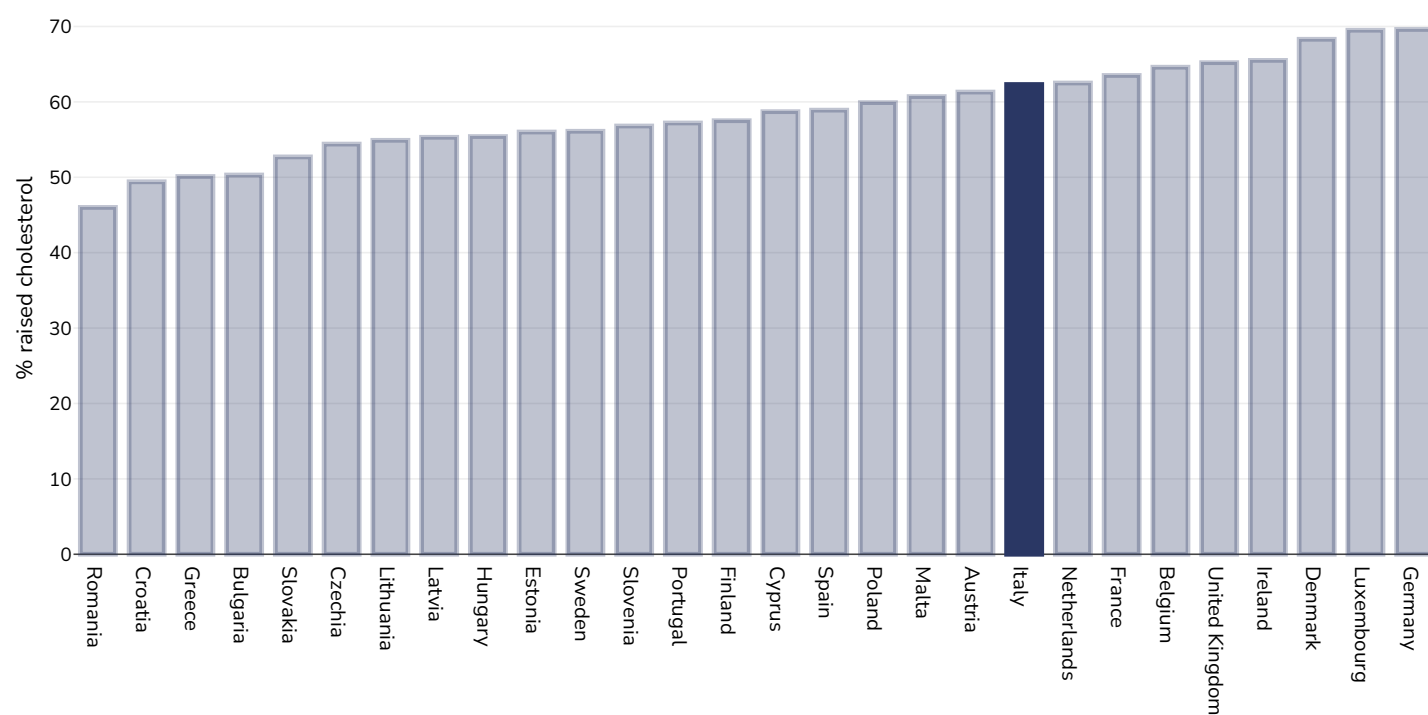
Adults, 2008



References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A885>

Definitions: % Raised total cholesterol (≥ 5.0 mmol/L) (age-standardized estimate).

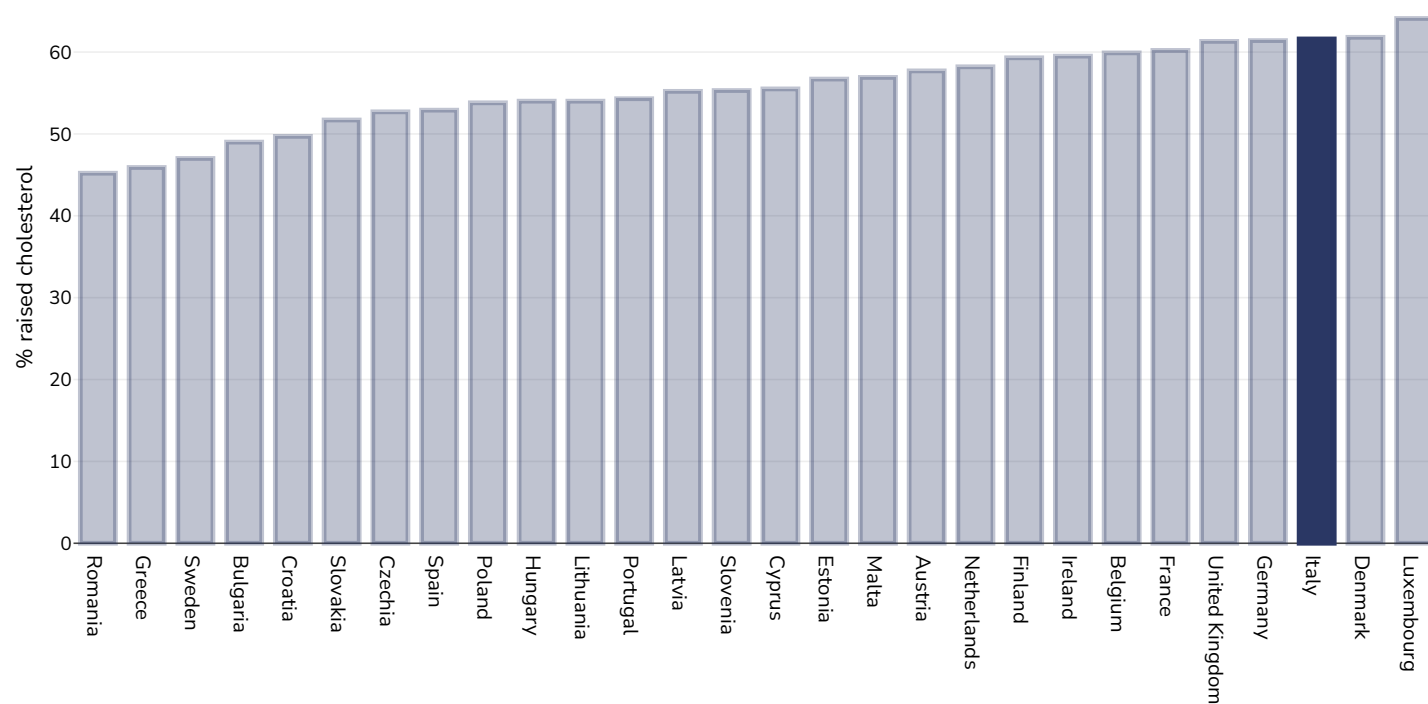
Men, 2008



References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A885>

Definitions: % Raised total cholesterol (≥ 5.0 mmol/L) (age-standardized estimate).

Women, 2008

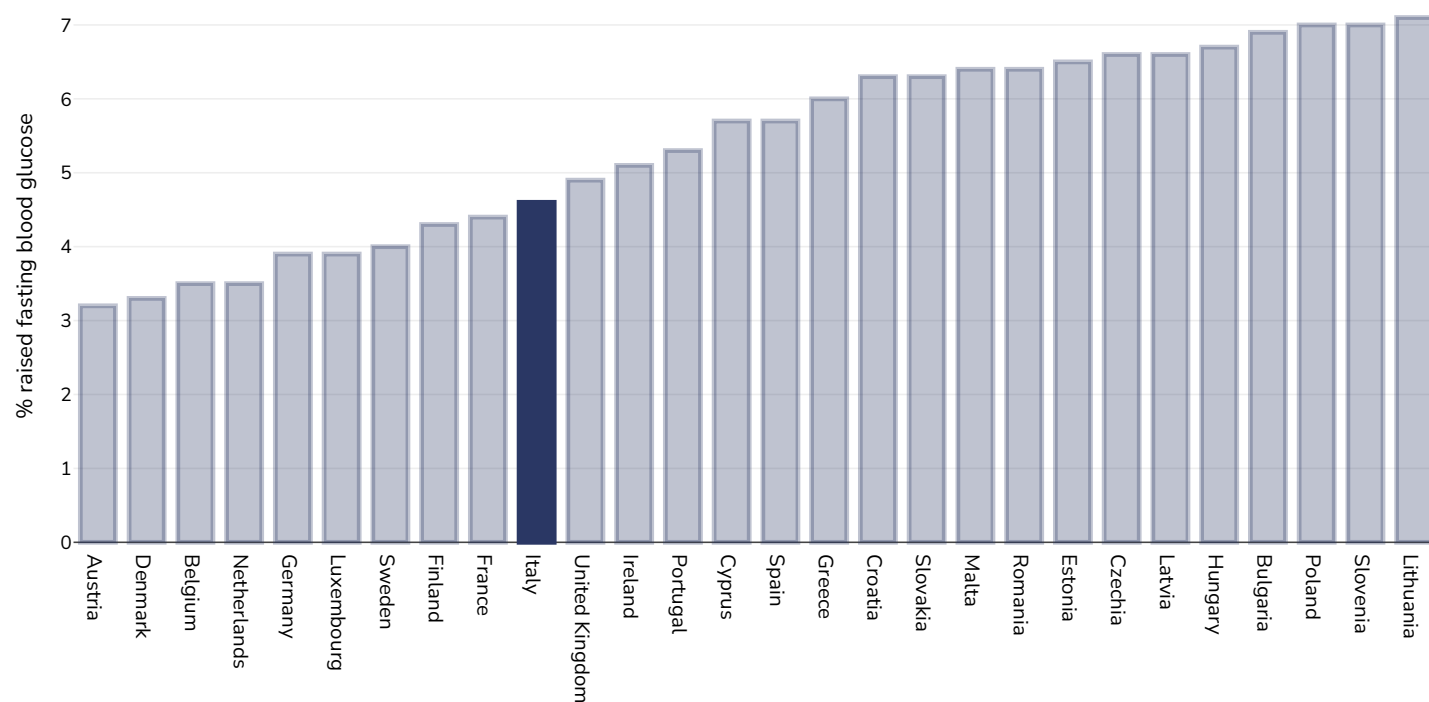


References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A885>

Definitions: % Raised total cholesterol (≥ 5.0 mmol/L) (age-standardized estimate).

Raised fasting blood glucose

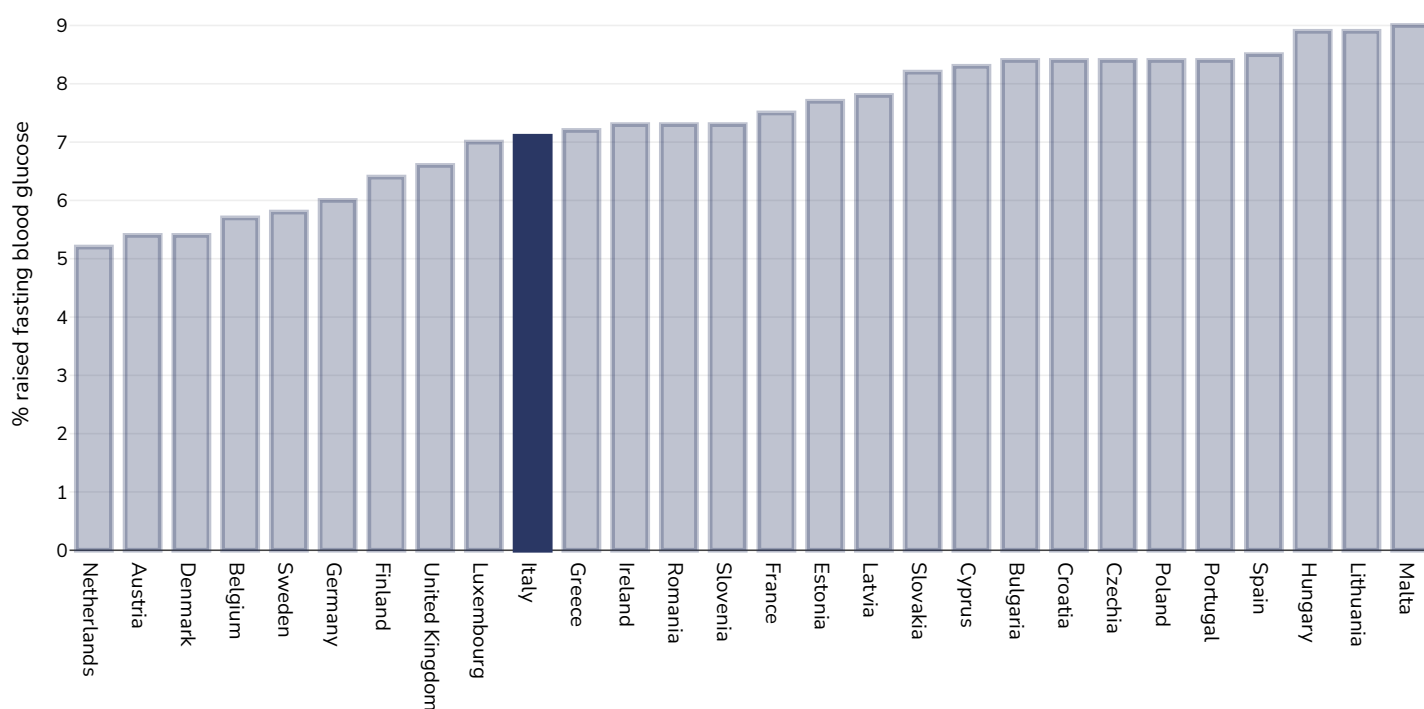
Men, 2014



References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en>

Definitions: Age Standardised % raised fasting blood glucose (≥ 7.0 mmol/L or on medication).

Women, 2014

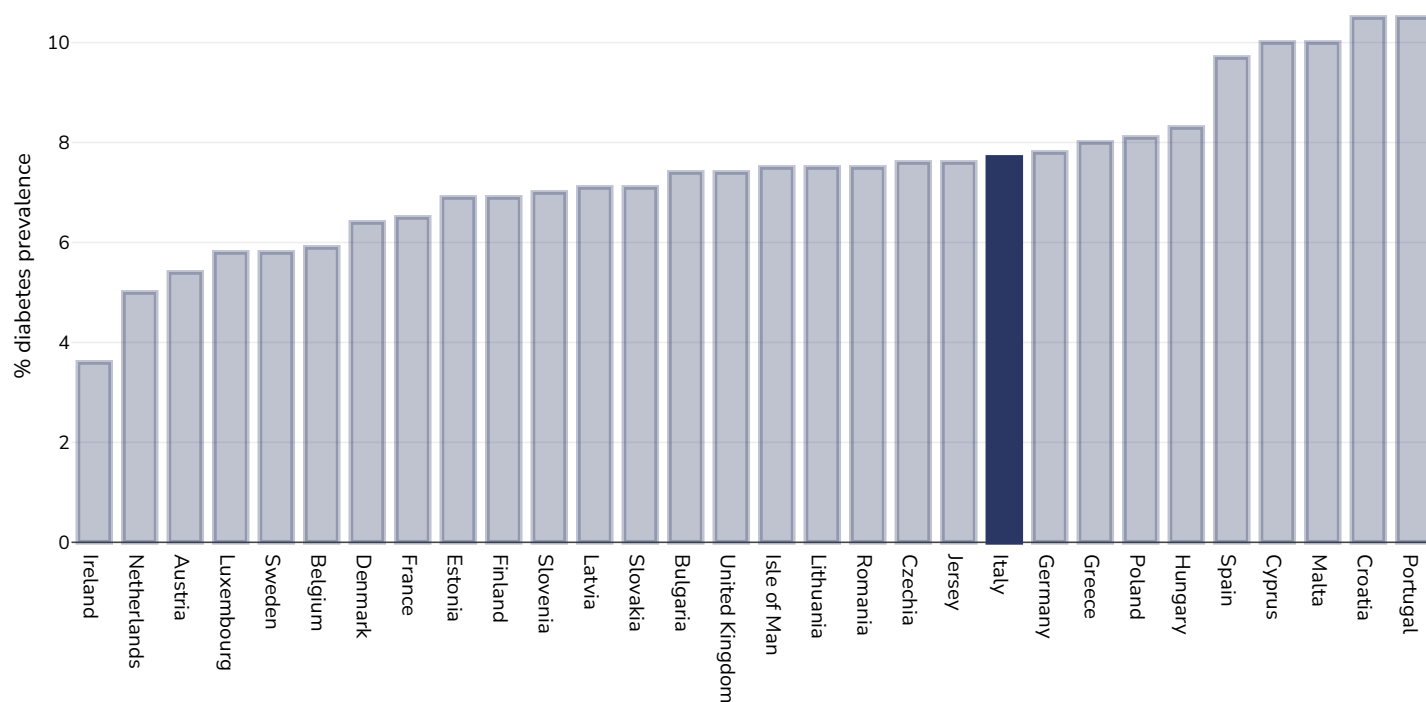


References: Global Health Observatory data repository, World Health Organisation, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A869?lang=en>

Definitions: Age Standardised % raised fasting blood glucose (≥ 7.0 mmol/L or on medication).

Diabetes prevalence

Adults, 2024

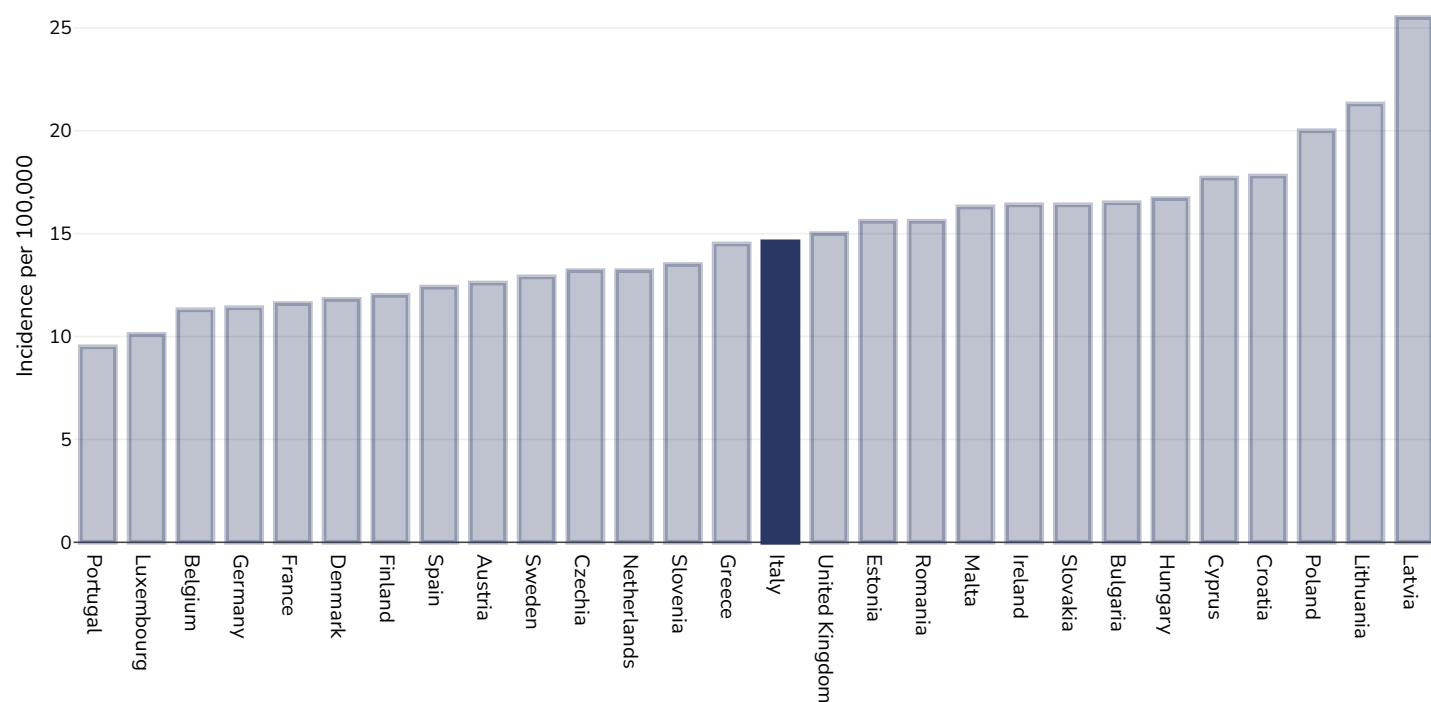


References:

Reproduced with kind permission International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 11th edn. Brussels, Belgium:International Diabetes Federation, 2025. <http://www.diabetesatlas.org>

Ovarian Cancer

Women, 2022



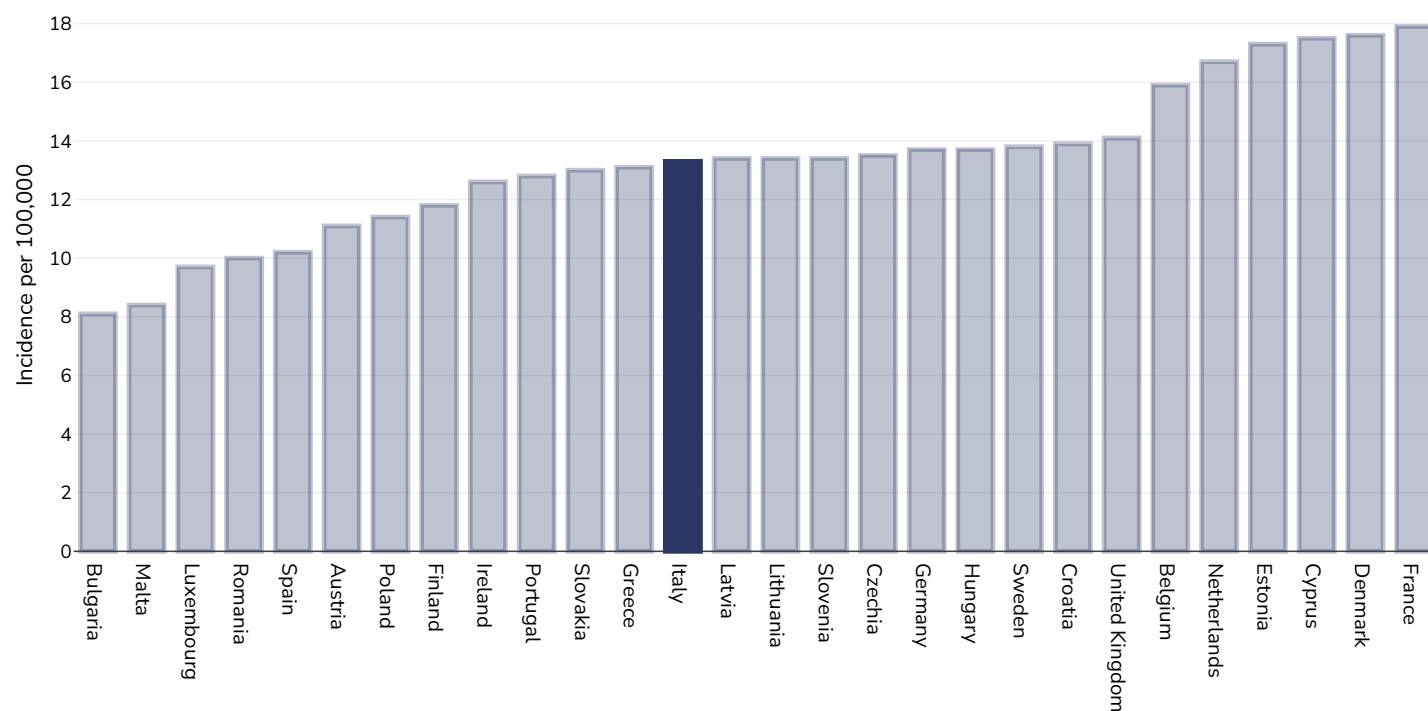
Age: 20+

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Leukemia

Men, 2022



Age: 20+

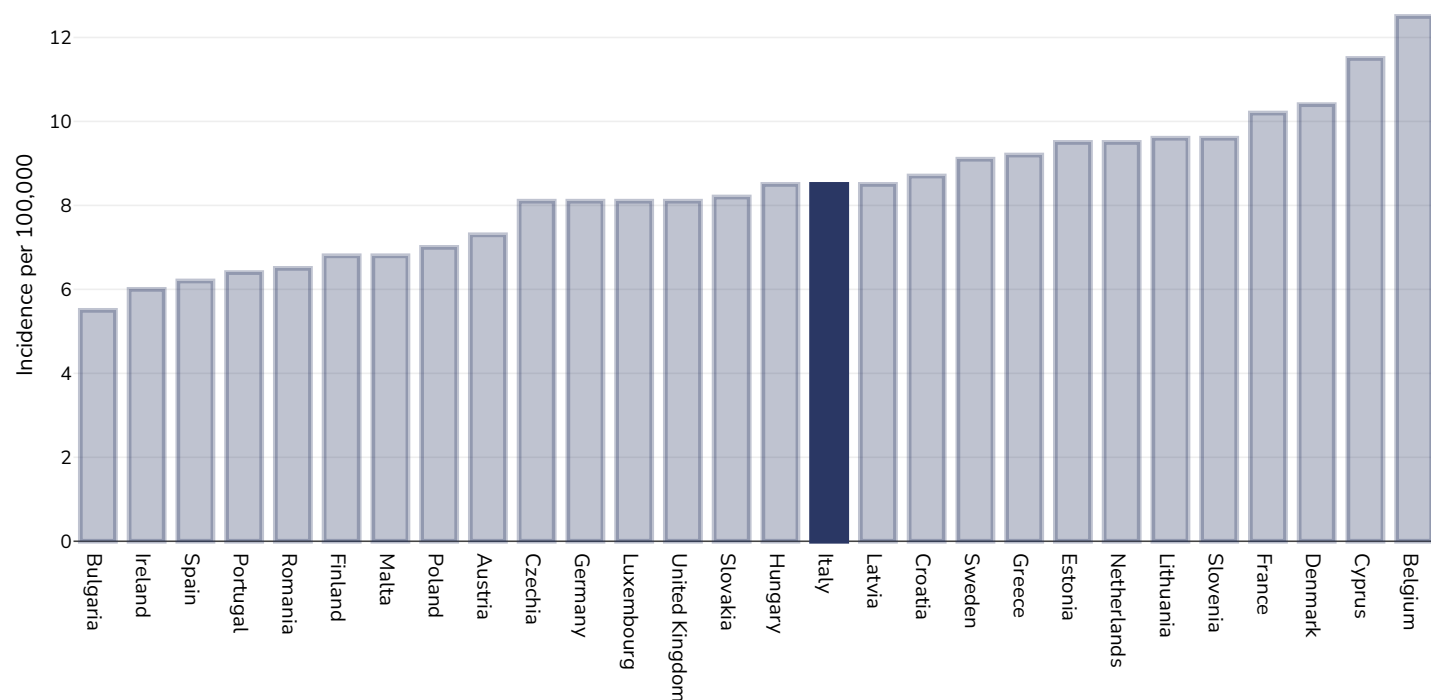
Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2022



Age: 20+

Area covered: National

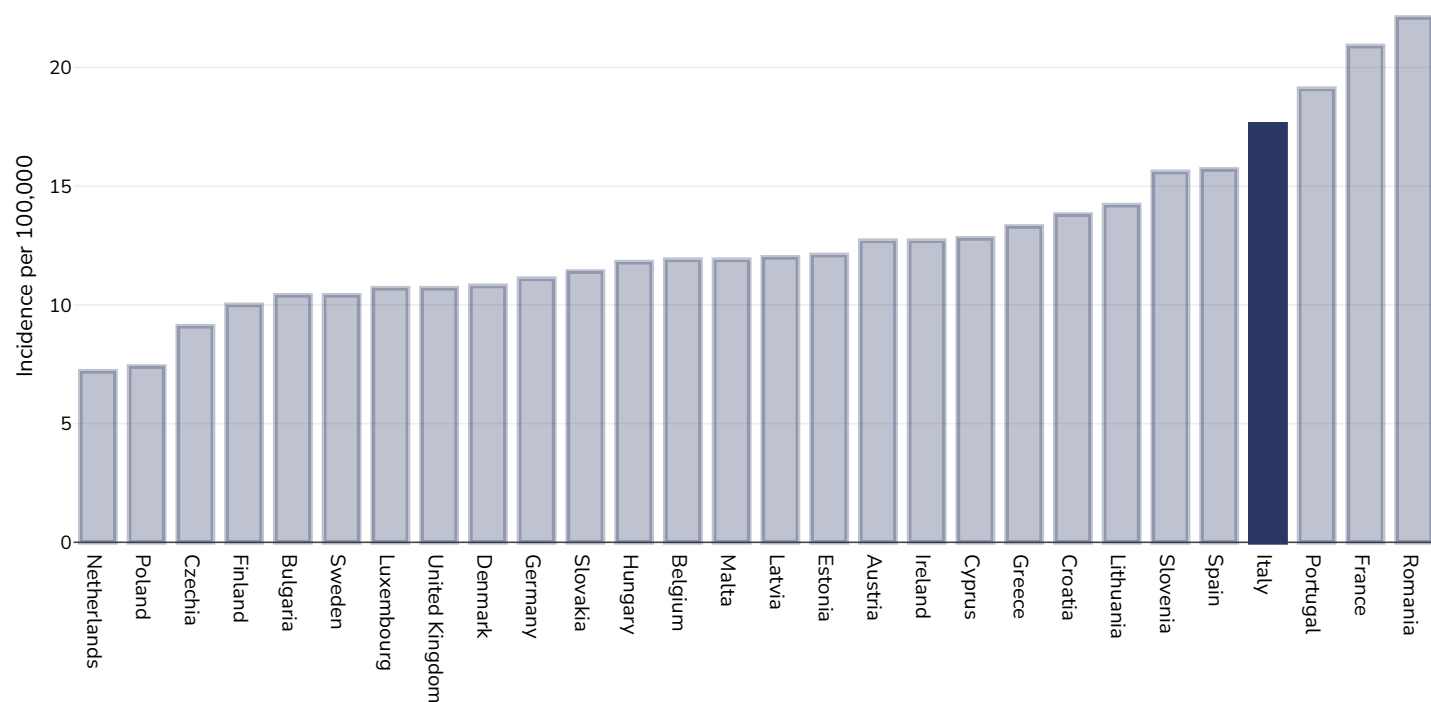
References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Liver and intrahepatic bile duct Cancer

Men, 2022



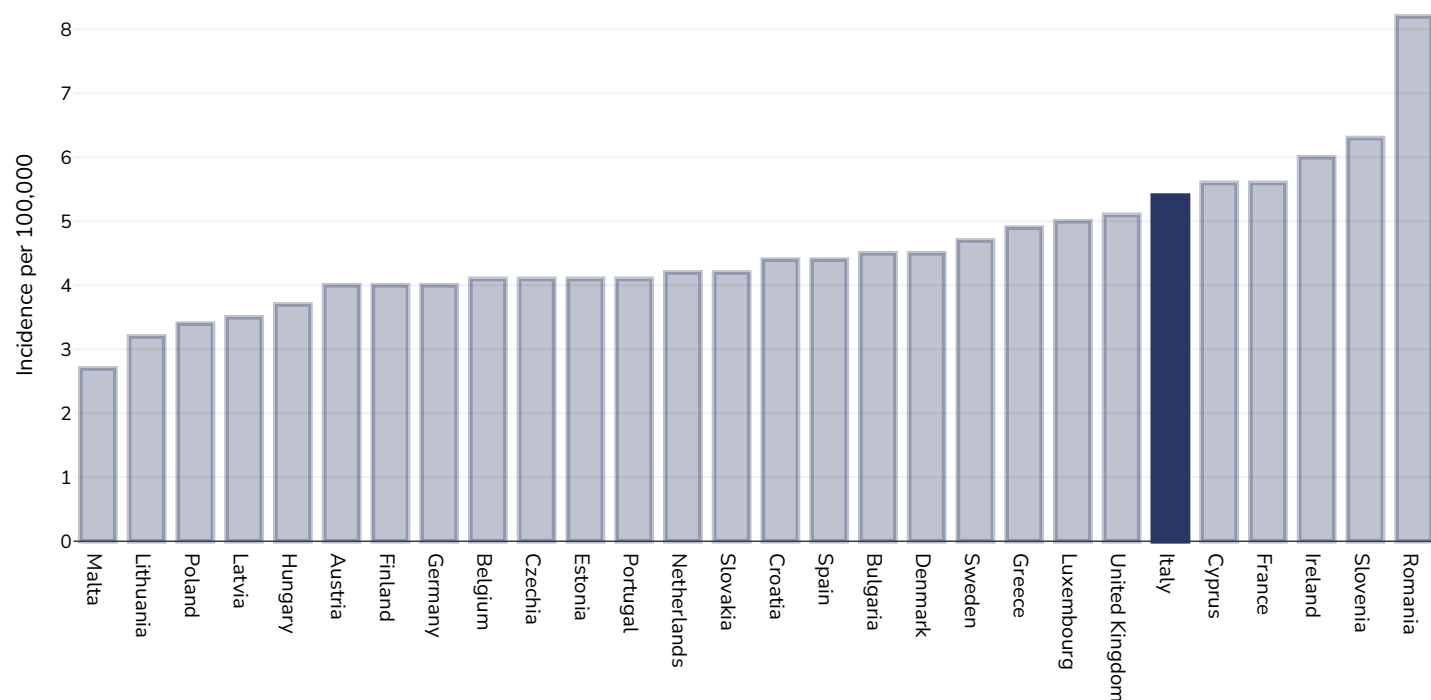
Age: 20+

Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Women, 2022



Age: 20+

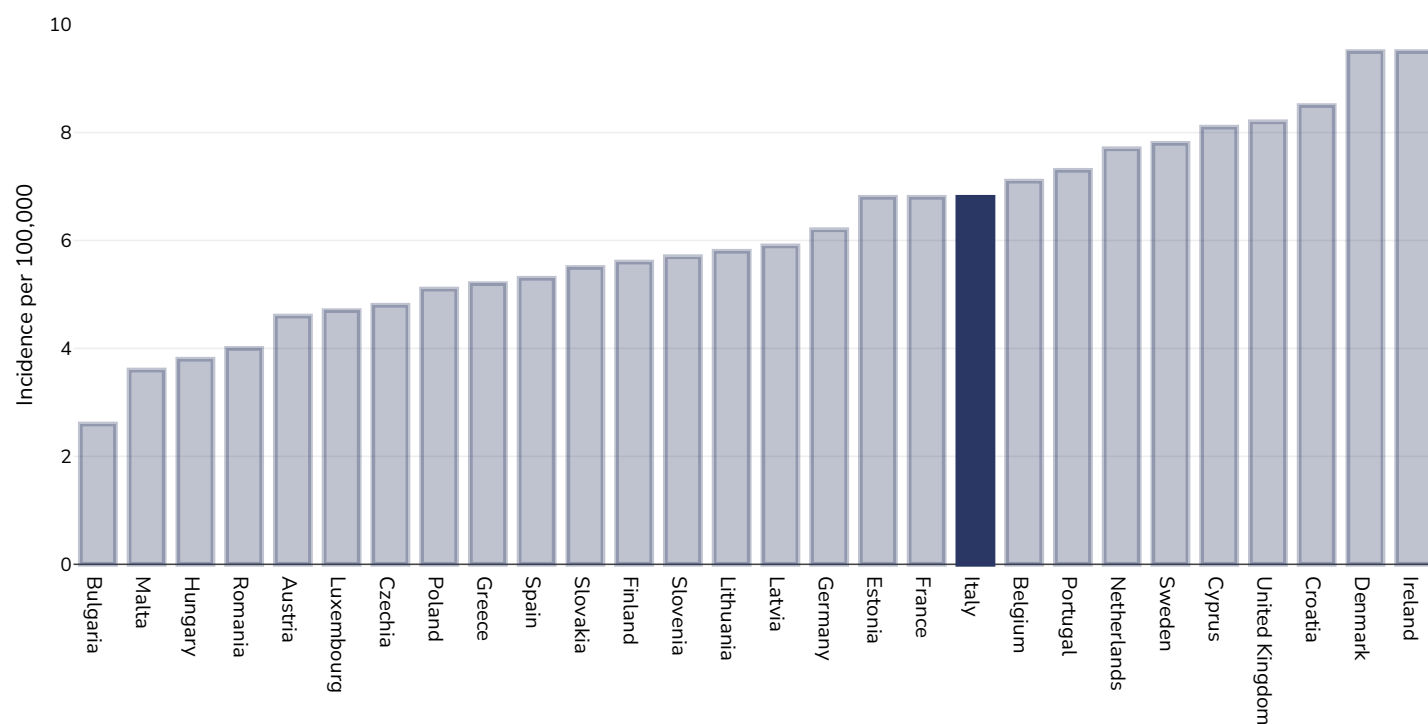
Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Multiple Myeloma

Men, 2022



Age: 20+

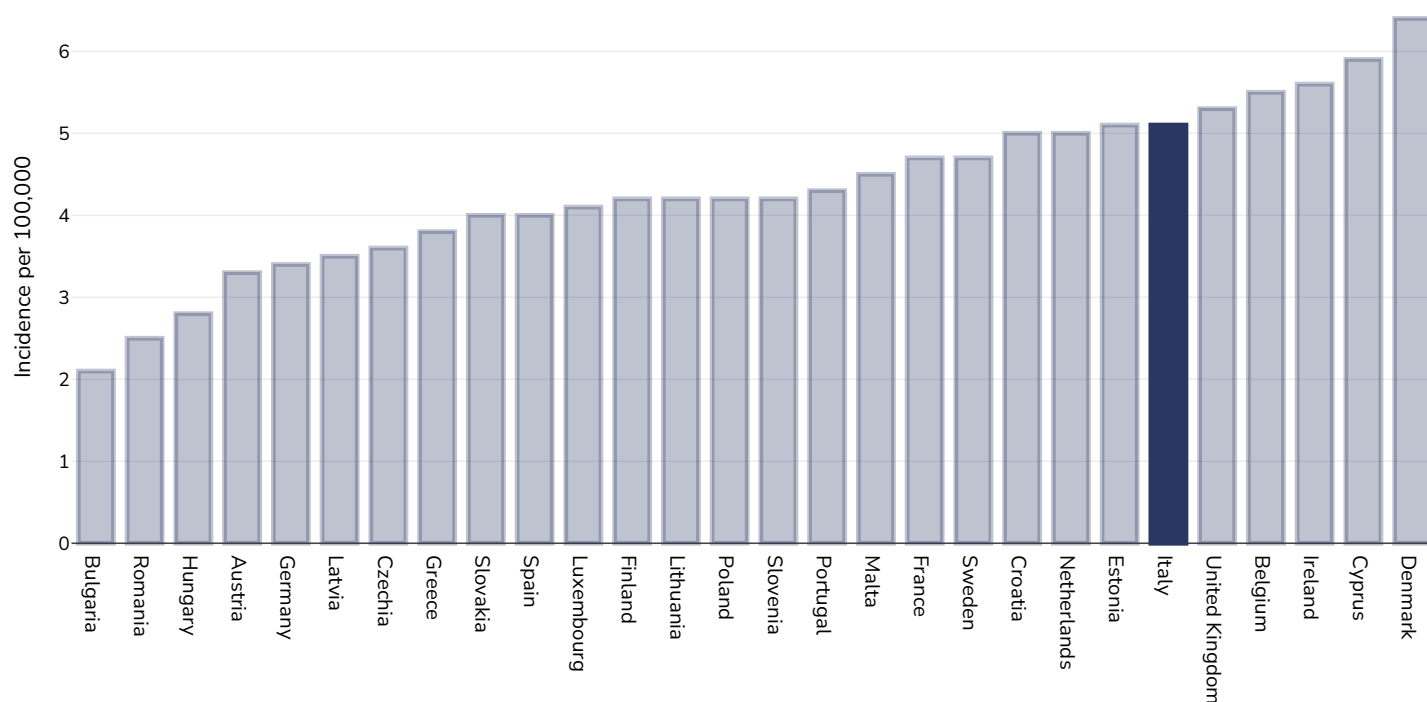
Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2022



Age: 20+

Area covered: National

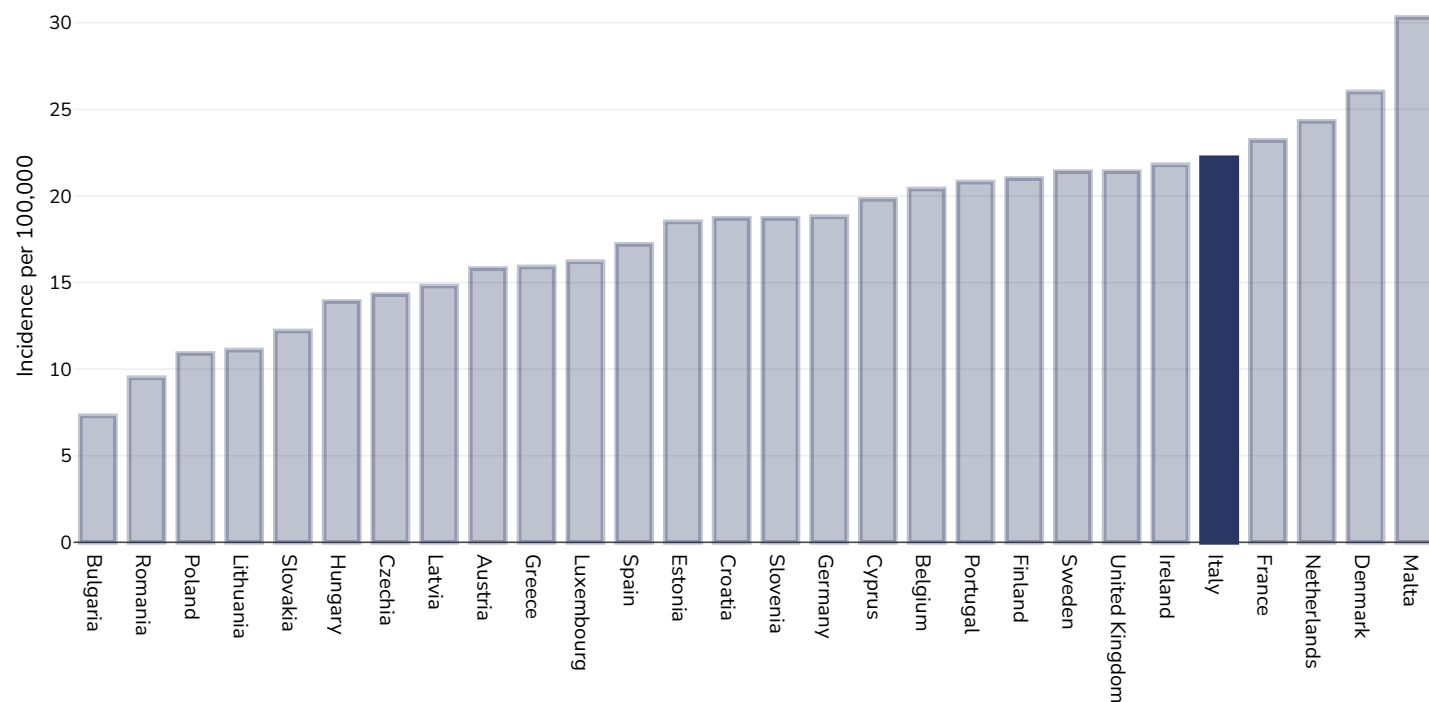
References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Non Hodgkin Lymphoma

Men, 2022



Age: 20+

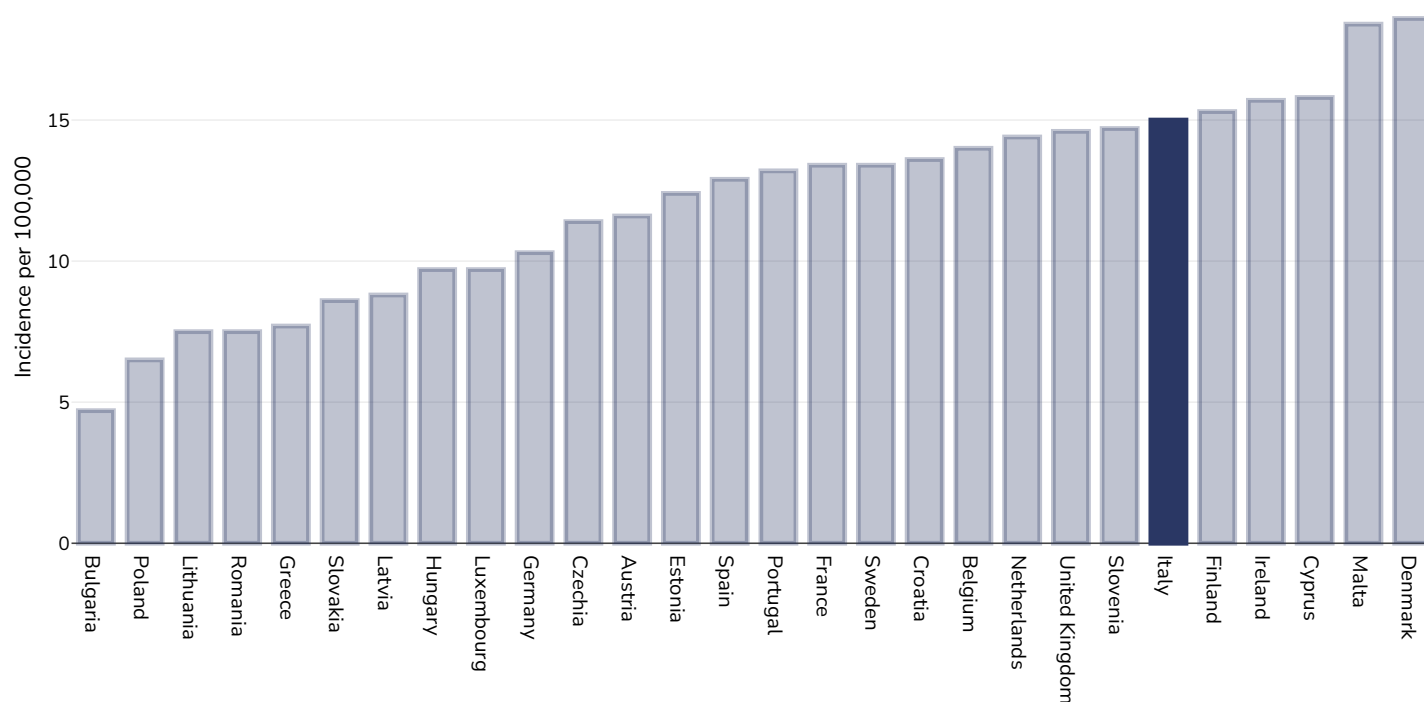
Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Women, 2022



Age: 20+

Area covered: National

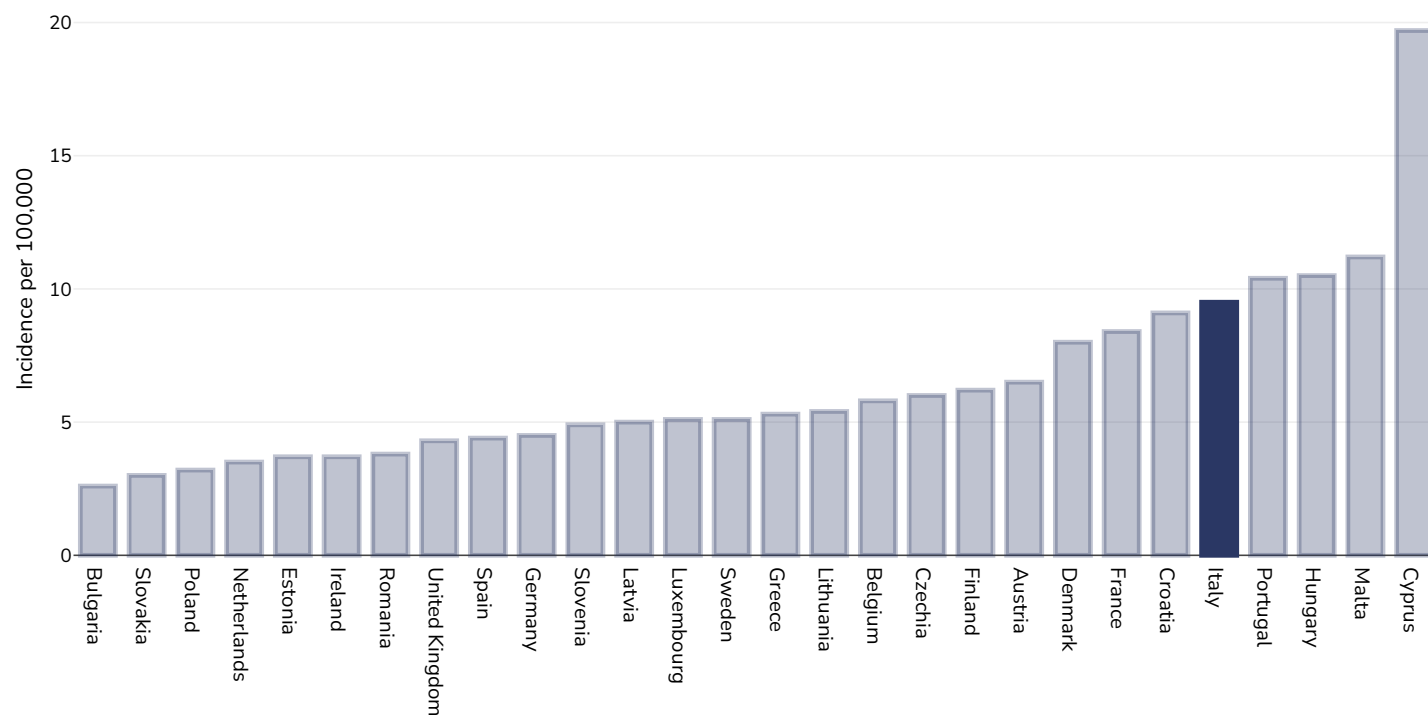
References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Unless otherwise noted, overweight refers to a BMI between 25kg and 29.9kg/m², obesity refers to a BMI greater than 30kg/m².

Thyroid Cancer

Men, 2022



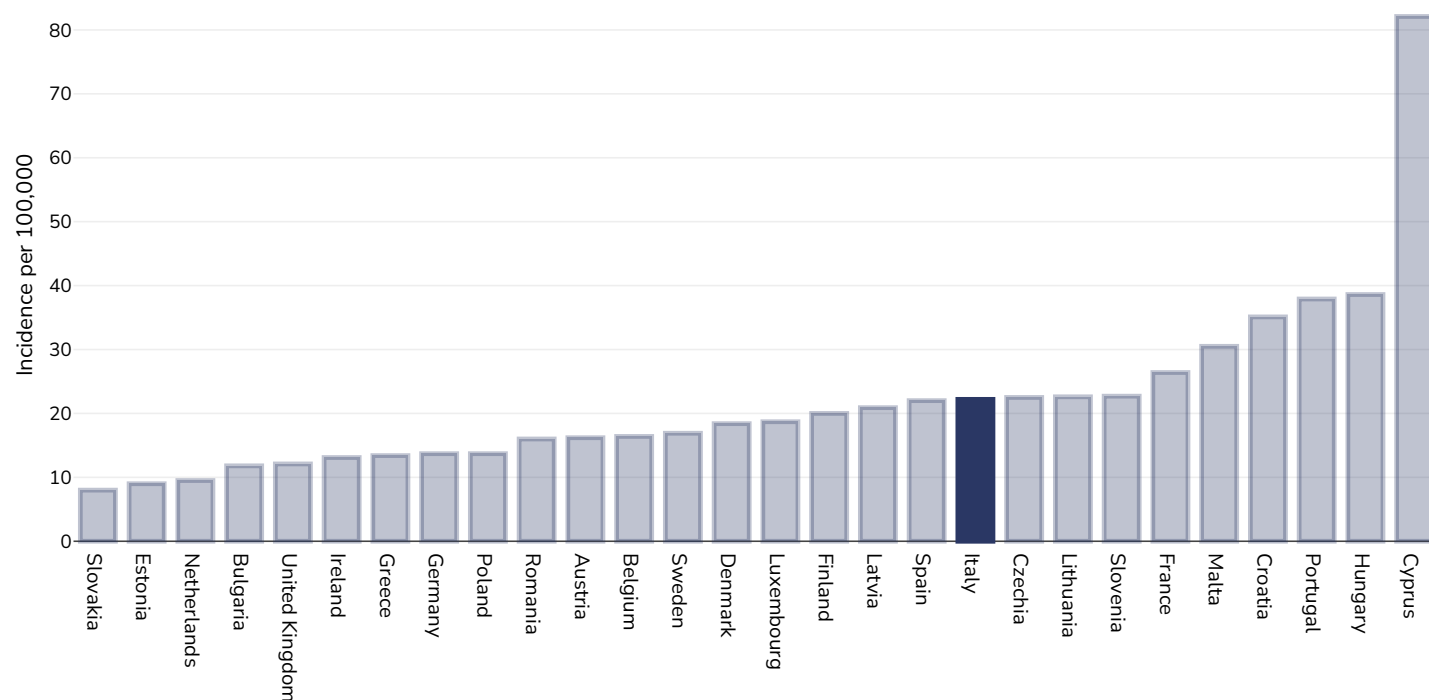
Age: 20+

Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

Women, 2022



Age: 20+

Area covered: National

References: Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [16.07.24]

Definitions: Incidence per 100,000

PDF created on May 5, 2026

An abstract graphic on the left side of the page. It features a dark blue compass needle pointing towards the right. Surrounding the needle are several concentric arcs in various colors: green, purple, orange, pink, and yellow. Some of these arcs are solid, while others are dotted. The background is a light blue gradient.

WHO acceleration plan to stop obesity

2025

2030



World Health
Organization



At the **75th World Health Assembly** in 2022, Member States adopted new recommendations for the prevention and management of obesity and endorsed the *WHO acceleration plan to stop obesity*

The *WHO acceleration plan to stop obesity*¹ is designed to stimulate and support multisectoral country level action across the globe. Drawing on policies that are already tried and tested and based on implementation and delivery science, the plan offers the prospect of a step change in delivery and impact in the effort to tackle the growing crisis of obesity.

¹ WHA75 - Annex 7 Acceleration plan to support Member States in implementing the recommendations for the prevention and management of obesity over the life course https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75-REC1/A75_REC1_Interactive_en.pdf#page=105.

A public health crisis

The global burden and threat of obesity constitutes a major public health challenge that undermines social and economic development throughout the world and has the effect of increasing inequalities between countries and within populations. Obesity has now reached epidemic proportions and it is estimated that by 2030 over one billion adults globally will be obese.¹ Once associated with high-income countries, obesity is now also prevalent in low-and middle-income countries, including among lower socio-economic groups. In some contexts, the factors contributing to obesity are the same as those that contribute to undernutrition.

Stopping the growing obesity epidemic is one of the 2025 Global Nutrition Targets (for children under 5) and one of the Targets

for Noncommunicable Diseases (NCDs) reduction for adolescents and adults. Without addressing obesity, it will not be possible to achieve a 30% reduction of premature mortality from NCDs by 2030, nor will it be possible to end malnutrition (by wasting and overweight) among children under 5 years of age. Both are key targets of the Sustainable Development Goals (SDGs).

Obesity has very significant impacts on wellbeing and quality of life and is a major risk factor in many other NCDs. In 2019, it contributed to approximately 5 million deaths from cardiovascular diseases, diabetes, cancers, neurological disorders, chronic respiratory diseases, and digestive disorders.² People who suffer from obesity also experience a four-fold increased risk of developing severe COVID-19.³

3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



*Tackling the growth in obesity is critical to achieving the **Sustainable Development Goal (SDG) target 3.4: to reduce by one third premature mortality from NCDs by 2030.***

¹ World Obesity Atlas 2022. World Obesity Federation. London: 2022 (https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf, accessed 11 April 2023).

² Chong, B., Jayabaskaran, J., Kong, G, et al. Trends and predictions of malnutrition and obesity in 204 countries and territories: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *EClinicalMedicine*. 2023. 57. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101850>.

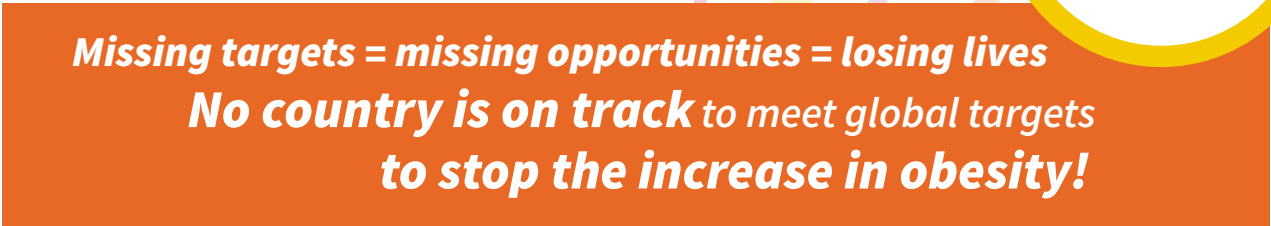
³ Izcovich A, Ragusa MA, Tortosa F, Lavena Marzio MA, Agnoletti C, et al. *Prognostic factors for severity and mortality in patients infected with COVID-19: A systematic review* *PLoS One*. 2020; 15(11): e0241955.

Can obesity be prevented?

Overweight and obesity are largely preventable. At the individual level, **people may be able to reduce their risk by limiting energy intake from total fats and sugars; increasing consumption of fruit and vegetables, as well as legumes, whole grains and nuts; and engaging in regular physical activity.** However, the dietary and physical activity patterns for individual people are largely the result of environmental and societal conditions that greatly constrain personal choice.¹

A yellow circular graphic with a red location pin icon at the top right. Inside the circle, the text "Health warning" is written in a bold, black, sans-serif font.

**Health
warning**

An orange rectangular graphic with white text. The text reads: "Missing targets = missing opportunities = losing lives. No country is on track to meet global targets to stop the increase in obesity!"

Missing targets = missing opportunities = losing lives
No country is on track to meet global targets
to stop the increase in obesity!

Tackling obesity must be recognized first as a societal rather than an individual responsibility with the solutions to be found through the creation of supportive environments and communities that embed healthy diets and regular physical activity as the most accessible, available and affordable behaviours of daily life. **Stopping the rise in obesity will demand multisectoral actions that can have a more direct impact on the disease (such as food manufacturing, marketing and pricing) and others that seek to address the wider determinants of health (such as poverty reduction and urban planning).** Health sector responses designed and equipped to identify risk, prevent, treat and manage the disease are also urgently needed. These actions need to build upon and be integrated into broader efforts to address NCDs and strengthen health systems through a primary health care approach.

A purple circular graphic with a red location pin icon at the top left. Inside the circle, the text "The solution to the obesity epidemic is political will, a plan of action and the resources and commitment to deliver" is written in a purple, sans-serif font.

**The solution to the
obesity epidemic is
political will, a plan of
action and the resources
and commitment
to deliver**

1. Obesity and overweight. World Health Organization. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, accessed 26 June 2023).

Putting a stop to the rise in obesity: a complex challenge

Obesity is a public health emergency and an effective global response to the obesity epidemic is now urgent and imperative. However, there is no single or simple solution. The response will demand ambitious reform on many fronts and on a scale sufficient to address the sum of environmental influences that exacerbate the likelihood of obesity in individuals or populations and in different settings. These influences are referred to as the “obesogenic environment”.

The answer to the obesity epidemic lies in action to address the structural factors that are rapidly contributing to the creation of a worldwide obesogenic environment. Governments, supported by all key stakeholders, must now take responsibility for ensuring the availability of healthy sustainable food at locally affordable prices, for embedding safe and easy physical mobility into the daily life of all people and for enabling and enforcing an adequate legal and regulatory environment. At the same time, an effective health system response must be mobilized to help prevent, treat and manage obesity.

BOX 1

Definition of obesity

Obesity is a chronic complex disease defined by excessive adiposity that can impair health. It is in most cases a multifactorial disease due to obesogenic environments, psycho-social factors and genetic variants. In a subgroup of patients, single major etiological factors can be identified (medications, diseases, immobilization, iatrogenic procedures, monogenic disease/genetic syndrome). Body mass index (BMI) is a surrogate marker of adiposity calculated as weight (kg)/height² (m²). The BMI categories for defining obesity vary by age and gender in infants, children and adolescents. For adults, obesity is defined by a BMI greater than or equal to 30.00 kg/m². There are three levels of severity in recognition of different management options.

In infants, children and adolescents, BMI categories for defining obesity vary by age and gender based on WHO growth charts. Children 0 to 5 years have obesity if weight-for-length/height or BMI-for-age is above 3 standard deviations of the median of the WHO Child Growth Standards. Children aged 5 to 19 years have obesity if BMI-for-age is above 2 standard deviations of the median of WHO Growth Reference for School-aged Children and Adolescents.

International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Geneva: World Health Organization; 2018 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

WHO acceleration plan to stop obesity

The **WHO acceleration plan to stop obesity** sets out the incremental steps for a comprehensive, systematic approach to tackling obesity. The plan is assisting countries to navigate the complexity of the implementation challenges and deliver results.

At the heart of the plan sits a consolidated set of policies which have been selected based on their proven potential to achieve outcomes. Next, the plan prioritizes existing policy recommendations in order to focus on those most likely to prove impactful, feasible, acceptable, affordable and scalable. Finally, the plan uses state of the art implementation and delivery science to guide how countries can best unlock and deliver a programme of change.

The role of the environments that surround communities has long been recognized as a major contributor to obesity. Obesity prevention and control necessitates multi-sectoral policies and actions that go beyond the health sector. Such policies and actions are implemented through a coordinated whole-of-society approach with a range of ministries and partnerships, while managing conflicts of interest and safeguarding public health. They include structural, fiscal, and regulatory actions aimed at creating healthy food environments that make healthier food options available, accessible and desirable.

Approaches endorsed in the plan include: comprehensive policies to protect people from the harmful impact of food marketing; nutrition labelling policies (including front-of-pack labelling); fiscal policies (including taxes and subsidies to promote healthy diets); public food procurement and reformulation policies; physical activity; as well as school food and nutrition policies (including school food standards, food provision and nutrition education).

A whole-of-society approach also requires actions at subnational and local

levels and can include collaboration between organizations working towards a common goal. For example, district administration, education and health authorities creating and maintaining public parks that cater for the needs of different age groups, or primary care teams in health clinics and school teachers jointly promoting healthy eating practices, giving oral healthcare advice, and offering services to ensure timely identification of children at risk of obesity. Within the school setting, school staff together with food service staff can implement nudges, alongside measures such as setting school food standards, to further influence children's food selection towards foods that contribute to a healthy diet.

Obesity prevention and management necessitates multisectoral policies and actions that go beyond the health sector





The plan also calls for stronger integration of obesity prevention and treatment into primary health care services, particularly in low- and middle-income countries where many health clinics lack even the most basic diagnostic tools for checking blood sugar levels, weight or blood pressure or the resources to provide prevention and management counselling and health services. Finally, the plan calls on Member States to draw up country-based roadmaps, bringing together stakeholders and advancing advocacy and communications.

***If everything
is important,
nothing is
important***

***If everything
is a priority,
nothing is a
priority***

BOX 2

Policies and actions to stop the rise in obesity

Taxes on sugar-sweetened beverages (SSB)

A range of policy interventions to increase the cost of sugar-sweetened beverages to the consumer or to reduce the sugar content of the drinks have been introduced in several countries, including Mexico, Saudi Arabia, South Africa and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland and have proved effective in either reducing sales or reducing consumption of sugar from sugary drinks.

Following the introduction of a one-peso per litre tax in Mexico (which is approximately a 10% tax), SSB purchases reduced by 6%. A higher tax in Saudi Arabia of 50% on carbonated beverages had greater impact leading to a 35% reduction in sales. The UK took a different approach which focused on reducing the sugar content of drinks rather than reducing the volume of sales. In response to the UK tiered Soft Drinks Industry Levy (SDIL), the sugar levels of household beverage purchases fell by almost 30g per household per week— while the volume of households' beverage purchases did not change indicating that the impact is likely to be due to reformulation of the products. South Africa has also introduced a tiered tax. Following the introduction of the Health Promotion Levy, the mean daily sugar intake from taxed beverages fell 37.5% while the mean per capita daily volume of taxed beverage purchases only fell by about 15%.

Colchero MA, Popkin BM, Rivera JA, Ng SW. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *BMJ*. 2016;352. 10.1136/bmj.h6704.

Alsukait R, Wilde P, Bleich SN, Singh G, Foltz SC. Evaluating Saudi Arabia's 50% carbonated drink excise tax: Changes in prices and volume sales. *Economics & Human Biology*. 2020;38:100868.

Pell D, Mytton O, Penney TL, Briggs A, Cummins S, Penn-Jones C, et al. Changes in soft drinks purchased by British households associated with the UK soft drinks industry levy: controlled interrupted time series analysis. *BMJ*. 2021;372.

Hofman KJ, Stacey N, Swart EC, Popkin BM, Ng SW. South Africa's health promotion levy: excise tax findings and equity potential. *Obesity Reviews*. 2021;22.

The Five Workstreams

The *WHO acceleration plan to stop obesity* comprises five workstreams.

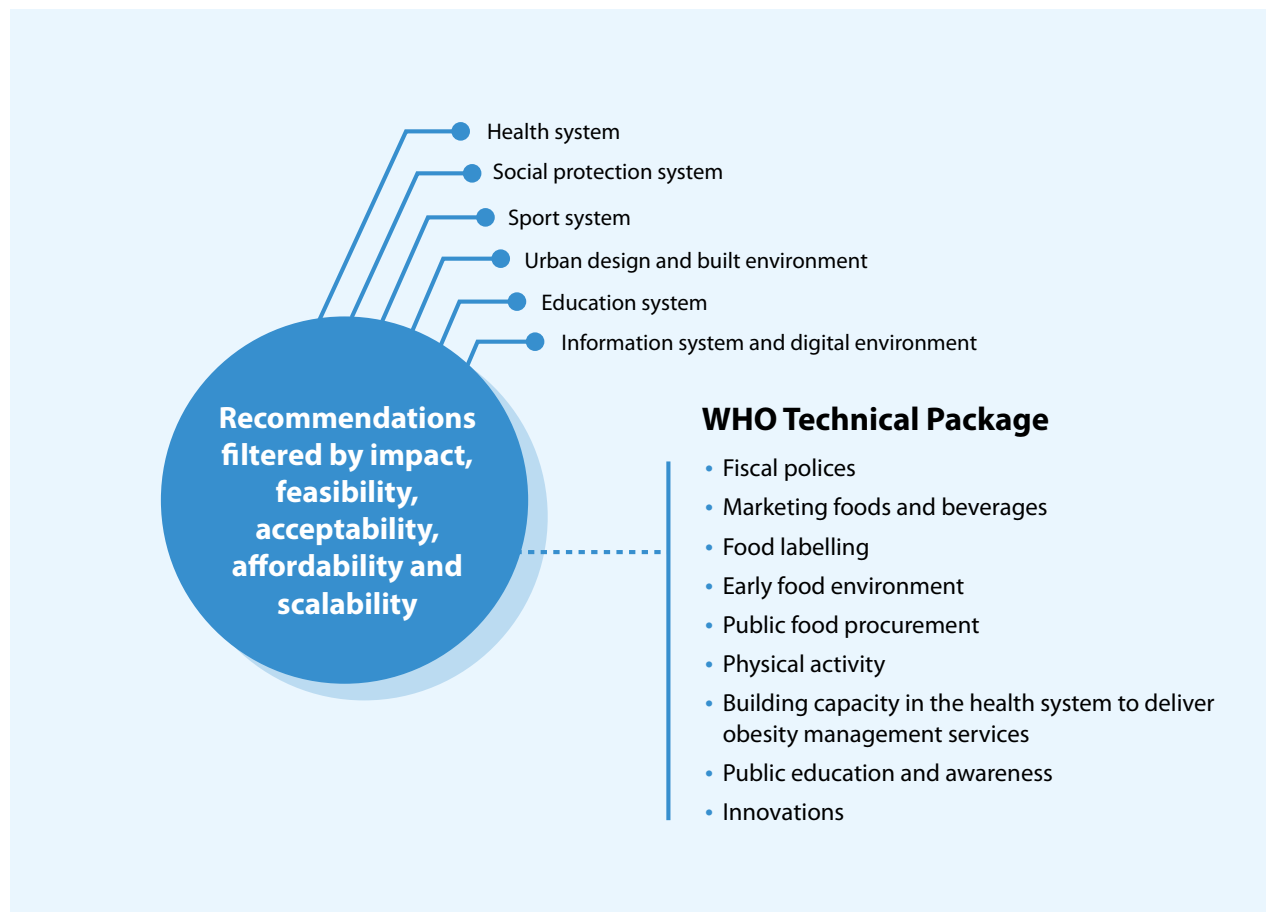
Workstream 1: Evidence-based, impactful and cost-effective actions

WHO has developed an obesity technical package that prioritizes and consolidates proven policy interventions and includes impact-modelling estimates. (See Box 3.) Examples of interventions selected under the plan include: evidence-based approaches to the implementation of regulations to protect children from the harmful marketing of food and beverages; fiscal and pricing policies to promote healthy diets and nutrition labelling policies; school-based nutrition policies

(including initiatives to regulate the sales of products high in fats, sugars and salt in close proximity to schools); protecting, supporting and promoting breastfeeding; and standards and regulations on active travel and physical activity in schools.

The work will include ensuring mechanisms are in place to safeguard public health from undue influence by real, perceived or potential conflicts of interest.

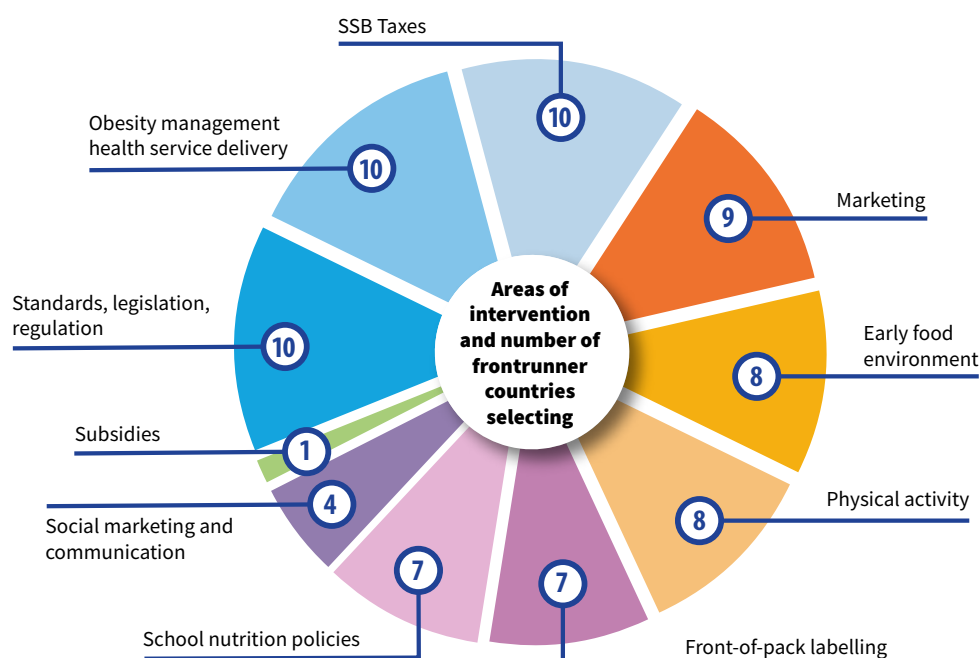
Figure 1. Act across multiple settings and scale up impactful interventions



Following the inter-country dialogues organized by WHO in the six regions (see Box 5), not all frontrunner countries choose to adopt all the policy interventions proposed in the WHO technical package. Indeed, each frontrunner country is making a choice according to its own context, prioritization and feasibility. For example 10 out of 28 frontrunners have

chosen to adopt sugar-sweetened beverages (SSB) interventions. By contrast, seven countries have chosen to progress school nutrition interventions and so far, only one of the frontrunner countries has chosen to use subsidies. Figure 2 shows at a glance the current trend of popularity of the different interventions.

Figure 2. Obesity interventions prioritized by frontrunner countries



Economic warning

Current annual global costs of obesity US\$ 990 billion

Annual cost of obesity as percentage of total GDP in 2060 3.29% on average across all countries

Potential total savings US\$ 429 billion per year on average

(if overweight and obesity prevalence is reduced by 5% between 2020 and 2060)

The world cannot afford **NOT** to act!

Okunogbe A, Nugent R, Spencer G et al. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. BMJ Global Health. 2022, Vol. 7, p. e009773. Obesity: missing the 2025 global targets: trends, costs and country reports. 2020. World Obesity Federation. <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-day-missing-the-targets-report>.

BOX 3

Modelling impact

The WHO obesity policy modelling tool

The Department of Delivery for Impact (DFI), within the Division of Data, Analytics and Delivery for Impact, supports WHO's work to optimize impact at country level through a systematic, data-driven, and sustained focus on driving progress towards the 2030 SDGs.

DFI, in collaboration with the Department of Nutrition and Food Safety, has developed a simple, easy-to-use tool to assess the short- to mid-term impact of interventions to tackle the obesity epidemic.

The tool builds primarily on the methodological assumptions used in the WHO-CHOICE analysis,¹ specifically from the evidence supporting Appendix 3 of the Global Action Plan for Noncommunicable Diseases,² and applies it on country-specific demographic data. It models the impact of one to three policies aimed at reducing overweight and obesity on population-level body mass index (BMI) distribution.

The modelling tool helps the country in their decision-making process to prioritize areas of intervention for prevention and management of obesity. It will also help monitor progress and inform course-correcting and advocating for accelerated action as part of the *WHO Acceleration Plan to Stop Obesity*.

¹ WHO-CHOICE programme.

² Technical briefs - Updating Appendix 3 of the WHO global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2030.

“Obesity-related diseases drain scarce resources from health systems and negatively impact economies”

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director-General.³

³ <https://www.worldobesity.org/news/changing-perspectives-and-advancing-national-action>.

Workstream 2: Delivery for impact

The delivery for impact workstream brings together technical expertise on obesity with implementation science expertise on programme delivery.

Focusing initially on a subset of countries, the plan supports the development and implementation of country-specific data-driven incremental strategies for slowing and reversing obesity trends and uses the WHO impact cycle to unlock solutions and deliver the progress that is needed.¹

Figure 3. Impact cycle



1 Feature story on WHO delivery case study + Impact playbook (forthcoming): <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-2021/delivery-case-study>.

2 https://www.un.org/nutrition/sites/www.un.org.nutrition/files/general/pdf/2-nutrition_decade_flyer_commitments_for_web.pdf.

3 <https://www.sdgdashboard.org/>.

The acceleration plan guides and supports the frontrunner countries to deliver measurable impact through the following structured methodology:

- 1 Adapt prioritized, simplified and standardized evidence-based interventions and technical packages to their context.
- 2 Develop a theory of change for each of the selected interventions.
- 3 Develop and roll-out clear delivery plans, focused on identifying and addressing implementation bottlenecks.
- 4 Conduct accountability routines with all stakeholders, designed to keep momentum and focus during implementation.
- 5 Use analytics and modelling to assess issues, design solutions, track progress, course correct and re-programme as needed throughout the policy implementation cycle.
- 6 Participate in communities of practice to promote the exchange of best practices and learning between countries.
- 7 Report on accountability cycles at national, regional and global level including at the World Health Assembly.

BOX 4

It's all about measurable impact — the WHO delivery approach

The WHO delivery for impact approach provides a structured framework for implementation that helps to accelerate progress towards the impact that countries want to achieve. It is based on the core principles that data and planning are not sufficient endpoints in and of themselves; it is about challenging a business-as-usual mindset and pushing for actions that increase the likelihood of reaching the desired results. While other technical resources provide details on what needs to be done, delivery is centered around how to go about doing it: from identifying priority issues and setting measurable targets, through to problem-solving and creating an institutional culture of data-driven action.

The delivery for impact approach is centered on an impact Cycle, with a lens for on-the-ground implementation and strong emphasis on long-term sustainability for transformational change. The impact Cycle provides a clear framework accompanied with tested tools to systematically and effectively advance implementation efforts.

The impact cycle was developed in collaboration with the WHO Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) and adapted from its “evidence ecosystem for impact” framework. For additional information see: Tracking the Triple Billions and delivering results (who.int).

Workstream 3: Global advocacy

The acceleration plan invests in increased advocacy at global, regional and country level to raise awareness, generate political engagement and mobilize resource through advocacy campaigns, media and the development of scientific papers. The plan calls out to people and families living with obesity to lobby for the right to prevention, treatment and management of obesity free of stigma and to participate in the dialogue for change. It calls on governments to take brave action to ensure that the prevention and management of obesity is integrated in all policies. It calls on international organizations and development partners to prioritize initiatives to build and sustain the capacity of organizations and networks in obesity reduction and to unlock needed funding that is predictable and sufficient to meet the challenge. It calls on professional

associations to increase awareness of the importance of tackling the obesity epidemic and to contribute

to research, education and training to assist the acceleration of global action. Finally, it calls for coalition building to help developing a global alliance for equitable, properly resourced and effective

action to address the obesity epidemic encompassing prevention, management and treatment of the disease.



The plan calls out to people and families living with obesity to lobby for the right to prevention, treatment and management of obesity free of stigma and to participate in the dialogue for change

Workstream 4: Engaging partners



The plan will involve sustained engagement with a wide range of partners such as the Global Obesity Coalition and include UN agencies, civil society, the private sector and academic institutions, focused on deepening established partnerships and creating new ones.



**2X
PEOPLE**

People living with obesity are twice as likely to be hospitalized if tested positive for COVID-19



**60%
CHILDHOOD**

Childhood obesity (age 5 to 19) is expected to increase by 60% over the next decade, reaching 250 million by 2030



**\$1
TRILLION**

The medical consequences of obesity will cost over US\$1 trillion by 2025



**800
MILLION**

800 Million people around the world are living with obesity

Source: https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Factsheet_-_English_1.pdf

Workstream 5: Accountability

The plan places a strong focus on accountability and reporting to monitor the execution of the acceleration plan at global level, and for the frontrunner countries. The key outcomes on which the plan will be measured are: that the number of countries implementing effective policies to address prevention and management of obesity

increases; that improved policy efficiency and coverage and expanded access to obesity prevention and management services can be evidenced; and that the current upward trend in obesity rates across the life course slows. The reporting process will also provide an opportunity to identify and learn from emerging practices.

Figure 3. Ambitious targets and accountability

Outcome targets	• Halt the rise of obesity in children under 5, adolescents and adults	by 2025
	• Ending all forms of malnutrition	by 2025
	• Reach 3% or lower prevalence of overweight in children under five years of age	by 2025
Intermediate targets	• Free sugars to less than 10% of total energy intake in adults and children	by 2030
	• Increase the rate of exclusive breastfeeding in the first 6 months up to at least 70%	
	• 15% relative reduction in the global prevalence of physical inactivity	
Process targets	• Increase coverage of PHC services with prevention, diagnosis and management of obesity in children and adolescents	by 2030
	• Increase density of nutrition professionals to a minimum level of 10/100 000 population	
	• Increase number of countries with regulations on marketing of foods and non-alcoholic beverages to children	
	• All countries implement national public education communication campaigns on physical activity	
	• All countries have a national protocol for assessing and counselling on physical activity in primary care	

People living with obesity are at a greater risk from other chronic diseases such as diabetes, cardiovascular disease and certain cancers

Source: https://www.worldobesityday.org/assets/downloads/Factsheet_-_English_1.pdf.

BOX 5

Putting the plan into action through inter-country dialogues

Following the endorsement of the *WHO acceleration plan to stop obesity* at the 75th World Health Assembly (WHA75), a series of inter-country dialogues were convened with the frontrunner countries in the six WHO regions. The frontrunner countries were selected under WHO Regional Office guidance, based on epidemiological data and strategic priorities, policy and political environment, country capacity and expressed interest in or need for technical assistance in this area.

These countries are receiving combined technical and delivery support from WHO until 2030 with the expectation that the process of test and learn will generate evidence and expertise for future expansion of the acceleration plan across the globe.

The inter-country dialogues provided an opportunity for countries to share current initiatives to tackle the obesity epidemic and to discuss how to accelerate their progress by designing tailored country roadmaps with clearly identified priority interventions to be tracked across mid-term (2025) and long-term (2030) targets and a clear pathway towards implementation.

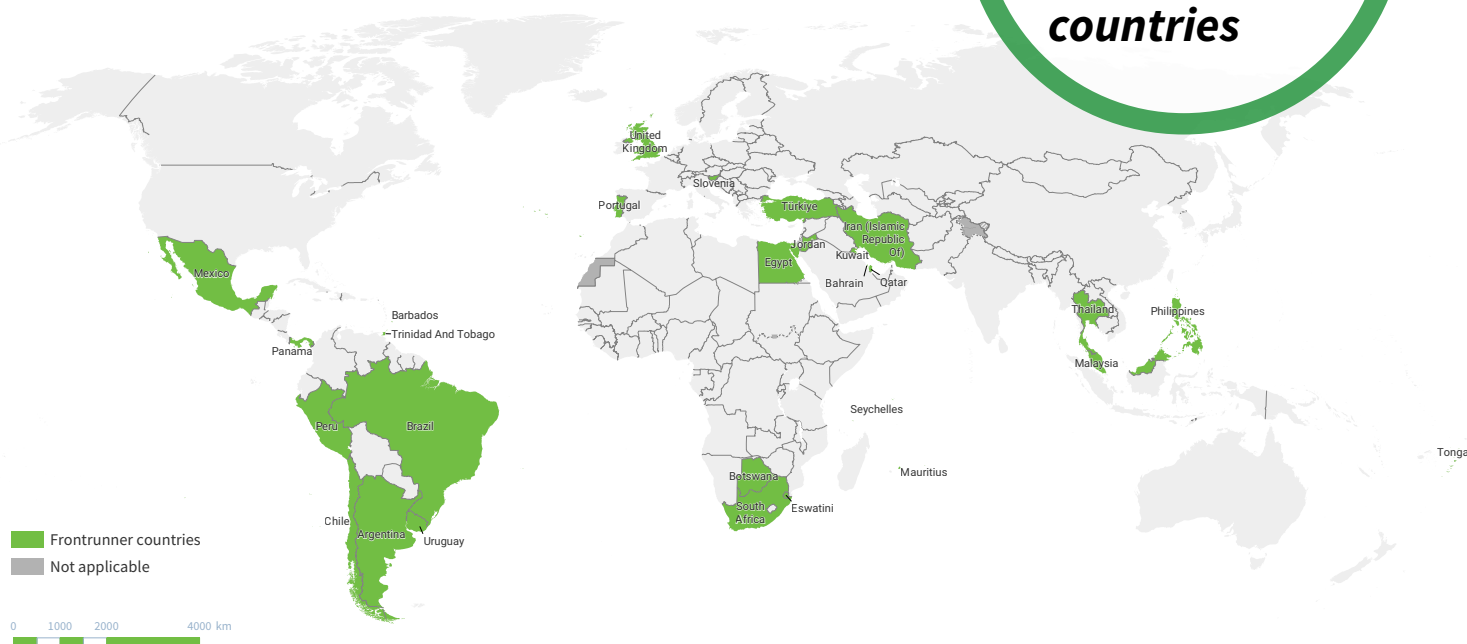
Dialogue participants included policy makers and programme managers working on nutrition and NCDs from the frontrunner countries, civil society, other UN agencies and people living with obesity and affected communities.

The inter-country dialogues also established a community to unite countries and other stakeholders around a shared vision for the response to the obesity epidemic and for strengthening political commitment to support and finance the response in the 28 frontrunner countries and beyond.

Frontrunner countries are continuing to gather periodically to finalize country acceleration roadmaps and move to the execution phase. The first deadline for the accountability cycle is at WHA77 in 2024.

The frontrunner countries

Obesity is no longer just a disease of high-income countries



Argentina, Bahrain, Barbados, Botswana, Brazil, Chile, Egypt, Eswatini, Iran (Islamic Republic of), Jordan, Kuwait, Malaysia, Mauritius, Mexico, Panama, Peru, Philippines, Portugal, Qatar, Seychelles, Slovenia, South Africa, Thailand, Tonga, Trinidad and Tobago, Türkiye, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, and Uruguay.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

No country is immune to the obesity epidemic

The **WHO acceleration plan to stop obesity** focuses on evidence-based, cost-effective interventions, which can be adapted to fit country needs. These include a range of policies to address the obesogenic environment that is driving the trajectory of the epidemic right across the globe. The plan also includes a new **WHO health service delivery framework for the prevention and management of obesity**.¹

The plan is moving towards its execution phase with ambitious but achievable roadmaps agreed by a selection of the most affected countries for the delivery of their chosen national priorities.



“With strong political commitment and accountable implementation, we can bend the obesity curve, and make 2030 a healthier and more sustainable year for all”

*Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus,
WHO Director-General.*²

WHO will be reporting on the implementation evidence, the challenges and the successes of the roll-out in countries in the short, medium and long term, and will report on a yearly basis to Member States through the World Health Assembly and Regional Committee Meetings.

Time is short and the challenge is complex.

This is why the *WHO acceleration plan to stop obesity* has taken brave decisions around prioritization, selection and feasibility and drills down to the granularity that can enable implementation and ensure concrete progress on the ground. The plan provides the recipe for success and the tools to deliver. Now WHO invites politicians, donors and communities to rally around a whole of society response to meet one of the world’s most serious emerging health crises.

¹ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073234>.

² <https://www.worldobesity.org/news/changing-perspectives-and-advancing-national-action>.



WHO acceleration plan to stop obesity

ISBN 978-92-4-007563-4 (electronic version)

ISBN 978-92-4-007564-1 (print version)

© **World Health Organization 2023**. Some rights reserved.

This work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) licence.

For further information, please contact:

Department of Nutrition and Food Safety

<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/overview>

Email: nfs@who.int

World Health Organization

Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland



I WISH OBESITY

Una campagna sull'obesità per

***“Cambiare la narrazione. Cambiare la percezione.
Cambiare le politiche. Cambiare la vita delle
persone”***

Campagna promossa da

OPEN ITALY

IBDO FOUNDATION

Ideata e realizzata da:

LASTMILE SOLUTIONS

PREMESSA

L'obesità rappresenta una delle principali sfide di salute pubblica del XXI secolo, con impatti rilevanti sul piano sanitario, sociale ed economico. Nonostante la crescente evidenza scientifica, essa continua a essere oggetto di una narrazione riduttiva e stigmatizzante che ne compromette il pieno riconoscimento come malattia cronica complessa e limita l'efficacia delle politiche pubbliche.

Il presente documento propone la campagna nazionale **"I WISH OBESITY"**, promossa da OPEN ITALY e IBDO Foundation, quale strumento di comunicazione istituzionale e advocacy volto a supportare le istituzioni nel riposizionamento dell'obesità come priorità politico-sanitaria.

La campagna si inserisce in modo coerente nel quadro normativo nazionale e si pone l'obiettivo di contribuire alla **piena attuazione della Legge 149/2025**, rafforzandone l'impatto attraverso un'azione integrata di sensibilizzazione, cambiamento culturale e orientamento delle politiche pubbliche.

L'approccio proposto collega dimensione culturale, percezione sociale e azione politica secondo una traiettoria chiara:

Cambiare la narrazione → Cambiare la percezione → Cambiare le politiche → Cambiare la vita delle persone.

1. CONTESTO E RAZIONALE

L'obesità è una patologia cronica complessa, caratterizzata da un'eziologia multifattoriale che include determinanti biologici, genetici, ambientali e socioeconomici. Essa è associata a un aumento significativo del rischio di malattie croniche non trasmissibili e comporta un rilevante impatto sul sistema sanitario.

Tuttavia, a fronte di tali evidenze, persistono criticità rilevanti:

- una rappresentazione pubblica semplificata e stigmatizzante
- una limitata consapevolezza istituzionale della complessità della patologia
- disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi
- una frammentazione degli interventi di prevenzione e cura

Lo stigma associato all'obesità costituisce un determinante di salute che incide negativamente sull'accesso alle cure, sull'aderenza terapeutica e sulla qualità della vita.

Alla luce di queste considerazioni, emerge la necessità di un intervento strutturato che integri comunicazione, sensibilizzazione e policy, in grado di accompagnare e rafforzare l'implementazione delle misure previste dal legislatore.

In questo senso, la campagna **"I WISH OBESITY"** si configura come uno strumento abilitante per sostenere la piena applicazione della **Legge 149/2025**, favorendo un allineamento tra indirizzi normativi, percezione pubblica e azione istituzionale.

2. FINALITÀ DELLA CAMPAGNA

La campagna si fonda su una visione chiara e progressiva:

non è possibile trasformare le politiche senza trasformare prima il modo in cui una condizione viene percepita e raccontata.

"I WISH OBESITY" propone un percorso articolato:

- cambiare la narrazione pubblica dell'obesità
- modificare la percezione sociale della malattia
- orientare le politiche pubbliche verso un approccio strutturato
- migliorare concretamente la vita delle persone

Questo approccio riconosce che la dimensione culturale e comunicativa è parte integrante delle strategie di salute pubblica.

Il progetto ha l'obiettivo di:

- fornire alle istituzioni un quadro di riferimento aggiornato
- stimolare il dibattito scientifico sull'obesità
- promuovere un cambiamento della narrazione pubblica dell'obesità
- supportare la comunità scientifica e le associazioni delle persone con obesità nell'elaborazione di politiche integrate e coordinate
- **contribuire all'attuazione efficace della Legge 149/2025**
- proporre strumenti operativi per la sensibilizzazione e il coinvolgimento degli stakeholder

3. LA CAMPAGNA "I WISH OBESITY"

“I WISH OBESITY” è una campagna nazionale di comunicazione istituzionale, sociale e advocacy che intende:

- dare voce alle persone che vivono con obesità
- dare voce alla comunità scientifica e alle associazioni delle persone con obesità
- evidenziare le criticità del sistema
- orientare le priorità politiche

Il concept si basa sull'utilizzo della formula narrativa “I wish” / “Io vorrei”, quale strumento per tradurre bisogni individuali in indicazioni di policy.

Questo approccio consente di integrare dimensione esperienziale e responsabilità istituzionale, favorendo una maggiore consapevolezza e una più efficace definizione delle priorità.

La campagna si pone, inoltre, come **strumento di accompagnamento istituzionale** per l'implementazione delle disposizioni previste dalla **Legge 149/2025**, contribuendo a:

- rafforzare la conoscenza e la comprensione pubblica
- favorire l'adozione omogenea sul territorio nazionale
- sostenere il coinvolgimento attivo degli stakeholder

5. PRIORITÀ DI POLICY

La campagna individua cinque direttrici fondamentali di intervento.

La prima riguarda la narrazione, con la necessità di superare una comunicazione che riduce l'obesità a un comportamento individuale e utilizza immagini e linguaggi stigmatizzanti. È fondamentale promuovere un racconto basato su evidenze scientifiche e centrato sulla persona.

La seconda concerne la percezione sociale, che incide profondamente sull'accesso alle cure, sulle relazioni sociali e sulla qualità della vita. Lo stigma rappresenta una barriera concreta e deve essere riconosciuto come determinante di salute.

La terza direttrice è rappresentata dalle politiche pubbliche, che devono essere integrate, multisettoriali e orientate alla prevenzione e alla gestione della cronicità, con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze territoriali.

La quarta riguarda la vita delle persone, con l'obiettivo di migliorare accesso, qualità dell'assistenza, inclusione sociale e benessere complessivo.

La quinta infine riguarda il dar voce della comunità scientifica nel dibattito socio, politico-istituzionale.

6. AREE DI INTERVENTO OPERATIVO

L'approccio proposto è necessariamente multisettoriale.

Nel sistema sanitario, è necessario rafforzare i percorsi diagnostico-terapeutici, sviluppare reti multidisciplinari e garantire un accesso equo alle cure e alle innovazioni terapeutiche.

Nel campo della prevenzione, occorre promuovere interventi precoci, programmi educativi e iniziative di salute pubblica che favoriscano stili di vita sani lungo tutto l'arco della vita.

L'ambiente e il contesto urbano giocano un ruolo cruciale: è necessario contrastare gli ambienti obesogenici e promuovere città che favoriscano l'attività fisica e il benessere.

Nei contesti di scuola, sport e lavoro, è fondamentale prevenire lo stigma, garantire inclusione e promuovere una cultura del rispetto.

Infine, la ricerca e la raccolta dati devono essere rafforzate per orientare le politiche e monitorarne l'impatto.

7. STRUMENTI DELLA CAMPAGNA

La campagna "I WISH OBESITY" si sviluppa attraverso un ecosistema integrato di strumenti di comunicazione istituzionale, informazione e advocacy, progettati per garantire coerenza, continuità e impatto su diversi livelli (istituzionale, professionale e pubblico).

7.1 Campagna social

La campagna prevede la diffusione di contenuti digitali basati sul format “I wish”, con l’obiettivo di amplificare le voci delle persone che vivono con obesità, favorire il coinvolgimento della cittadinanza e sensibilizzare l’opinione pubblica.

I canali social rappresentano uno strumento fondamentale per la diffusione capillare e la costruzione di una narrazione condivisa.

7.2 Video pillole

Saranno realizzati contenuti audiovisivi brevi, con testimonianze di persone con obesità, professionisti sanitari e rappresentanti istituzionali e della comunità scientifica.

Le video pillole consentono di coniugare dimensione emotiva e autorevolezza, facilitando la comprensione della complessità della patologia e promuovendo un approccio empatico.

7.3 Card informative digitali

La campagna prevede la produzione di materiali sintetici e facilmente fruibili, contenenti messaggi chiave, dati e indicazioni di policy.

Le card digitali rappresentano uno strumento efficace per la diffusione di contenuti informativi attraverso canali istituzionali e piattaforme digitali.

7.4 Campagna media

È previsto il coinvolgimento della stampa nazionale e locale, con l’obiettivo di promuovere una rappresentazione corretta e non stigmatizzante dell’obesità.

La campagna media includerà la diffusione di contenuti editoriali, interviste, approfondimenti e linee guida per una comunicazione responsabile.

7.5 Poster e materiali informativi

Saranno realizzati materiali visivi destinati a contesti sanitari, istituzionali e spazi pubblici, al fine di garantire una presenza visibile e diffusa della campagna sul territorio.

I poster rappresentano uno strumento immediato per sensibilizzare e orientare la percezione pubblica.

7.6 Newsletter periodiche

La campagna prevede l'attivazione di un sistema di newsletter periodiche, rivolte a istituzioni, stakeholder, professionisti sanitari e media.

Le newsletter avranno la funzione di:

- aggiornare sugli sviluppi della campagna
- condividere dati, evidenze scientifiche e buone pratiche
- diffondere iniziative, eventi e risultati
- mantenere un dialogo continuo tra i diversi attori coinvolti

Si configurano come uno strumento strategico di engagement e continuità informativa, fondamentale per sostenere nel tempo l'attenzione sul tema.

7.7 Policy brief

Saranno elaborati policy brief tematici, destinati ai decisori pubblici a livello nazionale e regionale.

I policy brief avranno l'obiettivo di:

- sintetizzare evidenze scientifiche e dati aggiornati
- individuare criticità e gap di sistema
- proporre raccomandazioni operative
- supportare l'attuazione della Legge 149/2025

Questi strumenti rappresentano un elemento chiave per tradurre i contenuti della campagna in indirizzi concreti di policy, facilitando il processo decisionale.

7.8 Integrazione degli strumenti

L'efficacia della campagna è garantita dall'integrazione dei diversi strumenti, che operano in modo coordinato per:

- rafforzare la coerenza del messaggio
- amplificare l'impatto comunicativo
- supportare il processo decisionale
- favorire il coinvolgimento attivo degli stakeholder

8. COINVOLGIMENTO ISTITUZIONALE E PARTNERSHIP

La campagna “I WISH OBESITY” si fonda su un modello di collaborazione multilivello e multisettoriale, volto a garantire un’ampia convergenza tra istituzioni, comunità scientifica e società civile.

Il coinvolgimento attivo delle istituzioni rappresenta un elemento centrale per assicurare coerenza con le politiche pubbliche, efficacia nell’implementazione e sostenibilità nel tempo.

In tale ambito, la campagna prevede il coinvolgimento e il dialogo con i principali attori istituzionali, tra cui:

- Ministero della Salute
- Parlamento
- Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete e Malattie Croniche Non Trasmissibili
- ANCI – Associazione Nazionale Comuni Italiani
- Istituto Superiore di Sanità (ISS)
- Sport e Salute S.p.A.

Il coinvolgimento di tali istituzioni consentirà di:

- rafforzare il riconoscimento dell’obesità come priorità di salute pubblica
- favorire l’integrazione tra livelli nazionale, regionale e locale
- sostenere l’attuazione della Legge 149/2025
- promuovere politiche coordinate e basate sull’evidenza

Accanto al livello istituzionale, la campagna si avvale di un sistema articolato di partnership qualificate, fondamentali per garantire rappresentatività, competenze e radicamento sul territorio.

In particolare, saranno coinvolti:

- Società scientifiche
- Associazioni e Fondazioni attive nel campo della salute e dell’obesità
- Network scientifici e accademici
- Federazioni e associazioni di pazienti
- Associazioni civiche impegnate nella tutela dei diritti e della salute
- Fondazioni, Istituti di ricerca attive nel campo dell’Urban Health e dello sport
- Industria

Queste partnership svolgono un ruolo strategico nel:

- contribuire alla definizione dei contenuti della campagna
- supportare la diffusione delle informazioni e delle buone pratiche
- rappresentare i bisogni delle persone che vivono con obesità

- favorire il dialogo tra cittadini e istituzioni

Il modello di collaborazione proposto consente di costruire una piattaforma condivisa, capace di integrare competenze, esperienze e prospettive diverse, con l'obiettivo di promuovere un cambiamento sistemico e duraturo.

9. IMPLEMENTAZIONE E GOVERNANCE

La realizzazione della campagna "I WISH OBESITY" richiede un modello di governance strutturato, in grado di garantire coordinamento, qualità dell'implementazione e coerenza strategica tra i diversi livelli istituzionali e operativi. La governance della campagna si fonda su un approccio multilivello che prevede:

- il coinvolgimento attivo delle istituzioni nazionali e regionali
- il coordinamento con la comunità scientifica, le società scientifiche e gli stakeholder del sistema salute
- il contributo delle associazioni di pazienti e della società civile
- l'allineamento con gli obiettivi e le disposizioni della Legge 149/2025

Elemento qualificante del modello organizzativo è rappresentato dal supporto operativo di agenzie specializzate, selezionate sulla base di comprovata esperienza e competenza.

In particolare, la campagna si avvarrà del contributo di:

- agenzie qualificate di comunicazione, per la progettazione e realizzazione delle attività di informazione, sensibilizzazione e diffusione dei contenuti, garantendo efficacia, coerenza e qualità del messaggio;
- agenzie di public affairs, government affairs e comunicazione istituzionale per il supporto alle attività di advocacy istituzionale, facilitazione del dialogo con i decisori pubblici e accompagnamento dei processi di policy.

Il coinvolgimento di tali soggetti consentirà di:

- rafforzare la capacità di penetrazione della campagna a livello nazionale e territoriale
- assicurare un'interazione strutturata e continuativa con le istituzioni
- favorire l'integrazione tra comunicazione pubblica e indirizzi di policy
- garantire elevati standard qualitativi nell'implementazione

La governance prevede inoltre la definizione di strumenti di monitoraggio e valutazione, finalizzati a misurare l'impatto della campagna in termini di:

- diffusione e copertura comunicativa
- coinvolgimento degli stakeholder
- avanzamento nell'attuazione delle priorità di policy

- contributo alla piena implementazione della Legge 149/2025

Questo modello consente di coniugare visione strategica, efficacia operativa e accountability istituzionale, elementi essenziali per il successo della campagna.

10. CONCLUSIONI E CALL TO ACTION

La campagna “I WISH OBESITY” rappresenta uno strumento concreto e operativo per supportare le istituzioni, la comunità scientifica e le persone che vivono con obesità nel promuovere un cambiamento sistemico, contribuendo al contempo alla piena attuazione degli indirizzi normativi recentemente introdotti.

Attraverso un approccio integrato che connette comunicazione, sensibilizzazione e policy, la campagna si propone di rafforzare il riconoscimento dell’obesità come priorità di salute pubblica e di favorire l’adozione di interventi strutturati, equi e sostenibili.

La campagna invita Istituzioni, partner e stakeholder a:

- sostenere e adottare la campagna a livello nazionale, promuovendone la diffusione e l’integrazione nei programmi istituzionali;
-
- integrare le priorità individuate dalla comunità scientifica e dalle associazioni pazienti ,all’interno delle politiche sanitarie, sociali e territoriali;
- garantire la piena implementazione della Legge 149/2025, recante “Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità”, assicurandone un’applicazione omogenea su tutto il territorio nazionale;
- promuovere un impegno condiviso, strutturato e duraturo tra istituzioni, comunità scientifica, società civile e stakeholder, al fine di assicurare continuità ed efficacia alle azioni intraprese.

La sfida dell’obesità richiede una risposta coordinata, basata sull’evidenza e orientata alla persona. La campagna “I WISH OBESITY” si propone come piattaforma di riferimento per accompagnare questo percorso e generare un impatto concreto e misurabile nel tempo.

MESSAGGIO FINALE

- # Cambiare la narrazione sull'obesità.
- # Cambiare la percezione dell'obesità.
- # Cambiare le politiche sull'obesità.
- # Cambiare la vita delle persone con obesità.

11. SOGGETTI PROMOTORI

La campagna “I WISH OBESITY” è ideata, realizzata e promossa da un network qualificato di soggetti impegnati nello sviluppo di politiche sanitarie, nella promozione della salute e nella costruzione di modelli innovativi di collaborazione tra istituzioni e società civile e nell’ambito della comunicazione sociale e istituzionale.

L’iniziativa nasce dalla sinergia tra competenze scientifiche, capacità di advocacy e strumenti operativi di comunicazione, con l’obiettivo di garantire un approccio integrato, efficace e orientato all’impatto.



OPEN ITALY, attraverso il programma internazionale della World Obesity Federation-WOF di Obesity Policy Network Engagement, opera come piattaforma di coordinamento nazionale multi-stakeholder, e delle società scientifiche aderenti alla WOF o partner nazionali finalizzata a rafforzare il dialogo tra istituzioni, comunità scientifica, settore privato e società civile sui temi dell’obesità.

L’iniziativa è orientata a promuovere un approccio integrato alle politiche pubbliche, favorendo la costruzione di un network nazionale strutturato in grado di supportare lo sviluppo, l’implementazione e il monitoraggio di strategie efficaci per la prevenzione e la gestione dell’obesità.

Nel contesto della campagna, OPEN ITALY svolge un ruolo di facilitatore strategico, contribuendo a creare spazi di confronto, valorizzare le evidenze e favorire l’attivazione di impegni istituzionali concreti.

IBDO FOUNDATION (Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation)

IBDO FOUNDATION



Principiis Obsta

NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY

IBDO Foundation, spin off dell'Università di Roma Tor Vergata è una realtà impegnata nella promozione di politiche sanitarie, ricerca e sensibilizzazione sui temi dell'obesità, del diabete e delle malattie croniche non trasmissibili.

La Fondazione opera come ponte tra istituzioni, comunità scientifica e società civile, con l'obiettivo di migliorare la prevenzione, l'accesso alle cure e la qualità della vita delle persone.

All'interno della campagna "I WISH OBESITY", IBDO Foundation svolge un ruolo di indirizzo scientifico e istituzionale, contribuendo alla definizione dei contenuti, alla valorizzazione delle evidenze e al posizionamento della tematica nell'agenda politico-sanitaria.

LAST MILE SOLUTIONS



**LASTMILE
SOLUTIONS**

PUBLIC AFFAIRS & INSTITUTIONAL
COMMUNICATION

Last Mile Solutions è una realtà specializzata nello sviluppo di strategie di comunicazione, advocacy e public affairs, con particolare attenzione ai settori della salute e delle politiche pubbliche.

Attraverso competenze specifiche nella progettazione e implementazione di campagne ad alto impatto, Last Mile Solutions supporta il dialogo con i decisori pubblici e facilita la traduzione degli indirizzi strategici in azioni operative.

Nel contesto della campagna, Last Mile Solutions contribuisce alla definizione e attuazione delle attività di comunicazione e advocacy, garantendo coerenza strategica, efficacia dei messaggi e capacità di diffusione.

Un modello integrato

La collaborazione tra OPEN ITALY, IBDO Foundation e Last Mile Solutions consente di coniugare:

- capacità di coordinamento e networking
- competenze scientifiche e istituzionali
- strumenti operativi di comunicazione e advocacy

Questo modello integrato rappresenta un elemento distintivo della campagna, in grado di garantire solidità, credibilità e impatto nel tempo.

Editors
e Principal
Authors

Prof. Giuseppe Novelli

È Professore Ordinario di Genetica Medica, Università di Roma Tor Vergata e Professore Aggiunto Università del Nevada, Reno (USA). Ha insegnato nelle Università di Urbino, Università Cattolica del Sacro Cuore. È membro dell'Accademia Europaea (<https://www.ae-info.org/>) e Presidente della Fondazione Lorenzini (Milano). È stato Preside della Facoltà di Medicina e poi Rettore dell'Università di Roma Tor Vergata; È socio Fondatore e componente del CDA dell'ASviS (Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile). Ha svolto numerosi incarichi istituzionali presso autorevoli Enti pubblici come l'ANVUR (Agenzia per la Valutazione delle Università e della Ricerca), Consiglio Superiore di Sanità ed è attualmente membro attivo del Comitato Nazionale Biotecnologie e Biosicurezza presso la Presidenza del Consiglio. Il Prof. Novelli è autore di oltre 700 pubblicazioni internazionali ed un H-index di 70. Il Prof. Novelli è membro dell'Accademia Europaea (<https://www.ae-info.org/>).

Prof. Renato Lauro

Il Prof. Renato Lauro è Presidente emerito e fondatore dell'IBDO Foundation, creato come spin off dell'Università di Roma Tor Vergata. Professore emerito di Medicina Interna dell'Università di Roma Tor Vergata del quale è stato preside della facoltà di medicina e rettore dal 2008 e sino al 2013. Oggi è Rettore emerito della stessa università. Dal 1997 al 2005 è stato presidente del Collegio dei professori di medicina interna. È stato membro di numerose commissioni presso il Ministero della sanità e presso il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, e stato consulente del Ministero del lavoro e della previdenza sociale e di AIFA. È stato tra i curatori della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010 del Ministero della salute e per lo stesso Ministero ha curato la redazione dei quaderni tematici.

Ha ricoperto inoltre importanti cariche in società scientifiche e nei consigli di amministrazione di Fondazioni scientifiche e culturali di rilievo nazionale ed internazionale. Ha all'attivo più di 300 pubblicazioni su riviste internazionali.

Prof. Andrea Lenzi

Professore Ordinario in Endocrinologia, Università di Roma La Sapienza. Presidente Comitato Nazionale di Biosicurezza, Biotecnologie e Scienze della Vita (CNBBVS), Presidenza del Consiglio dei Ministri. Presidente dell'Intercollegio di Area Medica. Presidente della Scuola Superiore di Studi Avanzati (SSAS), Università di Roma La Sapienza. Presidente dell'Health City Institute e Chairholder della UNESCO Chair on Urban Health.

Prof. Luca Busetto

È professore ordinario di nutrizione e scienze dietetiche applicate presso il Dipartimento di Medicina dell'Università di Padova, Italia. È Direttore della UOC di Nutrizione Clinica dell'Azienda Ospedale-Università di Padova. Svolge attività clinica presso il Centro EASO COM per lo Studio e la Gestione Integrata dell'Obesità – Azienda Ospedale-Università di Padova. Il Prof. Busetto è Past President della Società Italiana dell'Obesità (SIO) ed ex membro del Consiglio Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Bariatrica e Metabolica (SICOB). È stato co-chiarman della Obesity Management Task Force dell'EASO (2017-2023) e membro del Position Statements/Standard Committee della International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO) (2014-2016). È membro del Nucleo Permanente di Esperti dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per l'area endocrino-metabolica. Attualmente è Vice President Southern Region EASO.

È autore di 211 pubblicazioni su riviste internazionali peer-reviewed. Pubblicazioni più rilevanti in: Obesity Research, International Journal of Obesity, Obesity Surgery, Surgery for Obesity and Related Diseases, New England Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine, Chest, Journal of Pathology, Hormone and Metabolic Research, Journal of Nutrition, Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases, Clinical Nutrition, Annals of Nutrition and Metabolism, Health and Aging, Annals of Clinical and Laboratory Science. È membro dell'Editorial Board delle seguenti riviste internazionali: Surgery for Obesity and Related Diseases (associate editor), Obesity Surgery (associate editor), Frontiers of Endocrinology (associate editor), Eating and Weight Disorders, Nutrients, Frontiers in Rehabilitation Sciences, Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism. H-Index 58. Citazioni totali: 12.168.

Prof. Massimo Federici

Massimo Federici, MD, è Professore di Medicina Interna, Direttore del Centro per l'Aterosclerosi dell'Ospedale Policlinico Tor Vergata. Dopo la specializzazione in Endocrinologia e Malattie Metaboliche e una borsa di ricerca presso il Joslin Diabetes Center (Harvard Medical School), nel 2000 ha iniziato una carriera accademica (attività clinica e ricerca traslazionale) dedicata a indagare le basi molecolari delle malattie legate all'invecchiamento come il diabete e l'aterosclerosi. Dal 2002 coordina il Laboratorio di Medicina Molecolare del Dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università di Roma Tor Vergata, finanziato da UE (FP7, H2020, IMI2, EU Next Generation), Ministero dell'Università, Ministero della Salute, Telethon, AIRC, Ju-

venile Diabetes Research Foundation (JDRF), European Diabetes Foundation (EFSD), Fondazione Roma e altre agenzie di finanziamento. È Professore Ordinario dal 2006 e dal 2018 è Professore Ordinario di Medicina Interna presso l'Università di Roma Tor Vergata. Dirige l'UOC A.A./DH/PAC/PDTA Medici della Fondazione PTV. È Editor in Chief di Acta Diabetologica (2023). È co-presidente delle Linee guida ESC 2023 per la gestione delle malattie cardiovascolari nei pazienti con diabete.

Prof. Walter Ricciardi

Professore Ordinario di Igiene e Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma).

È Presidente del Mission Board for Cancer, Commissione Europea, del Comitato Scientifico della Human Technology Foundation, dell'European Mission Board for vaccination e del Comitato Scientifico di BBMRI-ERIC.

Membro dell'International Honorary Advisory Faculty del National Screening Advisory Committee (NSAC), Irlanda.

Componente dello Scientific Advisory Board della Pan-European Commission on Health and Sustainable Development: Rethinking policy priorities in the light of pandemics - WHO - Regional Office for Europe.

Membro dello Scientific Board, Santé Publique France.

Membro ordinario della Pontificia Accademia per la Vita, Vaticano.

Membro dell'Advisory Group dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la riforma del sistema sanitario della Repubblica Federale Tedesca.

È stato Consigliere Scientifico del Ministro della Salute italiano per le relazioni con le istituzioni sanitarie internazionali per la pandemia da Covid-19.

È stato Direttore Scientifico di ICS Maugeri, dal 2020 al 2023.

Ha ricoperto il ruolo di rappresentante dell'Italia nel Consiglio Esecutivo della Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) (2017-2020).

Direttore del Dipartimento di Scienze della Salute della Donna, del Bambino e di Sanità Pubblica della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS - Università Cattolica del Sacro Cuore dal gennaio al dicembre 2019.

Commissario prima (luglio 2014-luglio 2015) e Presidente poi (agosto 2015-dicembre 2018) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per due mandati triennali è stato membro dell'Expert Panel on Effective ways of investing in Health della Commissione Europea (DG-SANTE) (2013-2016 e 2016-2019).

Past President della European Public Health Association (EUPHA) (President nel 2003-2004 e nel 2010-2014).

Past President della World Federation of Public Health Associations (WFPHA) (President nel 2020-2022).

Membro del Board of Directors del National Board of Medical Examiners degli USA (NBME) dal 2009 al 2015.

Fondatore e Direttore dell'Osservatorio Nazionale per la salute delle Regioni Italiane (dal 2002).

È stato membro (1999-2003) e fellow (2003-2007) della Faculty of Public Health Medicine del Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom.

È stato Vicepresidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (2010-2014).

Editor dell'European Journal of Public Health, del Manuale Oxford of Public Health Practice e fondatore della rivista Epidemiology, Biostatistics and Public Health.

Ha ricevuto numerosi premi internazionali, tra cui: Premio BMA Medical Book Awards (2015, Regno Unito), Premio Takamine (2015, Giappone), Premio Edith J. Levit (2015, USA). E numerosi premi in Italia, tra cui: August and Marie Krogh, Evidence, Assobiotech, 100 Eccellenze italiane, Cimitile, Pericles International Prize.

A giugno 2017 gli è stata conferita l'onorificenza di "Comendatore" della Repubblica Italiana con Decreto del Presidente della Repubblica.

A maggio 2019 gli è stata conferita la Laurea Honoris Causa presso la Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA per il suo contributo allo sviluppo della Sanità Pubblica mondiale.

A maggio 2023 gli è stato conferito l'Hugh Levell Award della World Federation of Public Health Associations, il massimo riconoscimento mondiale alla carriera in Sanità Pubblica.

Prof. Paolo Sbraccia

Il Prof. Paolo Sbraccia è Professore Ordinario di Medicina Interna nel Dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università degli Studi di Roma «Tor Vergata» e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna e Centro Medico dell'Obesità del Policlinico Tor Vergata.

È Presidente della "Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation" e membro della Board of Trustees della European Association for the Study of Obesity (EASO). È inoltre Past President della Società Italiana dell'Obesità

(SIO) e della Federazione Italiana di Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia, Metabolismo e Obesità (FIEDAMO).

Dal 2006 al 2010 è stato Componente del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Diabetologia (SID), e nel biennio 2008-2010 Coordinatore del Comitato Scientifico della SID. Nel biennio 2009-2011 è stato membro della Commissione del Ministero della Salute per la valutazione dell'Appropriatezza diagnostico-terapeutica per Obesità e Diabete. Nel biennio 2010-2012 è stato nominato Coordinatore del Comitato Scientifico della Società Italiana dell'Obesità (SIO). Dal 2008 è stato membro dello "Scientific Advisory Group for Diabetes and Endocrinology" dell'EMA (2008-2014). Sempre dal 2009 è membro dell'Editorial Board della rivista "Internal and Emergency Medicine", dal 2014 della rivista "Eating and Weight Disorders" e dal 2018 della rivista "Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research" e ad hoc reviewer di numerose riviste scientifiche internazionali. Nel 2015 ha fatto parte del gruppo di lavoro istituito dal Consiglio Superiore di Sanità "Patologia endocrina", con particolare riferimento all'obesità.

Nel biennio 2014-2016 è stato Presidente della Società Italiana dell'Obesità (SIO).

Dal 2017 al 2019 è stato Presidente della Federazione Italiana di Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia, Metabolismo e Obesità (FIEDAMO).

Nel 2015 è stato uno dei promotori della "Milan Declaration: A Call to Action on Obesity - an EASO Position Statement on the Occasion of the 2015 EXPO" (Ref. 81).

Nel 2016 ha coordinato la stesura delle linee guida nazionali sull'obesità: "Standard Italiani per la Cura dell'Obesità (Società Italiana dell'Obesità (SIO) – Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI)"; tradotte in inglese e pubblicate da Springer (Clinical Management of Overweight and Obesity. Recommendations of the Italian Society of Obesity (SIO) (109, 110). In tali linee guida ha coordinato e proposto alla comunità internazionale un nuovo algoritmo di cura dell'Obesità (SIO management algorithm for patients with overweight or obesity: consensus statement of the Italian Society for Obesity.

È componente dello steering committee per lo sviluppo delle Linee Guida SIO (2024) commissionate dall'Istituto Superiore di Sanità.

Infine è coautore del «New framework for the diagnosis, staging and management of obesity in adults» della European Association for the Study of Obesity (EASO).

Prof. Davide Lauro

Il Prof. Davide Lauro, componente del Consiglio di Amministrazione di IBDO Foundation, è Presidente del Corso di Laurea in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate, vice-direttore della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Dipartimento di Medicina dei Sistemi, dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Professore Ordinario in Endocrinologia MED/13. È altresì il Direttore UOC Endocrinologia e Diabetologia- Dipartimento di Scienze Mediche, Fondazione Policlinico di Tor Vergata, Roma e stato Consigliere del Direttivo Nazionale della SID (Società Italiana di Diabetologia) e della SISA (Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi).

Prof.ssa Raffaella Buzzetti

Professore di Endocrinologia presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza Università di Roma. Dal 2017 dirige l'Unità di Diabetologia dell'Ospedale Policlinico Umberto I. Ricopre inoltre il ruolo di Vice Coordinatore della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia ed è membro del Comitato Didattico del Dottorato di Ricerca in Medicina Molecolare.

La professoressa Buzzetti è direttore eletto della SID (Società Italiana di Diabetologia). In precedenza ha ricoperto la carica di Vicepresidente del Comitato Nazionale dei Garanti della Ricerca Medica e recentemente è stata nominata membro del Consiglio Direttivo del Comitato Nazionale dei Valutatori della Ricerca Medica per un mandato di quattro anni.

È stata Principal Investigator di diversi progetti di ricerca nazionali e internazionali incentrati sul diabete e sulle malattie metaboliche. Tra questi, lo studio NIRAD ha contribuito a chiarire le caratteristiche patogenetiche e cliniche del diabete autoimmune dell'adulto.

La professoressa Buzzetti ha ricevuto numerosi assegni di ricerca ed è autrice o coautrice di 284 pubblicazioni scientifiche (Scopus H-index: 54).

I suoi principali interessi clinici e di ricerca includono la suscettibilità genetica a malattie poligeniche come il diabete di tipo 1, la patogenesi e le caratteristiche cliniche del diabete di tipo 1 e del diabete autoimmune dell'adulto e il coordinamento di studi clinici di fase II e III.

Dott.ssa Ilaria Ranieri

La Dott.ssa Ilaria Ranieri è economista sanitaria presso l'Università di Roma Tor Vergata. Il suo background economico manageriale, le ha aperto varie strade nel settore healthcare.

Dal 2019 al 2022 ha lavorato in azienda farmaceutica (Sanofi) svolgendo ruoli di Sales & Marketing farmaceutico nell'area immunologia.

Ha conseguito un master in "Management farmaceutico: Marketing, Market Access & Sales" presso ISTUM Business School.

Ha svolto attività di ricerca presso il CEIS- EEHTA dell'Università di Roma Tor Vergata, nel settore farmacoeconomico e sviluppo modelli di HTA.

Dal 2025 ricopre il ruolo di "Junior advisor Public, Medical & Market Access Affaire" presso Bhave - startup innovativa che studia e analizza i comportamenti decisionali delle persone nel settore sanitario.

La sua attività la vede impegnata attualmente in gruppi di lavoro, consigli direttivi di analisi e ricerca, consulenze strategiche e di marketing per aziende, istituzioni, società scientifiche e associazioni pazienti. Attualmente coordina i contributi tecnico-scientifici dell'Obesity report di IBDO foundation e svilupperà analisi di scenario e di produzione di documenti specifici del report e dello SportCity Journal.

Prof. Federico Spandonaro

Professore aggregato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata" e Presidente del Comitato Scientifico di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), già Professore straordinario presso l'Università Telematica San Raffaele di Roma.

Svolge attività di insegnamento nel campo dell'economia e management sanitario, politica economica sanitaria, farmacoeconomia, HTA, modellistica finanziaria e tecniche di valutazione per i sistemi di protezione sociale; ha svolto docenze in corsi di laurea e Master per numerose Università italiane e straniere, per il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Scuola Nazionale dell'Amministrazione, la Scuola di Direzione Sanitaria (Reg. Lombardia), il CEFPAS (Reg. Sicilia), ASL, Ospedali, Aziende Farmaceutiche e dei Dispositivi Medici, Società Scientifiche delle Professioni Sanitarie.

Già membro di Comitati Scientifici a supporto del Ministero della Salute (Direzione della Programmazione, Commissione Unica per i Dispositivi Medici, Commissione Sistema Nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria), dell'AgeNaS, della Regione Lazio (Comitato Tecnico Scientifico), dell'OIV di varie Aziende Ospedaliere, di Federsanità-ANCI (Forum dei Direttori Generali e Enti Locali), dell'Italian Barometers Diabetes Observatory Foundation, oltre che membro del comitato scientifico del Fondo Sanitario Metasalute, consulente della Commissione parlamentare bicamerale

«antimafia», revisore per il MIUR dei programmi e dei prodotti della ricerca.

Curatore del Rapporto annuale Sanità del C.R.E.A. Sanità e autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche su temi di politica, economia e management sanitario, farmacoeconomia e HTA.

Ha partecipato e coordinato numerose ricerche per enti pubblici e per organismi internazionali (Ministero della Salute, AgeNaS, CNR, MIUR, EU-CEE, Min. Funz. Pubblica, etc.).

Affiliazioni scientifiche: AMASES (Associazione per la Matematica Applicata agli Studi Economico Sociali), AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria), IHEA (International Health Economics Association).

Prof. Angelo Avogaro

Già Professore Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo. UNIPD dal 2011-al 31/09/2024. Attualmente studioso senior dell'Università di Padova.

Presidente Società Italiana di Diabetologia 2022-2024

Attualmente Presidente della Fondazione Diabete Ricerca della SID e di EUDF Italia

Prof. Riccardo Candido

Professore Associato di Endocrinologia presso il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste e Responsabile della S.C. Patologie Diabetiche, Dipartimento Specialistico Territoriale, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. È Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e della Federazione delle Società Diabetologiche Italiane (FeSDI).

Dal 2020 al 2021 è stato Coordinatore della Rete di Ricerca della Fondazione AMD. È coordinatore della "Rete regionale per la gestione del paziente con Diabete" della Regione Friuli Venezia Giulia.

Dal 2022 è componente in qualità di esperto dell'Intergruppo Parlamentare Obesità e Diabete.

Ha all'attivo oltre 150 pubblicazioni su riviste censite di respiro nazionale e internazionale.

Dott. Alessandro Rossi

Specializzato in Malattie dell'apparato digerente presso l'Università di Roma e in Scienza dell'Alimentazione presso l'Università di Perugia.

Medico di Medicina Generale a Narni (TR) dal 1982

Socio SIMG dal 1984 e membro della GEN Giunta Esecutiva nazionale SIMG dal 2000.

Dal 2024 eletto Presidente Nazionale SIMG.

Dal 2002 al 2018 Direttore editoriale della rivista SIMG.

Dal 2002 al 2015 membro effettivo della Commissione Nazionale ECM.

Dal 2021 ad oggi membro della commissione ministeriale lotta all'antibioticoresistenza e dal 2022 membro del tavolo tecnico di studio dei problemi alcool correlati del ministero della salute.

Dal 2014 ad oggi è Professore Incaricato di Medicina Generale presso l'Università di Perugia.

Attività come docente in oltre 200 corsi formazione per MMG, ASL e regionale oltre ad essere docente della Scuola regionale umbra di Formazione Specifica.

Autore di pubblicazioni a livello nazionale sulla MG e autore di 45 pubblicazioni a livello internazionale.

Dott. Gerardo Medea

Svolge attività esclusiva di Medico di Medicina Generale dal 1986 e ha acquisito il titolo (1990) di Ricercatore e animatore di formazione in Medicina Generale affiliato alla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), iscritto all'albo Regionale dei formatori della Regione Lombardia.

È Tutor e Docente del corso di formazione specifica in Medicina Generale, polo di Brescia.

È responsabile della Ricerca nella giunta esecutiva nazionale della Società Italiana di medicina Generale e si occupa da moltissimi anni delle attività scientifiche, progettuali, formative e di ricerca nel settore metabolico (in particolare del Diabete Mellito, Obesità, malattie tiroidee, Gotta, dislipidemia, Nutrizione).

È Responsabile del board scientifico del progetto MIL-LEPGP, per l'audit, la formazione e la ricerca in MG.

È membro di numerosi board scientifici internazionali e nazionali per la stesura di Linee guida, raccomandazioni e documenti di consensus nell'area di interesse metabolica e in particolare è:

- Membro dell'Executive Board della PCDE (Primary Care Diabetes Europe).
- Componente del consiglio di amministrazione dell'IBDO (International Barometer Diabetes Observatory).
- Membro del comitato scientifico all'interno del con-

siglio direttivo nazionale di "Diabete Italia".

- Membro del gruppo nazionale "Obesity Policy Engagement Network - OPEN Italy".

È Autore o Coautore di numerose pubblicazioni su riviste internazionali indicizzate, di 150 articoli divulgativi su riviste italiane e di 23 testi scientifici.

Prof. Diego Ferone

Professore Ordinario presso il Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche (DiMI) della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Genova, il professor Ferone è anche Direttore dell'Unità Complessa denominata Clinica Endocrinologica, nonché Direttore del Dipartimento di Medicina Interna, dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova.

Docente di Endocrinologia ai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Biotecnologia e Scienze Infermieristiche (dove è anche coordinatore del corso di medicina specialistica) sempre dell'Università di Genova. Direttore e Docente di Endocrinologia Oncologica della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia, docente di Endocrinologia traslazionale e clinica presso altre Scuole di Specializzazione sempre dell'Università di Genova.

Si occupa principalmente di fisiopatologia endocrina applicata soprattutto alla patologia ipofisaria, ai tumori neuroendocrini, ed all'andrologia. È autore di quasi 400 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali (Impact Factor superiore a 700, h-index 68) e di diversi capitoli di libro e monografie. Docente ufficiale dei corsi della Società Europea di Endocrinologia (ESE) e della Società Italiana di Endocrinologia (SIE).

Attualmente il prof. Ferone è il nuovo Presidente della SIE, dove ha servito già da Tesoriere (2007-09) e Segretario Generale (2015-19). È anche membro ed in passato Segretario (2008-12) della Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità (SIAMS), inoltre è già membro del Consiglio Direttivo dell'European Neuroendocrine Society (ENEA), Membro dell'Advisory Board del European NeuroEndocrine Tumors Society (ENETS), Componente della Commissione Malattie Rare della European Society of Endocrinology (ESE).

È Associate Editor di alcune importanti riviste del settore come Journal of Endocrinological Investigation ed anche membro dell'Editorial Board di Clinical Endocrinology, nonché revisore per diverse riviste scientifiche internazionali.

Diego Ferone ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università "Federico II" di Napoli, dove si

è poi specializzato in Endocrinologia e Malattie del Ricambio. Ha invece conseguito il titolo di Dottore di Ricerca in Neuroendocrinologia (PhD) presso la prestigiosa Università di Rotterdam (Erasmus Medical Center, Olanda), sotto la supervisione del Prof. Steven WJ Lamberts, dove ha poi lavorato per alcuni anni prima di rientrare in Italia come ricercatore presso l'Università di Genova.

Vincitore di una borsa di studio della Società Italiana di Endocrinologia riservata agli under 35 e del Premio "AiNET 2010" come miglior giovane ricercatore nella ricerca sui Tumori Neuroendocrini e le Neoplasie Endocrine Multiple. Inoltre, gli è stato assegnato il prestigioso Premio SIE alla Carriera nel 2011 per l'opera di particolare rilievo scientifico e culturale svolta e per i servizi resi alla Società Italiana di Endocrinologia.

Prof. PhD Barbara Polistena

Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata", dottore di ricerca in "Metodi di Ricerca per l'Analisi del Mutamento Socio-Economico" e Direttore Scientifico di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità).

Svolge attività di insegnamento nel campo dell'economia e management sanitario, economica ed organizzazione aziendale, statistica sanitaria, e farmacoconomia; ha svolto docenze in corsi di laurea e Master per numerose Università italiane, per il Ministero della Salute. L'AgeNaS, Aziende Sanitarie, Regioni, Aziende Farmaceutiche e di Dispositivi Medici.

Curatore e coordinatore scientifico del Rapporto annuale Sanità e del progetto "Le Performance socio-sanitarie Regionali" del C.R.E.A. Sanità e autore di numerose pubblicazioni scientifiche internazionali su temi di politica, economia e management sanitario, farmacoconomia e HTA.

Ha partecipato a numerose ricerche per il Ministero della Salute e l'AgeNaS.

Affiliazioni scientifiche: AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria), IHEA (International Health Economics Association), SIS (Società Italiana di Statistica).

Dott.ssa Roberta Crialesi

La dottoressa Roberta Crialesi è Dirigente del Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza dell'Istat. Coordina la progettazione e realizzazione di indagini e analisi per fornire un quadro organico e comparabile a livello nazionale e internazionale sulle caratteristiche e

sull'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione, della disabilità, dell'assistenza e dei servizi socio-sanitari resi dalle istituzioni pubbliche e private. Le sue ricerche comprendono lo studio delle dinamiche socio-demografiche, la cronicità, la qualità della sopravvivenza, le disuguaglianze socio-economiche nella salute e nella mortalità, l'incidentalità stradale. Partecipa a gruppi di lavoro, task force, commissioni nazionali e internazionali; è stata il delegato italiano al Working party on Statistics sul Regolamento europeo nel campo delle statistiche su sanità pubblica. La Dottoressa Crialesi è membro del Consiglio Direttivo di IBDO Foundation e componente del Data Analysis board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Dott. Antonio Nicolucci

Il Dott. Antonio Nicolucci è Direttore di CORESEARCH ed è stato Coordinatore del Dipartimento di farmacologia clinica ed epidemiologia della "Fondazione Mario Negri Sud - Centro di ricerche farmacologiche e biomediche". Le sue ricerche comprendono la metodologia epidemiologica e i risultati dell'assistenza nel diabete, l'impatto psicosociale del diabete, della malattia cardiovascolare e dei trattamenti associati. Nel corso della sua carriera, ha rivestito diversi ruoli nella Società Italiana di Diabetologia e nell'Associazione Medici Diabetologi.

Il Dott. Nicolucci è Coordinatore del Data Analysis Board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Dott.ssa Maria Chiara Rossi

La Dott.ssa Maria Chiara Rossi ha un dottorato in Medicina Traslazionale ed è attualmente Vice-Direttore di CORESEARCH. Per anni ha ricoperto il ruolo di Ricercatrice nel Dipartimento di farmacologia clinica ed epidemiologia della "Fondazione Mario Negri Sud - Centro di ricerche farmacologiche e biomediche". È consulente del Gruppo Annali AMD dal 2006, componente del Comitato Scientifico di ISPED-CARD, del Comitato Socio-Sanitario di SID, del Comitato Scientifico e Data Analysis Board di IBDO Foundation. È autrice di oltre 80 pubblicazioni scientifiche su diabete, obesità, telemedicina, qualità della cura e qualità della vita del paziente cronico.

Prof. Alfonso Bellia

Il Prof. Alfonso Bellia è Segretario Generale dell'Italian Diabetes Barometer Observatory (IBDO) ed è Professore Associato di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo presso l'Università di Roma Tor Vergata, e Dirigente Medico presso la U.O.C. di Endocrinologia e Diabetologia

del Policlinico Tor Vergata di Roma. È stato componente e coordinatore del Comitato Consultivo Area Endocrinologica, componente del Segretariato di Supporto e Coordinamento attività HTA nel settore farmaceutico dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dal 2012 al 2017. È attualmente componente in qualità di Esperto Clinico del Comitato Etico Territoriale (CET) Lazio area 5.

Dott.ssa Emanuela Bologna

È prima ricercatrice presso l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) dove è responsabile dell'indagine Istat sulla partecipazione culturale e il tempo libero "I cittadini e il tempo libero".

È referente per analisi e progetti nell'ambito dei fattori di rischio per la salute, degli stili di vita, della partecipazione culturale e della fruizione del tempo libero, con un'attenzione particolare alle disuguaglianze sociali anche in una prospettiva di genere.

È referente per l'Italia per i Working Group Eurostat su "Cultural Statistics" e "Sport".

È coordinatrice della task force per la realizzazione di studi e analisi sulle condizioni di vita e le criticità vissute da bambini e adolescenti in Italia nell'ambito dell'accordo di collaborazione di ISTAT-Save the Children Italia e collabora al progetto interdipartimentale Istat su Povertà educativa.

Dott.ssa Alessandra Burgio

La Dott.ssa Alessandra Burgio è Dirigente di ricerca presso l'Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza. È responsabile della produzione statistica di dati sul sistema ospedaliero e il personale sanitario. Collabora alle indagini europee sulla salute per fornire un quadro organico e comparabile a livello nazionale e internazionale sulle caratteristiche e sull'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione, sui determinanti della salute e il ricorso ai servizi sanitari. È Focal Point per la fornitura agli organismi internazionali (Eurostat, OECD, WHO) di dati sanitari non monetari nell'ambito di Regolamenti europei nel campo delle statistiche di sanità pubblica. È componente del sottogruppo di esperti nell'ambito del Comitato LEA del Nuovo Sistema di Garanzia. È componente del Comitato nazionale del Piano Nazionale Esiti (PNE) presso Agenas.

Dott.ssa Lidia Gargiulo

La Dott.ssa Lidia Gargiulo è ricercatrice senior presso l'Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza. Svolge attività di ricerca

condotta da oltre 20 anni presso l'Istat per la raccolta e l'analisi di dati derivanti da indagini di popolazione, in qualità di responsabile delle indagini sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari. In ambito europeo ha partecipato a Task-Force, Technical group di Eurostat fin dal 2000 per il processo di armonizzazione delle indagini europee sulla salute, al fine di fornire statistiche sulle condizioni di salute, prevenzione e ricorso ai servizi sanitari, con la definizione di indicatori comparabili tra i paesi. Partecipa ad alcuni gruppi di lavoro tematici interistituzionali dell'Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Ministero della Salute. Ha maturato esperienze di ricerca in ambito socio-sanitario, sulle condizioni di salute della popolazione, degli anziani, su morbidità e limitazioni nelle attività, speranza di vita per condizioni di salute, fattori di rischio e aspetti relativi alla salute mentale, con contributi anche sulle condizioni di salute della popolazione straniera.

È responsabile della diffusione di report e volumi di approfondimento su aspetti e temi relativi a stili di vita, fattori di rischio per la salute e partecipazione culturale.

Dott.ssa Laura Iannucci

La Dott.ssa Laura Iannucci è ricercatrice presso l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), Servizio Sistema Integrato salute, assistenza e previdenza (SWC). Svolge attività di ricerca da oltre 20 anni occupandosi della raccolta e l'analisi di dati derivanti da indagini di popolazione sulla salute e il ricorso ai servizi sanitari. Ha esperienze di ricerca in ambito socio-sanitario nelle analisi delle disuguaglianze di salute e degli stili di vita. Partecipa a gruppi di lavoro e task force nazionali e internazionali sull'armonizzazione delle indagini sulla salute. Cura la diffusione degli indicatori di salute pubblicati dall'Istat e disponibili sul database di Eurostat per la comparazione tra i Paesi dell'Unione Europea. È membro del Data Analysis Board di IBDO Foundation.

Prof. Giovanni Capelli

Il Prof. Giovanni Capelli si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 1990 e Specializzato in Igiene e Medicina Preventiva nel 1994 presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, è stato nella stessa sede Ricercatore Universitario in Igiene dal 1993 al 2001. È stato Professore Associato dal 2001 e poi dal 2005 Professore Ordinario di Igiene Generale ed Applicata presso l'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale. In questa Università è stato Presidente del Corso di Laurea in Scienze Motorie dal 2002 al 2006, Preside della Facoltà di Scienze Motorie dal 2006 al 2012, Delegato Rettorale alla Didattica (2018-2021). È attualmente Direttore del CNaPPS (Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione

della Salute) dell'Istituto Superiore di Sanità dal 2022.

Le sue attività di ricerca si sono concentrate sulle applicazioni dei metodi epidemiologici e biostatistici alla Epidemiologia Clinica e alla valutazione e promozione degli stili di vita attivi. E' autore o coautore di oltre 200 contributi scientifici pubblicati su riviste nazionali ed internazionali o su atti di Conferenze nazionali ed internazionali, dei quali oltre 80 su riviste indicizzate, che risultano in un H-Index complessivo secondo Thomson-Reuters Web of Science (Web of Science Researcher ID: F-6329-2011) pari a 28 su 100 pubblicazioni indicizzate al 23/05/2023 e un H-Index complessivo secondo Wiley SciVerse Scopus pari a 30 su 84 pubblicazioni indicizzate al 23/05/2025 (ORCID ID: 0000-0002-9065-2218).

Svolge il ruolo di Co-Leader del Work Package 8 (Monitoring) della Joint Action PreventNCD (2024-2028) finanziata dalla Commissione Europea, che riunisce oltre 100 partner di 25 Paesi Europei (<https://www.preventnecd.eu/>)

Dott.ssa Paola Nardone

Nel 2007 consegue la Laurea Specialistica in Scienze Biologiche presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" con una tesi in Biologia Molecolare riguardante lo studio degli effetti di un preparato naturale di frazione oleosa sulla vitalità cellulare attraverso un approccio biofisico-molecolare. Nel 2012 consegue il titolo di Dottore di Ricerca in "Igiene Industriale e Ambientale" presso il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della medesima Università e svolge la sua tesi di Dottorato presso il Reparto Salute della Donna e del Bambino dell'attuale Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute – CNaPPs dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Con la tesi di Dottorato, svolta con la supervisione della Prof.ssa Irene Figà Talamanca e la Dott.ssa Angela Spinelli, approfondisce l'influenza dell'ambiente sull'abitudine al fumo e all'alcol negli adolescenti italiani utilizzando i dati di un Sistema di Sorveglianza nazionale.

Dal 2012 al 2015 continua a collaborare con il CNaPPs in qualità di Borsista (post-doc) e nel 2015 vince il concorso da Ricercatrice presso il medesimo Ente dove ancora oggi presta servizio occupandosi di salute di bambine e bambini e di adolescenti.

È responsabile scientifica per l'ISS del sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE e della Sorveglianza HBSC-Health Behaviour in School aged-Children; entrambi i flussi sono contemplati nel DPCM del marzo 2017 quali fonti di rilevanza nazionale e affidati nel coordinamento all'ISS. È Co-Direttrice del Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'obesità nei bambini e nelle bambine presso l'ISS. Co-Responsabile scientifica per l'Italia dell'iniziativa della Regione Europea

dell'OMS "Childhood Obesity Surveillance Initiative COSI" e Co-Responsabile scientifica per l'Italia dello studio internazionale HBSC.

Partecipa a diversi progetti nazionali e internazionali sulla prevenzione dell'obesità in età pediatrica e sugli stili di vita associati.

È autrice o coautrice di circa 100 contributi scientifici pubblicati su riviste nazionali ed internazionali o su atti di Conferenze nazionali ed internazionali.

Dott. Federico Serra

Il Dott. Federico Serra, Direttore Generale di IBDO Foundation, Executive director & General Manager di EUDF Italia, Capo della segreteria tecnica dell'Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete e malattie croniche non trasmissibili. Dal gennaio 2021 è Presidente dell'International Public Policy Advocacy Association-IPPA, con sede a Washington, una delle maggiori associazioni al mondo che si occupa di relazioni ed advocacy istituzionale ed è Co-chairman del Think Tank internazionale THREE BEES.

Capo della Segreteria tecnica degli Intergruppi Parlamentari Obesità e Diabete e Qualità di Vita nelle città, è ed è stato ed è consulente a livello nazionale ed internazionale di importanti organizzazioni governative, parlamentari, industriali e scientifiche.

Per oltre 40 anni manager di una importate multinazionale, è stato insignito dalla Casa Reale di Danimarca nel 2013 della medaglia d'onore di Sua Altezza Reale il Principe Consorte Henrik di Danimarca e il diploma della Danish Export Association, tra le più importanti onorificenze danesi, premio che viene destinato ogni anno a dieci persone o aziende che nel mondo hanno contribuito alla promozione e allo sviluppo dell'industria e del commercio danesi all'estero.

Nel 2013 è stato insignito dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano del titolo di cavaliere della Repubblica Italiana e dal CONI della Stella al Merito Sportivo.

È stato dal 2012 al 2016 coordinatore per l'Italia dell'European Association of Communication Director- EACD, l'Associazione europea dei direttori della comunicazione e dal 2018 è Vice presidente dell'European Urban Health Communicators Network-EUCHNET

È giornalista pubblicista, membro del Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione Stampa Medica Italiana e Direttore editoriale della rivista URBES.

È Presidente dell'Osservatorio Nazionale Permanente sullo Sport ed è stato Presidente del CUS Catania e del

Comitato Organizzatore a Catania delle Universiadi del 1997, è attualmente Vice Presidente mondiale di Sport Without Borders, organizzazione che promuove l'inclusione nel mondo dello sport, e Vice Presidente dell'Intergruppo Parlamentare "Amici della maglia azzurra", organizzazione parlamentare che promuove i valori dello sport.

Dal 2020 è Segretario Generale del C14+ e dell'Health City Institute, rispettivamente network e think tank nati con l'obiettivo di affrontare i determinanti di salute, del benessere, dell'ambiente e dell'attività sportiva nelle più importanti città italiane.

Dal 2010 è Presidente del Congresso della Federazione Italiana YMCA, rappresentanza italiana dell'YMCA (Young Men's Christian Association), organizzazione internazionale presente in oltre 119 Paesi del mondo con oltre 14.000 Associazioni Locali a cui collaborano 700.000 volontari e 25.000 figure professionali, membro del Consiglio di Amministrazione della Fondazione YMCA Italia, Presidente di YMCA Health, è stato presidente di FARE-RETE e IMAGINE ONLUS.

Dott. Lucio Corsaro

Il Dott. Lucio Corsaro dal 2020 è Fondatore di BHAVE, startup innovativa che studia e analizza i comportamenti decisionali delle persone nel settore sanitario per comprenderne le motivazioni, supportando le organizzazioni pubbliche e private nella ricerca di soluzioni attraverso l'osservazione e l'analisi predittiva dei comportamenti di persone, pazienti, operatori e stakeholder del settore sanitario.

Esperto di strategia, marketing, analisi statistiche e comportamentali, ha progettato e realizzato studi ed analisi sia a livello nazionale che internazionale nell'ambito delle patologie croniche, malattie rare, fragilità, oncologia ed infettivologia.

Insieme al suo team, attraverso l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale e del Machine Learning è in grado di integrare ed elaborare sia big che small data, creando modelli di comportamento predittivo e progetti per il miglioramento dei comportamenti delle persone e delle organizzazioni.

Il marketing comportamentale e lo studio delle scienze comportamentali, nell'ambito della salute, sono uno dei suoi maggiori interessi e nel tempo è diventato sempre più determinato a rendere questi argomenti professionali il fulcro assoluto della sua vita lavorativa quotidiana.

Attualmente è impegnato in gruppi di lavoro, task force,

docenze, consigli direttivi, consulenze strategiche e di marketing per aziende, istituzioni, società scientifiche e associazioni pazienti.

Niente potrebbe descrivere meglio la sua visione di ciò che Arthur Conan Doyle ha dichiarato in «The Adventure of the Blue Carbuncle»: «Il mio mestiere è sapere ciò che gli altri non sanno. Mi sono allenato a vedere le cose che gli altri trascurano».

Lucio Corsaro è componente del Data Analysis board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Dott. Gianluca Vaccaro

Il Dott. Gianluca Vaccaro è dottore di ricerca in «Metodologia delle Scienze Sociali» all'Università degli Studi di Roma «La Sapienza». Direttore di Ricerche Sociali, Epidemiologiche e di Outcome e Methodological Advisor presso Bhave - startup innovativa che studia e analizza i comportamenti decisionali delle persone nel settore sanitario - e Sociologo presso l'Unità Operativa Educazione e Promozione della salute dell'Asp di Catania.

Come metodologo della ricerca sociale e clinica ha progettato e realizzato ricerche nazionali e internazionali sui temi della salute in particolare: modelli organizzativi di cure palliative (Università «La Sapienza»; Asl di Modena); umanizzazione delle cure in Ospedale (A.O. San Camillo Forlanini -Università Tor Vergata); valutazione dei corsi di formazione per operatori sanitari in Europa (Commissione Europea rete HPH Health Promoting Hospitals - Ausl di Reggio Emilia); Progettazione partecipata di interventi di promozione della salute (Ausl di Reggio Emilia; Rete WHP - Asp di Catania); disuguaglianze sociali e professionali di salute (Istat - Asl Torino3); Patient decision aid (A.O.U. Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania); Buone pratiche cliniche e processi di consenso (SIAARTI - Bhave); Patient-reported outcomes in pneumologia, oncologia, malattie rare, croniche (Bhave).

Sul piano teorico si occupa di causalità nelle scienze sociali, di tecniche di ricerca negli studi eziologici e comportamentali, di fondamenti logici ed epistemologici della sociologia e modelli integrati di metodologia della ricerca clinica e sociale.

Dott. Emanuele Corsaro

Emanuele Corsaro, professionista con oltre 20 anni di esperienza nel settore della ricerca di marketing e behavioral insight in ambito farmaceutico, sviluppando progetti con le più importanti industrie del settore. Dal 2020 Founder e Head of Research & Development di BHAVE,

startup che studia e analizza gli aspetti comportamentali del processo decisionale di salute, al fine di comprenderne le motivazioni e supportare le nuove esigenze. Segue lo sviluppo e impegno delle nuove tecnologie AI e machine learning per la data integration di big e small data.

Prof. Valentino Cherubini

Valentino Cherubini è Direttore dell'Unità Operativa di Diabete Pediatrico del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino presso l'Ospedale Salesi, Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche. È Presidente della Società Italiana per il Diabete Pediatrico e dell'Adolescenza (ISPED) per il 2023-2025. Inoltre è stato membro del consiglio dell'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) e membro del comitato scientifico del progetto internazionale SWEET e.V. I suoi principali interessi di ricerca includono il diabete infantile, con particolare attenzione all'epidemiologia e alla tecnologia. Nell'ultimo decennio si è occupato dello studio e della prevenzione della chetoacidosi diabetica nei giovani. Attualmente è coordinatore scientifico del programma nazionale di screening per il diabete di tipo 1 e la celiachia nella popolazione italiana.

Dott.ssa Barbara Paolini

- Laurea in medicina e chirurgia
- Specializzazione in Scienza dell'alimentazione
- Master di II livello in Nutrizione clinica e dietetica
- Direttore di UOSA di Dietetica e Nutrizione Clinica presso Policlinico Universitario Santa Maria alle Scotte Siena
- Docente nel corso di Laurea in Dietistica e Igienista dentale, Università di Siena
- Iscritta all'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica dal 1996 ha ricoperto numerose cariche nell'ambito della società scientifica e attualmente Presidente Nazionale
- Ha partecipato alla stesura delle linee guida Sicob per la chirurgia bariatrica, e per la chirurgia endoscopica, standard italiani SIO-ADI per la cura dell'obesità, attualmente impegnata nella stesura delle linee guida per la terapia dell'obesità resistente al trattamento comportamentale dell'adolescente, e alla revisione delle linee guida terapia dell'obesità

resistente al trattamento comportamentale nella popolazione adulta con comorbidità.

Campi di applicazione principali: nutrizione clinica, obesità (componente del centro interdisciplinare per la grave obesità accreditato Sicob, ADI, SIO), obesità infantile, dal 2001 responsabile centro ADI Obesity Day, segue percorsi dedicati ai pazienti oncologici, pazienti con patologie neurodegenerative, e cronico degenerative, percorsi dedicati alla salute della donna, disturbi della nutrizione e alimentazione.

Promotori
e Partners

IBDO FOUNDATION

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation - IBDO nasce come modello di modern Think Tank sul diabete nella certezza che questa patologia oggi debba essere affrontata attraverso un confronto continuo sulle tematiche cliniche, sociali, economiche e politico-sanitarie. Il confronto strutturato, l'analisi e il monitoraggio continuo dei dati permettono di valutare una varietà di indicatori per giungere a individuare strategie a breve, medio e lungo termine in grado di determinare reali cambiamenti gestionali.

L'IBDO Foundation ritiene che una roadmap per individuare le priorità di intervento sul diabete può essere tracciata solo attraverso l'analisi e l'integrazione delle quattro aree strutturali, clinica, sociale, economica e politica su cui si basa il moderno approccio all'Healthcare Landscape.

Per tali motivi, l'IBDO Foundation è stata chiamata a far parte, quale membro istituzionale, di importanti gruppi internazionali che si occupano di salute pubblica, come la European Public Health Association, al pari dei Ministeri della Salute dei Paesi europei, compreso quello italiano, e di importanti enti di ricerca internazionali.

L'ambizione è rendere l'Observatory un modello di partnership intersettoriale tra Istituzioni, Società Scientifiche, Associazioni di Pazienti, Università e tutti gli interlocutori coinvolti nella lotta al diabete, per creare uno strumento che dia organicità e sistematicità alle numerose iniziative intraprese sul diabete.

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, ha l'ambizione di affrontare in modo concreto la sfida che una malattia in rapida espansione come il diabete pone all'Italia e al mondo intero: arrestare la progressione "pandemica" del diabete.

È il primo osservatorio sul diabete a livello mondiale che vede il coinvolgimento di Università, Istituzioni Governative e Parlamentari, Società Scientifiche e Industria.

L'obiettivo dichiarato è promuovere "un progetto unitario" che identifichi, a beneficio degli attori dello scenario "diabete" e della pubblica opinione e attraverso l'analisi dei dati e la valutazione delle attività intraprese, tutto quanto viene compiuto per meglio pianificare i futuri interventi.

OPEN ITALY

Il network OPEN (Obesity Policy Engagement Network) è un'iniziativa globale e nazionale che ha l'obiettivo, attraverso il confronto reciproco e lo scambio di best practice, di sostenere il percorso nazionale di ogni membro

aderente per il raggiungimento degli obiettivi di policy per la prevenzione e la cura dell'obesità.

Attraverso la rete globale ai membri è data l'opportunità di discutere dei progressi e dei risultati ottenuti nel proprio Paese, ottenere informazioni e suggerimenti da altri Paesi ed esperti, nonché strumenti tangibili per sviluppare ulteriormente la propria strategia nazionale sull'obesità.

OPEN Italia si è insediato a Roma il 7 ottobre 2019 ed è costituito da esperti che rappresentano società scientifiche, associazioni pazienti e di cittadinanza, rappresentanti politico-istituzionali.

Ha come obiettivo quello di ottenere il riconoscimento politico, clinico e pubblico dell'obesità come malattia per garantire una responsabilità condivisa, e non solo sul singolo individuo;

Rivedere e ottimizzare l'allocazione delle risorse sanitarie per garantire finanziamenti per l'assistenza e la cura della persona con obesità;

Integrare l'obesità nel percorso di formazione e nei curricula di apprendimento per le professioni legate all'obesità al fine di adottare cure più efficaci e informate;

Istituire centri di obesità multidisciplinari e garantire l'accesso alle cure transdisciplinari per le persone con obesità.

CORESEARCH

Il Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology -CORESEARCH è un istituto di ricerca con sede a Pescara, fondato da un team di ricercatori con oltre 25 anni di esperienza nel campo dell'epidemiologia clinica delle malattie croniche e nell'applicazione di tecniche statistiche avanzate alla ricerca biomedica.

Le principali aree di competenza comprendono: disegno, conduzione ed analisi di sperimentazioni cliniche controllate e studi osservazionali, conduzione di revisioni sistematiche e metanalisi, valutazione della qualità della cura e della qualità della vita, analisi di grandi database amministrativi e di real world data, con attenzione ai risultati clinici, sociali ed economici, creazione di registri di patologia.

I diversi approcci metodologici vengono utilizzati per lo studio di farmaci, dispositivi biomedicali, strategie assistenziali, telecare/telemedicina e per valutazioni di epidemiologia clinica e salute pubblica.

In CORESEARCH si integrano molteplici background specialistici derivanti da percorsi di studio in Medicina, Farmacia e Farmacologia, Biotecnologie, Statistica, Informatica.

La multidisciplinarietà caratterizza le attività del gruppo che si distingue per la capacità di tradurre la complessità di sofisticati approcci metodologico statistici in messaggi di immediata fruibilità dal punto di vista clinico.

Le attività si articolano in tre aree principali: Servizi, Formazione, Ricerca.

I ricercatori e gli esperti di CORESEARCH sono autori di oltre 250 articoli pubblicati in riviste scientifiche internazionali indicizzate, fra le quali The Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine, BMJ, Archives of Internal Medicine, Diabetes Care, Diabetologia, Journal of National Cancer Institute, Journal of Clinical Oncology.

CORESEARCH opera come Clinical Research Organization (CRO, DM 15/11/2011) ed è inserito nel network europeo per la ricerca non profit Ecrin/Ita-Crin.

FONTE: core@coresearch.it

C.R.E.A. SANITÀ

Il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) si dedica in modo prevalente allo studio e alla diffusione della conoscenza nelle seguenti aree:

Analisi delle politiche assistenziali e industriali in Sanità
Valutazioni di farmaco-economia e HTA applicate a farmaci, dispositivi medici, tecnologie digitali, modelli organizzativi, etc.

Supporto alla programmazione (progetti di sanità pubblica, budgeting), organizzazione dei servizi (PDTA, e-health) e management delle strutture sanitarie

Analisi epidemiologiche e statistica medica
Formazione

Il Centro si avvale di un team di ricerca multidisciplinare che svolge le sue attività in ambito accademico da oltre 20 anni. Il team è composto da economisti, epidemiologi, ingegneri biomedici e statistici, con una specifica vocazione alle analisi quantitative.

Il Centro è iscritto nell'elenco dei centri di ricerca EUROSTAT (n. 2019/058/IT) e all'Anagrafe Nazionale delle Ricerche (n. 62326LEH)

BHAVE

Bhave è la digital startup nata per portare innovazione nel settore della Salute, nei processi di decision making e nel marketing strategico, attraverso l'osservazione e l'analisi predittiva dei comportamenti delle persone, dei medici e degli stakeholder, sfruttando le incredibili potenzialità dell'Intelligenza Artificiale e del Machine Learning per integrare ed elaborare big e small data.

La quantità di dati che viene prodotta quotidianamente

è di flusso sempre crescente in ogni settore, dall'ambito sanitario a quello industriale. La vera sfida oggi è saper gestire e utilizzare questa importante ed enorme mole di informazioni per accrescere la competitività e l'efficacia dei servizi offerti.

La raccolta dei dati non basta da sola, se non viene accompagnata da una accurata analisi ed elaborazione di tutte le informazioni.

La disciplina che consente di farlo in modo analitico è l'Applied Behavioral Analysis, l'area di ricerca finalizzata a comprendere le relazioni che intercorrono tra le conseguenze di un comportamento e gli eventi che lo precedono.

Questo tipo di analisi è diventata un elemento chiave per prendere decisioni importanti nell'ambito della Salute e implementare le strategie d'impresa, perché consente di identificare e focalizzare l'attenzione sulle motivazioni alla base dei comportamenti delle persone (pazienti, medici, stakeholder, consumatori, utenti), andando oltre le tradizionali metriche numeriche e analisi sociodemografiche.

Questi paradigmi sono le fondamenta dell'approccio BHAVE e delle diverse soluzioni innovative disegnate per supportare le aziende e le istituzioni operanti nell'ambito della salute.

FONTE: <https://bhave.it/>

OSSERVATORIO SULLA SALUTE BENE COMUNE

L'Osservatorio sulla Salute bene comune nasce su iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica-Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e svolge la sua attività in collaborazione con gli Istituti di Igiene delle altre Università Italiane e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere ed Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute).

Questa attività collaborativa è multidisciplinare e coinvolge circa duecentotrenta esperti di Sanità Pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti che, a diverso titolo e con diverse competenze, hanno posto al centro del proprio orizzonte scientifico la salute degli individui e delle collettività per promuoverne il Bene comune.

FONTE: <https://osservatoriosullasalute.it/>

YMCA HEALTH

YMCA Health è un'associazione nata all'interno del movimento internazionale YMCA (Young Men's Christian Association), di cui condivide i valori fondanti e l'impegno per lo sviluppo integrale della persona. Attiva in Italia ma con una vocazione internazionale, YMCA Health si dedica in modo specifico alla promozione della salute tra i giovani, nelle comunità e nei contesti urbani, con particolare attenzione alle aree più fragili e marginalizzate.

Fondata con l'obiettivo di rispondere in maniera concreta e strutturata alle sfide legate alla salute pubblica e al benessere psico-fisico delle nuove generazioni, YMCA Health opera secondo una visione partecipativa, inclusiva e comunitaria della salute. L'associazione considera il benessere come un diritto universale e come un processo collettivo che coinvolge persone, ambienti, istituzioni e territori.

La sua missione si fonda su un principio semplice ma potente: mettere i giovani al centro della salute. Non come destinatari passivi di interventi, ma come protagonisti consapevoli, capaci di generare cambiamento e prendersi cura di sé e degli altri. YMCA Health lavora quindi per rafforzare le competenze personali e sociali, promuovere l'equità, abbattere lo stigma, costruire comunità solidali e favorire l'accesso a stili di vita sani per tutti.

L'associazione è parte integrante della grande famiglia YMCA, un movimento presente in oltre 120 Paesi, con 65 milioni di persone coinvolte nel mondo. In Italia, YMCA Health rappresenta il ramo operativo specializzato sui temi della salute fisica, mentale e sociale, contribuendo con azioni concrete, ricerca sul campo, formazione e progettazione a livello locale, nazionale e internazionale.

In collaborazione con



Per scaricare il Report



Con il contributo non condizionato di  **novo nordisk®**