

L'obesità nel Piano Nazionale Cronicità: un profondo cambio di paradigma

Piercarlo Salari

Medico e divulgatore medico scientifico – Milano

OBESITÀ



L'inclusione dell'obesità nel Piano Nazionale Cronicità (PNC), approvata in Conferenza Stato-Regioni, segna **una svolta nel riconoscimento dell'obesità come malattia cronica e non più come semplice condizione estetica** legata a stili alimentari e di vita scorretti. Un passaggio che apre la strada all'inserimento della patologia nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e al conseguente accesso a percorsi strutturati di trattamento: si tratta di un risultato atteso da tempo, che riconosce la dimensione clinica, sociale e culturale dell'obesità, condizione che **in Italia interessa oltre 6 milioni di individui** e si associa a un elevato rischio di diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari e neoplasie. Il suo inserimento nel PNC, pertanto, merita di essere considerato non un semplice atto normativo ma una tappa miliare sotto il profilo culturale, in quanto pone fine a una visione subdolamente colpevolizzante del paziente, al quale restituisce dignità e pieno riconoscimento del diritto alla salute.

Dalla cultura alla cura

L'obesità continua a essere oggetto di stigma e discriminazione, spesso con delle ripercussioni psicologiche che aggravano l'isolamento e che ostacolano l'aderenza terapeutica: riconoscerla come malattia cronica significa non solo legittimare l'accesso alle cure, ma anche **promuovere una visione inclusiva della persona e della salute**, in linea con i principi della medicina di iniziativa e della promozione del benessere globale.

Per il medico di medicina generale (MMG) questo si traduce in un cambiamento radicale di paradigma e soprattutto nell'assunzione di un ruolo attivo di lungo termine. Un tema centrale nella gestione dell'obesità riguarda il compito del curante di dare spazio alla narrazione del proprio assistito (motivazioni, vissuti, possibili cause multifattoriali) e di offrirgli supporto motivazionale nel suo contesto biopsicosociale. Il PNC riconosce infatti al territorio un ruolo centrale nel coordinamento degli interventi, ragion per cui il MMG diventa il punto di riferimento clinico e relazionale per il paziente, nonché, al tempo stesso, garante di continuità assistenziale.

Diagnosi e stratificazione del rischio

Come in tutte le malattie croniche un presupposto fondamentale è **la diagnosi, che deve essere appropriata e tempestiva**. A tale riguardo, è opportuno precisare che le linee guida più aggiornate sottolineano che il solo indice di massa corporea (BMI) è insufficiente per definire il rischio individuale: altri indicatori, come la circonferenza vita, quantità e distribuzione della massa adiposa ed eventuali complicanze correlate, sono essenziali per una valutazione completa.

In ambito territoriale si potrebbero identificare e suggerire tre principali indicazioni operative:

- **misurazione regolare** di peso, altezza, calcolo dell'indice di massa corporea (BMI) e valutazione della circonferenza vita e/o del rapporto vita/altezza;
- **identificazione di comorbidità metaboliche** (per esempio diabete di tipo 2, ipertensione, dislipidemie, steatosi epatica, apnee notturne);
- **stratificazione del paziente** in rapporto alla classe di gravità e al livello di rischio: le linee guida italiane di recente sviluppo suggeriscono che per un BMI ≥ 27 kg/m² con almeno una comorbidità, o per un BMI ≥ 30 kg/m², sia opportuna una valutazione specialistica.
-

Spunti pratici per un modello gestionale integrato

Il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica implica che il percorso terapeutico sia strutturato, multidisciplinare e continuativo. Le evidenze raccomandano un modello di gestione integrato, a partire dal cambiamento dello stile di vita (alimentazione, attività fisica, modifica comportamentale), che per il MMG si può concretizzare in alcuni interventi, tra cui:

- **l'adozione di un approccio educativo e comunicativo efficace**: a tale scopo sono fondamentali l'impiego da parte del MMG di un linguaggio non giudicante ("persona con obesità" anziché "obeso") e la progressiva costruzione di un'alleanza terapeutica;
- **la condivisione con il paziente**, sin dal primo momento di presa in carico, di obiettivi realistici, alla luce del fatto che, per esempio, già una perdita del 5-10% del peso corporeo si associa a dei benefici clinici significativi;
- **il coordinamento della rete di intervento**, attraverso l'invio del paziente ad altri professionisti (per esempio nutrizionista, psicologo, fisiatra, endocrinologo, chirurgo bariatrico) e la predisposizione di percorsi assistenziali condivisi con i centri specialistici e/o le istituzioni sanitarie del proprio territorio;
- **il counseling e il monitoraggio**: programmazione di visite di follow-up nel tempo, screening opportunistico del peso e delle comorbidità, controllo dei parametri metabolici (glicemia, emoglobina

- glicata, profilo lipidico, funzionalità epatica), pressione arteriosa e qualità di vita;
- **la collaborazione con eventuali iniziative regionali o programmi aziendali per l'obesità**, alla luce del fatto che il nuovo riconoscimento dell'obesità nei LEA consentirà di ampliare le offerte territoriali (gruppi, ambulatori obesità, programmi promossi dalla regione).

Riflessione conclusiva

Il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica nel PNC rappresenta **un'importante opportunità di trasformazione per la medicina territoriale e per il ruolo del MMG**, in qualità di promotore di salute. Affrontare l'obesità non significa soltanto fornire delle indicazioni su dieta e attività fisica, ma assumere una visione sistemica orientata alla persona. È una sfida gestionale, ma anche un'occasione di rafforzare l'assistenza primaria e dare risposte più efficaci e appropriate ai pazienti.

Bibliografia di riferimento

- Singh V, Sun J, Cheng S, et al. Obesity as a Chronic Disease: A Narrative Review of Evolving Definitions, Management Strategies, and Cardiometabolic Prioritization. *Adv Ther* 2025;42:5341-5364. <https://doi.org/10.1007/s12325-025-03352-y>
- Barazzoni R, Buscemi S, Busetto L, et al. Correction: Development of the Italian clinical practice guideline on diagnosing and treating obesity in adults: scope and methodological aspects. *Eat Weight Disord* 2025;30:68. <https://doi.org/10.1007/s40519-025-01776-7>. Erratum for: *Eat Weight Disord* 2025;30:47. <https://doi.org/10.1007/s40519-025-01747-y>
- Guglielmi V, Capoccia D, Russo B, et al. Knowledge, experiences, and perceptions relating to obesity management among primary care physicians in the Lazio Region, Italy. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2023;14:1249233. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1249233>
- Buscemi S, Busetto L, Pagotto U, et al. The burden of obesity in primary care in Italy: Italian real-world overweight/obesity study (ITROS). *Eat Weight Disord* 2025;30:83. <https://doi.org/10.1007/s40519-025-01791-8>
- Nadolsky K, Garvey WT, Agarwal M, et al. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Algorithm for the Evaluation and Treatment of Adults with Obesity/Adiposity-Based Chronic Disease – 2025 Update. *Endocr Pract* 2025;31:1351-1394. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2025.07.017>

© Copyright by Pacini Editore Srl

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

www.pacinimedica.it/medicina_famiglia/

Pubblicato nel mese di novembre 20245
rif. 55269