

Obesità e politiche sanitarie territoriali: Piemonte ed Emilia-Romagna

A CURA DI:

Stefano del Missier, Vice direttore Regional Health +

Questo documento nasce a seguito dei Policy Statement di Piemonte e Emilia Romagna

INTRODUZIONE

Il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica delinea una delle trasformazioni più rilevanti per i sistemi sanitari regionali italiani. La nuova cornice nazionale, culminata nella Legge N° 149/2025 e nei recenti aggiornamenti dei piani dedicati a prevenzione, cronicità e assistenza territoriale, impone infatti un cambio di prospettiva: non più interventi frammentati, ma la costruzione di un ecosistema integrato capace di unire prevenzione, presa in carico multidisciplinare, continuità assistenziale e misurazione sistematica degli esiti. È in questo contesto che Piemonte ed Emilia-Romagna, due Regioni con tradizioni diverse ma entrambe solide, sono chiamate a ricalibrare le proprie strategie. Il Piemonte parte da un patrimonio programmatico esistente ma incompiuto, segnato da un PDTA non pienamente implementato e da una rete territoriale in crescita. L'Emilia-Romagna, al contrario, può contare su esperienze consolidate nella prevenzione e nella nutrizione, ma necessita di una programmazione più esplicita che renda l'obesità una priorità strutturale e non solo un insieme di progetti virtuosi. Entrambe condividono l'opportunità di governare la crescente domanda legata ai trattamenti, di potenziare il ruolo delle Case della Comunità e della medicina generale e di trasformare i percorsi esistenti in modelli misurabili e replicabili.

LA REGIONE PIEMONTE

Il Piemonte si trova in una fase decisiva nell'evoluzione delle sue politiche sanitarie per il trattamento dell'obesità. La cornice nazionale maturata negli ultimi anni, guidata dalla Legge N° 149/2025 e dai rinnovati piani su prevenzione e cronicità, impone alle Regioni un salto di qualità nell'organizzazione dei percorsi di cura.

L'obesità, oggi riconosciuta come malattia cronica a tutti gli effetti, richiede strumenti di presa in carico continui, multidisciplinari e fortemente radicati nel territorio. L'analisi del documento mette in luce come il Piemonte disponga già di importanti asset, ma non abbia ancora pienamente tradotto queste risorse in una strategia operativa compiuta. Il PDTA regionale del 2019 rappresenta un esempio emblematico: frutto della collaborazione tra reti endocrino-diabetologiche e dietologiche, non è mai diventato realmente operativo e necessita ora di un aggiornamento sostanziale, sia per allinearli alle nuove indicazioni nazionali e internazionali, sia per includere le innovazioni terapeutiche e i nuovi modelli di assistenza territoriale. Le Case di Comunità, pilastro del ridisegno della rete territoriale, sono identificate come snodo fondamentale per assicurare integrazione tra medicina generale, specialistica, supporto psi-

cologico e servizi di prossimità.

Tuttavia, la loro piena valorizzazione richiede una governance chiara, indicatori condivisi e un coordinamento stabile.

Un altro nodo cruciale riguarda la prevenzione, oggi troppo spesso episodica. Il documento indica con forza la scuola primaria come il luogo prioritario in cui intervenire, attraverso linee guida regionali omogenee su alimentazione, attività fisica, ruolo educativo delle mense e collaborazione con Comuni, associazioni sportive e terzo settore.

A ciò si aggiunge la necessità di formare docenti e operatori sanitari sul tema dei bias e dello stigma, elemento che influisce pesantemente sulla qualità della presa in carico.

Sul piano clinico, la visione proposta è chiara: medicina generale e pediatria devono diventare i motori della precoce intercettazione, dell'avvio dei percorsi e del follow-up; le équipe multidisciplinari devono armonizzare gli interventi nutrizionali, psicologici e la chirurgia bariatrica deve essere regolata da criteri omogenei all'interno di una rete Hub&Spoke.

Le terapie farmacologiche innovative richiedono infine una governance solida, basata su criteri trasparenti, audit prescrittivi e strumenti di decisione condivisa medico-paziente.

Elemento centrale è la misurazione: senza indicatori strutturali, di processo e di esito, integrati con flussi LEA e sorveglianze,

non è possibile garantire accountability e miglioramento continuo. La Call to Action è inequivocabile: l'obesità deve diventare una priorità esplicitamente riconosciuta nel PSSR.

Servono capitoli dedicati, una cabina di regia tecnica con un mandato preciso, tempi chiari di attuazione, équipe multidisciplinari formalizzate e un sistema di audit che trasformi la pianificazione in pratica operativa. Per il Piemonte questa è un'occasione strategica: passare da un insieme di strumenti potenzialmente efficaci a un modello integrato e misurabile, capace di migliorare la qualità di vita delle persone e rafforzare la sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale.

LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

L'Emilia-Romagna si affaccia al nuovo ciclo di programmazione sanitaria con un bagaglio di esperienze avanzate e un contesto normativo che la spinge verso un salto di qualità. La Legge 149/2025 e l'aggiornamento del Piano Nazionale della Cronicità segnano definitivamente il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica, strettamente connessa al rischio cardiometabolico e ai principali esiti di mortalità evitabile.

Questa trasformazione impone alle Regioni di costruire percorsi di prevenzione, diagnosi, trattamento e follow-up integrati, misurabili e sostenuti da indicatori omogenei.

L'Emilia-Romagna parte da basi solide: già dal 2013 ha sviluppato un modello integrato di presa in carico dell'obesità infantile, indicato dall'OMS come buona pratica europea, un modello che coinvolge pediatri di libera scelta, scuole, servizi territoriali e dietetica clinica, con percorsi di diagnosi e follow-up strutturati. A questo si aggiungono la rete trasversale di nutrizione, le linee d'indirizzo sui percorsi di nutrizione essenziali e sulla chirurgia bariatrica e una serie di PDTA già operativi. In parallelo, il Piano Regionale della Prevenzione offre programmi consolidati su stili di vita, attività fisica e contrasto alle malattie croniche. Eppure, si evidenzia un elemento di discontinuità necessario: l'obesità e il rischio cardiometabolico non sono ancora riconosciuti nel PSSR come area autonoma di programmazione. Manca un quadro unitario di obiettivi, target, responsabilità e indicatori, e manca una governance regionale capace di uniformare e scalare le molte esperienze già attive nei territori. Al contempo, l'epidemiologia regionale parla chiaro: l'11% della popolazione è obesa, il 32% in sovrappeso, con impatti crescenti sulla domanda di cura e sulla sostenibilità futura.

Un punto di attenzione riguarda la domanda di trattamenti innovativi, soprattutto farmacologici.

L'assenza di criteri e canali prescrittivi uniformi ha generato un incremento disomogeneo delle richieste, con rischio di percorsi inappropriati e barriere economiche per l'accesso. Da qui l'esigenza di definire criteri trasparenti, audit sistematici e indicazioni chiare per combinare sostenibilità, equità e qualità clinica. La presa in carico territoriale rappresenta la colonna portante della strategia regionale.

Le 133 Case della Comunità diventano luoghi naturali in cui integrare medicina generale, infermieristica di comunità, nutrizione clinica, psicologia, specialistica, attività fisica adattata e counselling. Le farmacie dei servizi completano l'infrastruttura territoriale come punti d'intercettazione e supporto all'aderen-

za. La visione è quella di un percorso continuo che va dalla prevenzione in età evolutiva alla gestione dell'adulto con obesità e comorbidità cardiovascolari.

Infine, la misurazione è al centro del nuovo modello. Indicatori strutturali, di processo e di esito, integrati con LEA, PASSI e PRP, devono permettere di monitorare non solo la prevalenza dell'obesità, ma anche il controllo pressorio, i profili lipidici, gli eventi cardiovascolari maggiori, l'equità di accesso e l'aderenza ai percorsi. Il documento suggerisce inoltre una sorveglianza regionale specifica sulla farmacoterapia per favorirne la governance. La Call to Action è chiara: il nuovo PSSR deve includere capitoli dedicati, un gruppo di lavoro tecnico-istituzionale con mandato sulla definizione dei PPDTA, una valorizzazione piena delle Case della Comunità e un raccordo strutturale con i percorsi dedicati a diabete e malattie cardiovascolari.

Con questi elementi, l'Emilia-Romagna può trasformare un insieme di pratiche eccellenti in una strategia regionale organica e replicabile, capace di migliorare gli esiti di salute e rafforzare la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale.

LA PREVENZIONE COME INFRASTRUTTURA: SCUOLE, COMUNITÀ E LOTTA ALLO STIGMA

Il Piemonte e l'Emilia-Romagna condividono un assunto di fondo: la prevenzione dell'obesità deve diventare una componente strutturale del sistema sanitario e non una sequenza di iniziative episodiche.

Entrambe le Regioni identificano nella scuola il principale ambiente in cui intervenire, perché è lì che si formano abitudini alimentari, comportamenti motori e percezioni legate all'immagine corporea. La priorità non è aumentare il numero di progetti, ma consolidare standard regionali univoci su alimentazione, ristorazione scolastica, attività fisica ed educazione alla salute. In Piemonte, la scuola primaria viene indicata come il luogo cardine su cui costruire una prevenzione stabile, in cui mensa e attività motorie diventano strumenti educativi permanenti.

L'Emilia-Romagna estende questo approccio con programmi regionali integrati che coinvolgono anche contesti lavorativi e comunitari, consolidando un'azione continua lungo tutto l'arco della vita. In entrambi i territori, il ruolo dei Comuni, delle associazioni sportive e del terzo settore è decisivo: la prevenzione supera i confini della sanità e si radica nel tessuto sociale.

Un punto condiviso di particolare rilievo è il contrasto allo stigma. Le due Regioni sottolineano come l'obesità non può essere affrontata con messaggi moralistici o centrati sulla "colpa individuale", ma con una comunicazione pubblica che riconosce l'obesità come malattia cronica e combatte i pregiudizi diffusi tra popolazione e operatori sanitari.

La formazione obbligatoria a tutti i livelli in relazione alla condizione di obesità rappresenta una leva essenziale per migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre la rinuncia alle cure.

Infine, sia Piemonte sia Emilia-Romagna propongono un approccio di prevenzione "di sistema": interventi continui, governance unitaria, linee guida regionali, integrazione con reti sportive e sociali.

Una visione che supera il tradizionale concetto di prevenzione come progetto e la colloca come infrastruttura necessaria per contrastare una malattia cronica in crescita.

IL RAFFORZAMENTO DELLA PRESA IN CARICO TERRITORIALE: CASE DELLA COMUNITÀ E RUOLO DI MMG/PLS

Entrambe le Regioni convergono su un principio: la presa in carico dell'obesità deve fondarsi sul territorio, non sull'ospedale. La costruzione di una filiera di cura multidisciplinare richiede continuità e prossimità, elementi che solo la medicina generale, la pediatria di libera scelta e le Case della Comunità possono garantire.

Nel modello piemontese, i medici di medicina generale e i pediatri rappresentano gli snodi chiave per intercettare precocemente i pazienti, avviare il counselling iniziale e gestire follow-up strutturati. Le Case di Comunità fungono da piattaforma integrata dove confluiscono nutrizionisti, psicologi, infermieri di famiglia e specialisti, assicurando raccordo tra territorio e ospedale. Una vera rete che accompagna la persona lungo tutto il percorso di cura. L'Emilia-Romagna condivide questo impianto e vi aggiunge un elemento distintivo: la forte tradizione delle Case della Salute, oggi evolute in Case della Comunità. Qui si strutturano équipe multiprofessionali che includono supporto psicologico, attività motoria adattata, nutrizione clinica e counselling intensivo. Le farmacie dei servizi completano il sistema come antenne di intercettazione e supporto all'aderenza. In entrambe le Regioni emerge una convinzione comune: senza una presa in carico territoriale capace di seguire il paziente nel tempo, l'obesità non può essere trattata come malattia cronica. Il territorio diventa il luogo naturale in cui integrare prevenzione, diagnosi precoce, trattamenti innovativi, follow-up e valutazione degli esiti.

È qui che si gioca la sostenibilità del sistema.

GOVERNARE L'APPROPRIATEZZA: FARMACI, CHIRURGIA BARIATRICA E CRITERI DI ACCESSO

Piemonte ed Emilia-Romagna affrontano una sfida comune e strategica: rispondere in modo equo e sostenibile alla crescente domanda di terapie efficaci per l'obesità. La disponibilità di nuove opzioni farmacologiche rappresenta un'importante opportunità di salute pubblica, che richiede però regole condivise e criteri chiari per garantire un accesso appropriato e omogeneo su tutto il territorio.

Entrambe le Regioni promuovono modelli basati su criteri trasparenti, fondati sul grado di obesità, sulla presenza di comorbidità e sul rischio cardiometabolico, con l'obiettivo di indirizzare le terapie verso i pazienti che ne traggono maggiore beneficio. Il Piemonte valorizza sistemi di audit prescrittivi periodici e percorsi strutturati di rivalutazione, mentre l'Emilia-Romagna rafforza l'importanza di indirizzi regionali condivisi, per evitare disuguaglianze di accesso e garantire pari opportunità di cura. Anche la chirurgia bariatrica si inserisce in una visione comune e integrata. Il Piemonte sviluppa una rete Hub & Spoke che assicura criteri omogenei di preselezione e un follow-up rigoroso; l'Emilia-Romagna definisce linee di indirizzo dettagliate che favoriscono l'integrazione tra chirurgia, supporto nutrizionale e

valutazione psicologica. In entrambi i modelli, la chirurgia non è considerata una soluzione isolata, ma parte di un percorso assistenziale complesso e multidisciplinare, orientato al lungo periodo. In questo contesto, la governance dell'appropriatezza diventa uno strumento fondamentale di equità, qualità e sostenibilità del sistema sanitario.

Regole chiare, audit strutturati, strumenti di decisione condivisa e monitoraggio continuo consentono di allocare in modo efficace le risorse, rispondendo ai bisogni dei pazienti più fragili e garantendo al tempo stesso percorsi di cura di elevata qualità e sostenibili nel tempo.

INDICATORI, MISURAZIONE DEGLI ESITI E CRUSCOTTI REGIONALI: LA NUOVA FRONTIERA DELLA GOVERNANCE

Nelle due Regioni emerge un punto fermo: senza indicatori chiari, pubblici e aggiornati, non è possibile governare l'obesità come malattia cronica. Piemonte ed Emilia-Romagna convergono sulla necessità di definire un set di indicatori strutturali, di processo e di esito che permetta di misurare accessi, tempi di presa in carico, aderenza ai percorsi, esiti clinici e riduzione delle disuguaglianze.

Il Piemonte propone un cruscotto regionale pubblico come strumento di accountability: dati accessibili, confronto tra aziende, azioni correttive tempestive e riallocazione delle risorse dagli interventi a basso valore.

L'Emilia-Romagna integra questo approccio con indicatori cardiometabolici, sorveglianze territoriali (PASSI, PRP), misure di equità di accesso ai trattamenti farmacologici e chirurgici e monitoraggio della stratificazione del rischio. La misurazione diventa così parte integrante del servizio. Registri clinici interoperabili, strumenti digitali per il monitoraggio remoto e teleconsulenze tra professionisti completano un ecosistema che consente decisioni rapide e basate sull'evidenza.

L'obiettivo comune è creare sistemi sanitari trasparenti e orientati ai risultati, capaci di correggere la rotta quando necessario e di dare conto ai cittadini.

CONCLUSIONI

Entrambe le Regioni si trovano davanti a una trasformazione strutturale: riconoscere l'obesità come malattia cronica significa ripensare l'intero ecosistema della prevenzione e della presa in carico.

Le due Regioni partono da presupposti diversi, ma convergono su un punto chiave: serve una strategia integrata, stabile e misurabile, che superi l'attuale frammentarietà.

Per entrambe, la sfida non è più "fare di più", ma costruire un sistema capace di continuità, appropriatezza e governance basata sui dati.

Il percorso delineato dal quadro nazionale non rappresenta solo un obbligo normativo, ma un'opportunità per rafforzare la sostenibilità dei servizi sanitari regionali e migliorare la qualità di vita delle persone con obesità.

Piemonte ed Emilia-Romagna hanno gli strumenti per farlo: la sfida è trasformare le intenzioni in modelli concreti, verificabili e replicabili.

TABELLA

TEMA	PIEMONTE	EMILIA-ROMAGNA
Strumenti regionali già disponibili	PDTA 2019 con livello di implementazione limitato; reti endocrino-diabetologiche e dietologiche; Case della Comunità come nodo centrale.	Modello regionale per obesità infantile riconosciuto OMS; rete di nutrizione; PPDTA già attivi in alcune AUSL.
Prevenzione	Scuola primaria come centro delle azioni preventive; alleanze territoriali; comunicazione antistigma.	Programmi strutturati in ambito scolastico, lavorativo e comunitario; linee guida su ristorazione e salute; contrasto allo stigma.
Presa in carico clinica	Ruolo centrale di MMG/PLS; équipe multidisciplinari; rete Hub&Spoke per la chirurgia bariatrica.	Presa in carico lungo l'intero continuum assistenziale; Case della Comunità integrate; forte integrazione nutrizionale e psicologica.
Governance dei trattamenti	Criteri trasparenti di eleggibilità, audit prescrittivi, gestione della domanda farmacologica.	Richiesta criteri regionali omogenei e canali prescrittivi chiari.
Strumenti digitali	Tele-consulenza, registri clinici, cruscotto pubblico regionale.	Monitoraggio remoto, registri interoperabili, integrazione degli indicatori cardiometabolici.
Indicatori e monitoraggio	Set di indicatori strutturali, di processo e di esito; confronto sistematico tra aziende.	Indicatori su rischio cardiometabolico, equità di accesso, esiti cardiovascolari, copertura BMI.
Call to Action	Inserimento dell'obesità tra le priorità del PSSR; istituzione di una cabina di regia; implementazione PDTA e rafforzamento della prevenzione in ambito scolastico.	Capitoli dedicati alla governance dell'obesità nel PSSR; attivazione di un gruppo tecnico regionale; valorizzazione Case della Comunità; raccordo con i percorsi cardiovascolari e diabetologici.

Con il contributo non condizionante di:



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l. Unipersonale a Socio Unico

SEDE LEGALE:

Via Vestricio Spurinna 151, 00175 Roma –
Registro Imprese di Roma 1309875 – C.F. e P.IVA 11531441001

SEDE OPERATIVA:

Via Giosuè Carducci 125B – 20099 Sesto San Giovanni (MI) – Tel. +39 02 49538300
Sito Web: www.altis-ops.it – Email: Info@altis-ops.it