

IL PESO ECONOMICO DEL BMI ELEVATO

Sovrappeso e obesità in Europa e in Italia: dai costi sanitari al costo economico e sociale dell'inazione

Analisi italiana del report Office of Health Economics 2026 - The Economic Burden of Overweight and Obesity in Europe

Andrea Lenzi, Angelo Avogaro, Rocco Barazzoni, Silvio Buscemi, Luca Busetto, Raffaella Buzzetti, Riccardo Candido, Antonio Caretto, Michele Carruba, Anna Maria Colao, Lucio Corsaro, Claudio Cricelli, Salvatore De Cosmo, Maurizio De Luca, Lorenzo Maria Donini, Francesco Dotta, Katherine Esposito, Giuseppe Fatati, Diego Ferone, Andrea Frasoldati, Lucio Gnesi, Valeria Guglielmi, Frida Leonetti, Gerardo Medea, Enzo Nisoli, Giuseppe Novelli, Barbara Paolini, Walter Ricciardi, Paolo Sbraccia, Chiara Spinato, Ketty Vaccaro, Malgorzata Wasniewska, Iris Zani, Federico Serra – Executive Board OPEN ITALY

Documento di analisi per OPEN MIND SET / OPEN Italy

EXECUTIVE SUMMARY

€20,3 mld costo annuo stimato in Italia	€345 equivalente pro capite del burden economico complessivo/anno	€20,3 mld burden economico stimato
---	---	--

Fonte: Office of Health Economics (OHE), 2026. Dati economici riferiti agli otto Paesi analizzati nel report.

EXECUTIVE SUMMARY

Il messaggio centrale

Il BMI elevato non genera soltanto una maggiore domanda di assistenza sanitaria. Produce un impatto economico che attraversa il Servizio sanitario, il mercato del lavoro, le famiglie e la produttività. Per l'Italia, OHE stima un burden annuo di 20,3 miliardi di euro: 12,9 miliardi di costi sanitari diretti e 7,5 miliardi di costi indiretti. La conseguenza di policy è netta: l'obesità va affrontata come malattia cronica e come priorità economica, con un continuum che unisca prevenzione, diagnosi precoce, trattamento e gestione di lungo periodo.

Il report OHE, commissionato e finanziato da EFPIA, quantifica il burden sanitario ed economico associato al BMI elevato in otto Paesi europei – Regno Unito, Germania, Francia, Spagna, Italia, Irlanda, Grecia e Romania – utilizzando un approccio disease-based per i costi diretti e stime di perdita di tempo e produttività per i costi indiretti. Complessivamente, nei Paesi analizzati il BMI elevato è associato ogni anno a circa 278.000 decessi e quasi 8 milioni di DALY.

Cinque evidenze da portare nel dibattito italiano

1. Il burden italiano è già macroeconomico: 20,3 miliardi di euro annui, pari a circa lo 0,9% del PIL.
2. Quasi quattro euro su dieci del burden non ricadono direttamente sul SSN: 7,5 miliardi derivano da minore partecipazione e produttività, assenteismo, presentismo, caregiving informale e mortalità prematura.
3. Il diabete di tipo 2 è la prima voce di costo sanitario diretto attribuibile al BMI elevato in Italia (3,8 miliardi), seguito dalle patologie muscoloscheletriche e cardiovascolari (2,5 miliardi ciascuna).
4. La prevenzione primaria, da sola, non risponde al bisogno di milioni di persone che vivono già con obesità: serve un percorso di cura cronico, integrato e stratificato.
5. La Legge 149/2025 ha creato una cornice italiana avanzata; la sfida si sposta ora sull'attuazione, sulla capacità dei LEA e dei percorsi regionali di rendere effettivo l'accesso e sulla misurazione del valore prodotto.

Una chiave di lettura Open Mind Set

La domanda non è soltanto «quanto costa trattare l'obesità?», ma «quanto costa non trattarla, trattarla tardi o limitarne la gestione a interventi frammentati?». La valutazione economica dovrebbe quindi includere gli effetti sulle comorbidità, sulla produttività, sul lavoro, sui caregiver e sugli esiti nel lungo periodo. Come leggere i dati economici. Le stime presentate nel rapporto descrivono il burden economico attribuibile al BMI elevato, espresso a valori 2024. Tale burden non coincide automaticamente né con il costo dell'inazione, inteso come insieme dei costi che continuerebbero a gravare sulla società in assenza di interventi efficaci, né con i risparmi effettivamente conseguibili attraverso una specifica politica o un determinato intervento. Questi ultimi devono essere stimati separatamente, considerando efficacia, popolazione raggiunta, tempi di manifestazione dei benefici, costi di implementazione e impatto sul bilancio.

1. PERCHÉ QUESTO REPORT CAMBIA IL FRAME DELLA POLICY

Per molti anni l'obesità è stata trattata nelle politiche pubbliche prevalentemente come un problema di stili di vita o come un fattore di rischio per altre malattie. Il report OHE adotta una prospettiva diversa: riconosce l'obesità come malattia cronica, complessa, multifattoriale e recidivante e, contemporaneamente, misura il BMI elevato come determinante di costi sanitari e produttivi. Questo doppio livello – clinico ed economico – è rilevante perché rende visibili costi che normalmente rimangono fuori dai bilanci sanitari.

1.1 Dal costo del SSN al costo per il Paese

La spesa sanitaria è soltanto una parte del problema. Il burden economico comprende anche le ore di lavoro perse, la minore produttività durante la presenza al lavoro, l'uscita o la mancata partecipazione al mercato del lavoro, il tempo dei caregiver informali e la perdita di produzione associata alla mortalità prematura. Questa impostazione rende l'obesità un tema che riguarda Salute, Economia e Finanze, Lavoro, Istruzione, Politiche sociali, Regioni, enti locali e imprese.

1.2 Perché il concetto di "BMI elevato" va interpretato con cautela

OHE stima il burden attribuibile a un BMI superiore al livello teorico minimo di rischio utilizzato nel Global Burden of Disease (TMREL circa 20–23 kg/m²). Il report non separa quindi rigidamente i costi in "sovrappeso" e "obesità": tratta il rischio come continuo. Questa scelta è utile per l'analisi di popolazione, ma non deve trasformare il BMI in un indicatore clinico autosufficiente. La valutazione della persona richiede composizione corporea, distribuzione adiposa,

complicanze, storia clinica, funzionalità e contesto.

Fonte: OHE 2026, sezioni 2.5 e 3; Global Burden of Disease 2023 utilizzato nel report.

2. COME È STATO CALCOLATO IL BURDEN

L'analisi combina dati epidemiologici, costi di malattia e parametri economici. La struttura metodologica è importante per interpretare correttamente i numeri e per evitare di considerarli una contabilità amministrativa: si tratta di stime modellistiche del burden attribuibile al BMI elevato.

2.1 Costi diretti: approccio disease-based

- Identificazione delle principali patologie associate al BMI elevato.
- Stima della prevalenza diagnosticata, ove disponibile, o utilizzo di stime GBD 2023.
- Applicazione di un costo medio annuo per caso, preferibilmente da fonti nazionali.
- Applicazione delle Population Attributable Fractions (PAF) per stimare la quota di burden della singola patologia attribuibile al BMI elevato.
- Somma delle quote attribuibili per ottenere il costo sanitario diretto complessivo.

2.2 Costi indiretti: produttività e tempo

- Mortalità prematura: perdita di produttività fino all'età pensionabile, valorizzata con salari specifici per Paese ed età.
- Inattività economica: riduzione della partecipazione al lavoro associata all'eccesso ponderale.
- Assenteismo: giornate/ore di lavoro perse.
- Presenteismo: riduzione della produttività pur restando al lavoro.
- Cura informale: tempo non retribuito dei caregiver valorizzato con un approccio di costo-opportunità.

2.3 Punti di forza e limiti metodologici dello studio OHE

PUNTI DI FORZA	LIMITI
Integra salute ed economia in una stessa cornice.	Dipende dalla qualità e comparabilità delle fonti nazionali.
Attribuisce i costi alle principali comorbidità.	Non cattura necessariamente tutte le patologie e tutti i costi intangibili.
Rende visibili produttività e caregiving.	Alcuni parametri indiretti sono trasferiti tra Paesi quando mancano dati locali.
Usa assunzioni prudenti e non monetizza i QALY persi oltre ai costi di produttività.	Il risultato non equivale al risparmio immediatamente ottenibile eliminando il BMI elevato.
Consente confronti tra otto sistemi europei.	Il BMI è un indicatore di popolazione imperfetto per la stratificazione clinica individuale.

Fonte: OHE 2026, Methods, Appendix A–B e Discussion.

3. L'EUROPA: UN BURDEN TRA 0,7% E 1,4% DEL PIL

Negli otto Paesi analizzati, il burden economico annuo attribuito al BMI elevato varia da 2,5 miliardi di euro in Romania a 55,2 miliardi in Germania. In rapporto alla dimensione dell'economia, la stima varia dallo 0,7% all'1,4% del PIL (per l'Irlanda OHE utilizza il modified GNI). I costi indiretti rappresentano dal 18% al 58% del totale, evidenziando come la struttura del mercato del lavoro e i tassi di occupazione influenzino fortemente il profilo del burden.

Paese	Totale € mld	Diretti	Indiretti	€/abitante	% PIL
Regno Unito	43,2	18,2	25,1	625	1,4%
Germania	55,2	30,3	24,9	662	1,3%
Francia	23,3	19,2	4,1	343	0,8%
Spagna	19,6	14,9	4,7	401	1,2%
Italia	20,3	12,9	7,5	345	0,9%
Irlanda	3,2	1,5	1,7	598	1,1%*
Grecia	3,4	2,3	1,1	328	1,4%
Romania	2,5	1,1	1,4	131	0,7%

Fonte: OHE 2026, Table 3. *Per l'Irlanda: quota del modified Gross National Income (mGNI).

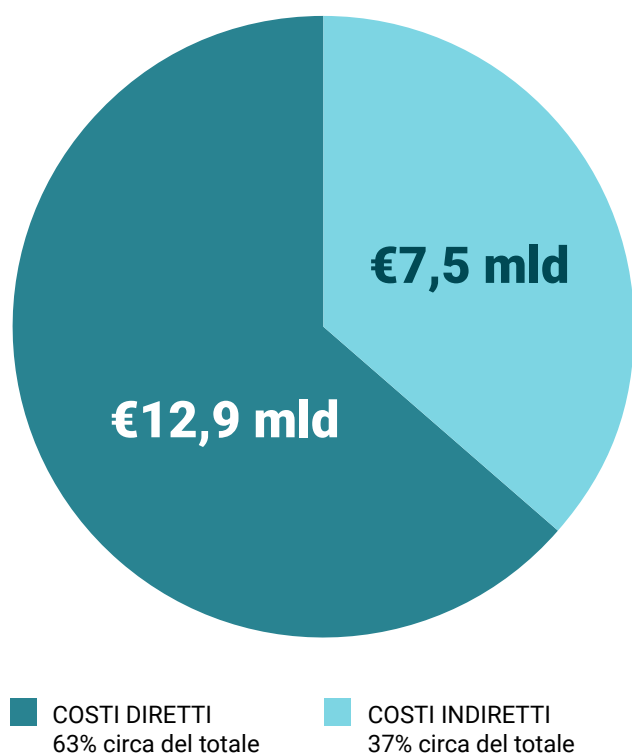
3.1 Salute: 278.000 decessi e quasi 8 milioni di DALY

Il report associa il BMI elevato a circa 278.000 decessi annui e quasi 8 milioni di anni di vita corretti per disabilità (DALY) negli otto Paesi. Le malattie cardiovascolari costituiscono il maggiore contributore ai DALY attribuibili, seguite dal diabete di tipo 2. Il BMI elevato è implicato in quasi il 60% dei DALY da diabete di tipo 2, nel 45% di quelli da malattie digestive e nel 32% di quelli da malattia renale cronica. Nota sugli arrotondamenti. I valori riportati sono presentati secondo gli arrotondamenti utilizzati nello studio OHE/EFPIA. Di conseguenza, la somma delle singole componenti può non coincidere esattamente con il totale riportato. Lo stesso principio si applica alla scomposizione dei costi indiretti e alle relative percentuali, che possono presentare lievi scostamenti dovuti agli arrotondamenti.

4. ITALIA: €20,3 MILIARDI L'ANNO

IL NUMERO CHE CAMBIA LA PROSPETTIVA

Il burden economico stimato per l'Italia è di 20,3 miliardi di euro l'anno: circa 345 euro per residente. La dimensione è pari a circa lo 0,9% del PIL. Non è quindi soltanto una voce di spesa sanitaria: è una perdita di valore economico e sociale distribuita tra SSN, imprese, lavoratori e famiglie.



4.1 Dove si concentrano i costi sanitari diretti

Negli otto Paesi analizzati, il burden economico annuo attribuito al BMI elevato varia da 2,5 miliardi di euro in Romania a 55,2 miliardi in Germania. In rapporto alla dimensione dell'economia, la stima varia dallo 0,7% all'1,4% del PIL (per l'Irlanda OHE utilizza il modified GNI). I costi indiretti rappresentano dal 18% al 58% del totale, evidenziando come la struttura del mercato del lavoro e i tassi di occupazione influenzino fortemente il profilo del burden.

Condizione	€ mld	Quota stimata dei costi diretti
Diabete mellito tipo 2	3,8	29,5%
Patologie muscoloscheletriche	2,5	19,4%
Malattie cardiovascolari	2,5	19,4%
Malattie digestive	1,5	11,6%
Malattia renale cronica	1,1	8,5%
Altre condizioni	1,4	10,9%
Tumori inclusi nel modello	0,1	0,8%

Il dato più rilevante è che quasi il 70% dei costi diretti italiani stimati è concentrato in tre grandi aree: diabete di tipo 2, patologie muscoloscheletriche e malattie cardiovascolari. La politica dell'obesità è quindi, allo stesso tempo, politica diabetologica, cardiovascolare, nefrologica e di tutela della capacità funzionale. La quantificazione delle perdite di produttività consente di rappresentare una componente rilevante del burden economico e sociale dell'obesità, ma integra e non sostituisce la valutazione sanitaria. Il valore dell'accesso alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura non dipende dalla condizione occupazionale o dalla capacità produttiva della persona. Gli effetti su assenteismo, presentismo e partecipazione al lavoro costituiscono quindi una dimensione aggiuntiva dell'analisi economica, da considerare insieme agli outcome di salute, alla qualità di vita, all'equità e al diritto alla cura.

4.2 I €7,5 miliardi che non compaiono nel bilancio del SSN

Condizione	€ mld	Quota stimata dei costi diretti
Assenteismo	2,4	32,0%
Presenteismo	1,7	22,7%
Cura informale	1,4	18,7%
Inattività economica	1,2	16,0%
Mortalità prematura	0,7	9,3%

Fonte: OHE 2026, sezione Italia e Tabelle 2-3. Le percentuali sono rielaborazioni sul totale delle rispettive componenti.

COME LEGGERE I €345 PRO CAPITE — Il valore non rappresenta una spesa individuale sostenuta direttamente da ciascun cittadino né il solo costo a carico del SSN. È l'equivalente pro capite del burden economico complessivo attribuibile al BMI elevato in Italia: la stima OHE/EFPIA di €20,3 miliardi annui, rapportata alla popolazione residente. Il totale comprende costi diretti sanitari (€12,9 miliardi) e costi indiretti economici e sociali (€7,5 miliardi; le componenti sono stimate separatamente e gli arrotondamenti possono produrre lievi differenze nel totale).

5. IL COSTO DELL'INAZIONE: COSA SIGNIFICA DAVVERO

Il burden di 20,3 miliardi non va letto come una somma che il bilancio pubblico potrebbe recuperare integralmente e immediatamente con una singola politica. È, piuttosto, la misura dell'ordine di grandezza delle conseguenze attribuibili al BMI elevato. Serve quindi come base per valutare quanto valore possa essere generato da interventi efficaci, tempestivi e sostenibili.

5.1 Quattro errori di policy da evitare

1. Confondere il riconoscimento della malattia con l'effettiva presa in carico: una norma crea diritti e governance, ma occorrono percorsi, capacità, finanziamento e indicatori.
2. Limitare la strategia alla prevenzione primaria: chi vive già con obesità necessita di diagnosi, trattamento e follow-up di lungo periodo.
3. Valutare gli interventi soltanto dal punto di vista del budget sanitario annuale: una parte importante dei benefici potenziali si manifesta in altri settori e su orizzonti pluriennali.
4. Applicare un modello uniforme: il burden e l'accesso differiscono per territorio, età, condizione socioeconomica, gravità clinica e presenza di complicanze.

4.3 Il burden italiano in un colpo d'occhio



€20,3 mld

costo annuo stimato



€345

per residente / anno



0,9%

del PIL italiano

COME SI COMPONE IL BURDEN



€12,9 mld

COSTI DIRETTI • 63%



€7,5 mld

COSTI INDIRETTI • 37%

PRINCIPALI COSTI DIRETTI



Diabete tipo 2

€3,8 mld



Muscoloscheletrico

€2,5 mld



Cardiovascolare

€2,5 mld

PRINCIPALI COSTI INDIRETTI



Assenteismo

€2,4 mld



Presenteismo

€1,7 mld



Cura informale

€1,4 mld



Inattività

€1,2 mld

Fonte: OHE/EFPIA (2026), The economic burden of overweight and obesity in Europe — Italy factsheet.

5.2 Dal “peso” agli esiti di salute per tutte le età

La finalità di una politica moderna non dovrebbe essere una riduzione del peso come obiettivo isolato, ma la riduzione del rischio e delle complicanze, il miglioramento della funzionalità e della qualità di vita, la prevenzione della progressione di malattia e la riduzione degli eventi cardiovascolari, metabolici, renali e muscoloscheletrici e riguardare tutte le fasce d'età. Questo approccio consente anche di superare una lettura stigmatizzante centrata sulla responsabilità individuale.

DAL COSTO ALL'INVESTIMENTO

Se una quota rilevante del burden deriva da diabete, malattie cardiovascolari, disabilità muscoloscheletrica e perdita di produttività, l'investimento in obesity care deve essere valutato anche per la capacità di evitare o ritardare questi esiti — non soltanto per il costo dell'intervento nell'anno in cui viene erogato.

6. IL CONTINUUM DI PREVENZIONE E CURA

OHE propone di superare la contrapposizione tra prevenzione e trattamento. Una strategia efficace deve agire lungo tutto il continuum: ambienti favorevoli alla salute, prevenzione primaria, identificazione precoce, trattamento comportamentale strutturato, farmacoterapia quando indicata, chirurgia metabolica e bariatrica quando appropriata e gestione cronica delle recidive.

Prevenzione e ambienti

Politiche alimentari e urbane, attività fisica, scuola, comunicazione, fiscalità e regolazione del marketing possono ridurre l'esposizione ai determinanti obesogeni. La responsabilità non può essere trasferita esclusivamente all'individuo.

Interventi comportamentali e sullo stile di vita

Restano una componente fondamentale, ma il report sottolinea che da soli spesso producono una perdita di peso limitata e sono difficili da mantenere nel lungo periodo, soprattutto in una malattia recidivante.

Farmacoterapia

Il panorama terapeutico è in rapida evoluzione. OHE richiama evidenze di riduzioni ponderali maggiori rispetto ai soli interventi comportamentali e potenziali benefici cardiometabolici, ma evidenzia necessità di selezione appropriata, sicurezza, aderenza, continuità e accesso equo.

Chirurgia metabolica e bariatrica

È associata a perdite di peso sostanziali e durature e al miglioramento di complicanze correlate all'obesità. Restano barriere di accesso, capacità dei centri, criteri di eleggibilità e ritardi nella presa in carico.

Long-term management

Poiché l'obesità è recidivante, il successo non coincide con una fase iniziale di dimagrimento: servono follow-up, adattamento terapeutico, monitoraggio delle complicanze e supporto continuativo.

NOTA: *Burden, costo dell'inazione e risparmio non sono concetti equivalenti. Il burden economico misura l'impatto complessivamente attribuibile alla condizione secondo il modello utilizzato. Il costo dell'inazione descrive i costi e le conseguenze che persistono o possono accumularsi in assenza di interventi efficaci. Il risparmio conseguibile rappresenta invece la quota di costi effettivamente evitabile attraverso uno specifico intervento e deve essere dimostrato mediante una valutazione dedicata.*

7. ITALIA 2026: DALLA LEGGE ALL'ATTUAZIONE

L'Italia dispone oggi di una cornice normativa specifica. La Legge 3 ottobre 2025, n. 149, stabilisce principi per la prevenzione e la cura dell'obesità, qualifica l'obesità come malattia progressiva e recidivante, prevede l'accesso alle prestazioni contenute nei LEA, istituisce un programma nazionale e l'Osservatorio per lo studio dell'obesità (OSO). Nel luglio 2026 è stato definito con decreto ministeriale il quadro di composizione dell'Osservatorio.

7.1 Il gap da colmare

Il passaggio decisivo è trasformare il riconoscimento normativo in capacità assistenziale uniforme. Il report OHE osserva che la piena traduzione della legge in obesity care richiede risorse adeguate lungo il continuum e un'effettiva integrazione nei livelli e nei percorsi assistenziali. In termini di policy, il tema non è soltanto “avere una legge”, ma garantire che una persona eleggibile trovi una porta d'accesso, una valutazione multidisciplinare, un trattamento appropriato e un follow-up, indipendentemente dalla Regione di residenza.

7.2 La legge come stimolo, non come esito: una lettura comportamentale dell'attuazione

Il riconoscimento normativo non si traduce automaticamente in presa in carico. Una lettura comportamentale dei sistemi sanitari aiuta a comprenderne le ragioni: la Legge 149/2025 rappresenta uno stimolo che introduce una variazione nel sistema, ma non ne determina automaticamente l'esito. La sua capacità di produrre un cambiamento dipende sia dal significato che la norma assume nei diversi contesti professionali — l'obesità come malattia cronica da prevenire e trattare oppure, ancora, come conseguenza prevalentemente riconducibile alle scelte individuali — sia dalle condizioni organizzative ed economiche che abilitano

o limitano l'azione: PDTA regionali, disponibilità di reti multidisciplinari, modelli di finanziamento, tetti di spesa e silos di bilancio. La stessa norma può quindi tradursi in una presa in carico attiva laddove esistano una rete formalizzata, percorsi assistenziali definiti e una cultura della cronicità, oppure produrre un'adesione prevalentemente formale nei contesti in cui persistano frame colpevolizzanti, frammentazione organizzativa e incentivi concentrati sul contenimento del budget annuale. Ne deriva un'ulteriore indicazione di policy: accanto agli indicatori di input, processo ed esito proposti nella sezione 8, è utile monitorare anche come la norma venga interpretata e tradotta nella pratica da medici di medicina generale, specialisti, professionisti sanitari e decisori regionali, intervenendo in maniera coerente su stimoli, significati e contesti.

In questa prospettiva, lo stigma non rappresenta soltanto un problema etico o comunicativo, ma può diventare una barriera concreta all'implementazione, perché influenza il modo in cui la malattia, la persona con obesità e la stessa necessità di trattamento vengono interpretate all'interno del sistema sanitario. Anche la sequenza temporale degli interventi assume rilevanza. Una campagna informativa che aumenti consapevolezza e domanda di assistenza, se avviata prima che PDTA, servizi e reti multidisciplinari siano effettivamente operativi, rischia di generare una domanda alla quale il sistema non è ancora in grado di rispondere e, paradossalmente, di rafforzare tra cittadini e professionisti la percezione di una norma rimasta "sulla carta".

7.3 Un'agenda italiana in otto azioni

1. Rendere misurabile l'attuazione della Legge 149/2025, con una dashboard nazionale e indicatori regionali.
2. Definire un percorso assistenziale nazionale di riferimento, adattabile dalle Regioni ma con standard minimi omogenei.
3. Integrare medicina generale, pediatria, specialistica, nutrizione clinica, psicologia, attività motoria adattata, farmacoterapia e chirurgia in reti formalizzate.
4. Stratificare l'accesso in base a rischio, complicanze e bisogno clinico, non al solo BMI.
5. Valutare tecnologie e trattamenti con orizzonti pluriennali e prospettiva sociale, includendo eventi evitati, produttività e caregiving.
6. Collegare la politica dell'obesità a diabete, cardiovascolare, malattia renale cronica, oncologia e salute muscoloscheletrica.
7. Investire nella formazione anti-stigma dei professionisti e in una comunicazione pubblica non colpevolizzante.
8. Costruire registri, real-world evidence e sistemi di outcome che consentano di misurare accesso, persistenza terapeutica, complicanze, qualità di vita e impatto economico.

Fonte: Legge 3 ottobre 2025, n. 149; Decreto ministeriale 2026 sull'OSO; OHE 2026, sezione Italia.

8. COME MISURARE SE LA POLICY FUNZIONA

Per evitare che il dibattito resti concentrato sui soli input di spesa, OPEN MIND SET può proporre un set di indicatori di implementazione, accesso, outcome, economia e comportamento. La misurazione deve essere stratificata per Regione, sesso, età, livello socioeconomico e gravità clinica. Tra gli indicatori di implementazione è utile includere anche la conoscenza e l'interpretazione della Legge 149/2025 da parte di medici di medicina generale, specialisti e decisori regionali, gli atteggiamenti verso l'obesità come malattia cronica e la percezione delle barriere organizzative alla presa in carico.

Dimensione	Indicatori proposti
Implementazione	Regioni con PDTA/rete formalizzata; copertura territoriale; tempi di accesso; professionisti formati.
Accesso	Quota di persone eleggibili valutate; accesso a programmi intensivi; farmacoterapia; chirurgia; follow-up a 12/24 mesi.
Esiti clinici	Peso e circonferenza vita dove appropriato; pressione; HbA1c; lipidi; eventi CV; funzione renale; dolore/funzionalità; qualità di vita.
Continuità	Persistenza nel percorso; drop-out; recupero ponderale; re-ingaggio; aderenza ai follow-up.
Equità	Differenze per Regione, genere, età, istruzione/reddito, aree interne e vulnerabilità.
Economia sanitaria	Ricoveri, accessi, farmaci per comorbidità, procedure, costi evitati/ritardati.
Economia sociale	Assenteismo, presenteismo, partecipazione al lavoro, caregiving, disability days.
Valore	Costo per outcome raggiunto; budget impact pluriennale; costo-efficacia; social return on investment quando metodologicamente appropriato.

9. LE CINQUE RACCOMANDAZIONI OHE, TRADOTTE PER L'ITALIA

1. **Riconoscere l'obesità come malattia, non solo come fattore di rischio:** L'Italia ha già compiuto il passaggio normativo. La priorità diventa rendere coerenti organizzazione, finanziamento, accesso e valutazione con il modello di cronicità.
2. **Contrastare lo stigma:** Inserire standard di comunicazione e formazione professionale; misurare esperienze di discriminazione e rinuncia alle cure; evitare campagne centrate su colpa e volontà individuale.
3. **Garantire l'intero continuum di prevenzione e trattamento:** Passare da interventi episodici a percorsi integrati e lifelong, con accesso appropriato alle diverse opzioni terapeutiche e follow-up.
4. **Generare evidenze rilevanti per i decisori:** Produrre real-world evidence italiana su outcome a lungo termine, eventi evitati, costi sanitari, lavoro e caregiving; integrare questi elementi nei processi di HTA e programmazione.
5. **Integrare l'obesità nelle strategie cardiovascolari e NCD:** Collegare gli obiettivi di obesity care ai target su diabete, rischio cardiovascolare, pressione, lipidi, malattia renale e prevenzione degli eventi, anche nel quadro europeo del Safe Hearts Plan.
6. **Dimensione comportamentale – dalla norma alla pratica:** Valutare come cambia nel tempo e tra le Regioni la traduzione della Legge 149/2025 nella pratica professionale e organizzativa, considerando la conoscenza e interpretazione della norma, gli atteggiamenti e lo stigma, la raduzione in comportamento professionale.

PROPOSTA OPEN MIND SET – UN "OBESITY IMPACT TEST"

Ogni nuova misura nazionale o regionale sull'obesità potrebbe essere valutata ex ante ed ex post su sei dimensioni: salute, equità, accesso, sostenibilità del SSN, impatto economico-sociale e dimensione comportamentale. La dimensione comportamentale dovrebbe misurare come professionisti e decisori interpretano la misura, quali comportamenti essa effettivamente modifica e in che misura il contesto organizzativo ne facilita o ne ostacola l'attuazione. Questo renderebbe confrontabili interventi diversi e ridurrebbe il rischio di decisioni basate sul solo costo di breve periodo. Costo-efficacia: l'intervento produce benefici di salute adeguati rispetto alle risorse impiegate? Risparmio netto: i costi evitati grazie all'intervento superano i costi necessari per realizzarlo?

Sostenibilità di bilancio: il sistema sanitario può sostenere concretamente l'impatto finanziario dell'intervento nel breve e medio periodo, considerando popolazione eleggibile, diffusione dell'intervento e risorse disponibili?

Un intervento può quindi essere costo-efficace senza essere cost-saving e, allo stesso tempo, può essere costo-efficace ma richiedere una programmazione specifica per risultare sostenibile dal punto di vista del budget.

10. MESSAGGI PER I DECISORI

Per il Ministero della Salute: L'obesità è una priorità di cronicità: servono una rapida applicazione della Legge 149/2025, standard assistenziali, outcome nazionali e attuazione uniforme.

Per MEF e decisori economici: Il 37% circa del burden italiano stimato è indiretto: la valutazione non può fermarsi al budget sanitario.

Per le Regioni: La variabilità di accesso rischia di trasformare un diritto nazionale in opportunità territorialmente diseguali.

Per i professionisti: La presa in carico deve essere multidisciplinare, non stigmatizzante, stratificata e orientata alle complicità.

Per il mondo del lavoro: Assenteismo e presenteismo valgono insieme oltre 4 miliardi nella stima OHE italiana: workplace health e accesso alle cure sono anche politiche di produttività.

Per pazienti e cittadini: Riconoscere l'obesità come malattia significa superare la colpevolizzazione e costruire accesso a prevenzione, cura e supporto di lungo periodo.

Conclusione

Il contributo più importante del report OHE è rendere esplicito che l'obesità non è una voce marginale della sanità, ma una condizione che produce conseguenze sistemiche. Per l'Italia, 20,3 miliardi di euro annui rappresentano un segnale di scala: prevenire, diagnosticare e trattare in modo appropriato l'obesità non significa soltanto aumentare la spesa sanitaria nel breve periodo, ma decidere come allocare risorse oggi per ridurre complicità, disabilità e perdite economiche domani.

La Legge 149/2025 ha aperto una nuova fase. Il passaggio successivo è trasformare il riconoscimento in presa in carico reale, misurabile ed equa.

NOTA METODOLOGICA PER LA LETTURA DEI DATI

- I valori sono stime modellistiche del burden attribuibile al BMI elevato, non spesa contabile direttamente osservata in un singolo capitolo di bilancio.
- Il totale italiano riportato da OHE (20,3 mld) presenta un lieve effetto di arrotondamento rispetto alla somma delle componenti pubblicate (12,9 + 7,5).
- Le quote percentuali delle singole voci italiane riportate in questo brief sono rielaborazioni aritmetiche sui valori OHE.
- Le stime non monetizzano separatamente i QALY persi oltre alle perdite di produttività, per ridurre il rischio di doppio conteggio; OHE considera pertanto il proprio approccio prudente rispetto ad alcune stime più ampie.
- L'associazione attribuibile al BMI elevato è calcolata tramite PAF e dipende da assunzioni epidemiologiche, fonti nazionali e trasferibilità di alcuni parametri.
- I numeri non devono essere interpretati come rispar-

mio automaticamente e integralmente realizzabile da un singolo intervento.

TRASPARENZA

Il report OHE è un Contract Research Report commissionato e finanziato dalla European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA). OHE dichiara che i propri Contract Research Reports sono sottoposti a qualità assurance interna e revisione esterna e che le opinioni espresse sono degli autori e non necessariamente dell'organizzazione. Questo elemento di finanziamento deve essere considerato nella lettura critica, senza sostituire la valutazione della metodologia e delle fonti.

EFPIA: IL COMMITTENTE DELLA RICERCA

EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) rappresenta l'industria biofarmaceutica operante in Europa. La Federazione riunisce associazioni nazionali, grandi imprese farmaceutiche e PMI e dichiara come propria missione la creazione di un ambiente collaborativo favorevole a innovazione, ricerca, sviluppo e accesso a nuove terapie e vaccini.

Il report OHE 2026 analizzato in questo OPEN MIND SET è un Contract Research Report commissionato e finanziato da EFPIA; tale informazione è quindi parte integrante della lettura trasparente dell'evidenza.

OHE – OFFICE OF HEALTH ECONOMICS

OHE – Office of Health Economics è un'organizzazione indipendente di ricerca e consulenza specializzata in economia sanitaria (health economics), con sede nel Regno Unito. Svolge analisi su temi quali valutazione economica degli interventi sanitari, HTA, accesso all'innovazione, sistemi sanitari, produttività e impatto economico delle malattie.

Scheda italiana EFPIA: https://www.efpia.eu/media/uowdn-lbc/efpia-burden-of-obesity-in-europe_ita.pdf

Report OHE completo: <https://www.ohe.org/wp-content/uploads/2026/09/The-economic-burden-of-elevated-BMI.pdf>

EFPIA articolo: <https://www.efpia.eu/news-events/the-efpia-view/statements-press-releases/overweight-and-obesity-linked-to-278-000-deaths-and-the-loss-of-8-million-years-of-healthy-life-in-8-european-countries/>

RIFERIMENTI ESSENZIALI

1. Bray G, Oyalo P, El Bahawi H, Subramaniyan S, Skedgel C. The Economic Burden of Overweight and Obesity in Europe. Office of Health Economics, Contract Research Report, London, September 2026.
2. Office of Health Economics. The economic burden of overweight and obesity in Europe. Publication page, 24 September 2026.
3. Legge 3 ottobre 2025, n. 149. Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 235, 9 ottobre 2025.
4. Ministero della Salute. Direttiva generale per l'attività amministrativa e la gestione 2026: obiettivi relativi alla

costituzione dell'Osservatorio per lo studio dell'obesità e al programma nazionale.

5. Decreto 2026 del Ministero della Salute relativo alla composizione dell'Osservatorio per lo studio dell'obesità (OSO), in attuazione dell'art. 4 della Legge 149/2025.
6. OPEN Italy / IBDO Foundation. Global Obesity: la pandemia silenziosa del XXI secolo – analisi, previsioni e implicazioni di una crisi sanitaria planetaria. OPEN MIND SET, 2025.
7. World Health Organization / Global Health Observatory e Global Burden of Disease 2023, come fonti epidemiologiche utilizzate nel report OHE.
8. EFPIA/OHE. The burden of elevated BMI in Italy. Italy country factsheet, 2026.
9. OBESITY MONITOR- ITALIAN BAROMETER OBESITY REPORT 2026

LINK DI CONSULTAZIONE

Report OHE analizzato: <https://storagehub.homnya.net/cm-simage/2026/09/the-economic-burden-of-elevated-bmi.pdf>

Pagina OHE: <https://www.ohe.org/publications/the-economic-burden-of-overweight-and-obesity-in-europe/>

Legge 149/2025 – Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2025/10/09/25G00158/SG>

Obesity Monitor di IBDO Foundation : <https://online.fliphtml5.com/tjnze/REPORT-obesity-2026/#p=1>

COS'È OPEN ITALY E COS'È OPEN MIND SET

Il network OPEN (Obesity Policy Engagement Network) ITALY è una iniziativa di advocacy istituzionale sull'obesità collegata a un'iniziativa globale animata dalla World Obesity Federation, che ha l'obiettivo, attraverso il confronto reciproco e lo scambio di best practice, di sostenere il percorso nazionale di ogni Nazione aderente per il raggiungimento degli obiettivi di policy per la prevenzione e la cura dell'obesità.

Attraverso la rete nazionale e 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 Italy 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.

Obiettivo di OPEN ITALY è 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.*

OPEN MIND SET è un tool di discussione e approfondimento su temi di politica sanitaria, sociali, economici e clinici per favorire il dibattito istituzionale e l'advocacy sull'obesità.

NOTA EDITORIALE

Questo documento è una rielaborazione italiana in formato policy brief del report OHE 2026. Non sostituisce il report originale né costituisce una pubblicazione ufficiale di OHE o EFPIA. Le proposte di policy e gli indicatori presentati nelle sezioni italiane sono elaborazioni per OPEN MIND SET.

RINGRAZIAMENTI

OPEN Italy e gli autori ringraziano il Ministro della Salute, Prof. Orazio Schillaci, e il Sottosegretario, On. Marcello Gemmato; il Presidente della XII Commissione della Camera dei Deputati, On. Ugo Cappellacci; il Presidente della X Commissione del Senato della Repubblica, Sen. Francesco Zaffini; i Presidenti dell'Intergruppo parlamentare obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili, On. Roberto Pella e Sen. Daniela Sbröllini, e tutti i parlamentari componenti dello stesso; le società scientifiche e le associazioni di pazienti aderenti o partner di OPEN Italy e la World Obesity Federation per il supporto dato alle politiche sull'obesità in Italia, che ha trovato piena finalizzazione nell'approvazione della legge 149/2025, la prima al mondo a riconoscere l'obesità come malattia cronica.



OPEN MIND SET

Numero 1 - Ottobre 2026



Editore

Altis Omnia Pharma Service S.r.l.

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Ivana Marcon

CONTATTI

+39 02 495383300

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nota dell'Editore: nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Aut. Trib. Milano 457/2012 - Numero di iscrizione al RoC 26499