

Dati Economici

Daniela d'Angela, C.R.E.A. Sanità, Saint Camillus International University

Cristina Giordani, Ministero della Salute, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Barbara Polistena, C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Federico Spandonaro, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Introduzione

L'obesità è una patologia cronica, risultante da una complessa interrelazione tra fattori biologici, psicosociali e comportamentali, che includono aspetti genetici, socioeconomici e culturali. I profili di consumo, lo sviluppo economico e l'urbanizzazione, nonché gli stili di vita in generale, hanno un rilevante impatto sulla patologia; ne segue che, a livello mondiale, si assiste ad un incremento rilevante della prevalenza: obesità e sovrappeso sono cresciuti fra il 1980 e il 2013 del 27,5% per gli adulti e del 47,1% per i bambini, raggiungendo il livello di 2,1 miliardi di soggetti affetti. La prevalenza avrebbe raggiunto il 10,8% fra gli adulti maschi e il 14,9% fra le femmine [NCD Risk Factor Collaboration, 2016].

La dinamica del fenomeno si conferma con gli ultimi dati rilasciati a livello internazionale [OECD, 2019] che rilevano come in 34 dei 36 Paesi membri OECD più della metà della popolazione sia in sovrappeso e almeno una persona su 4 sia obesa; il tasso medio di obesità negli adulti sarebbe cresciuto dal 21% rilevato nel 2010 al 24% del 2016 (pari a ulteriori 50 milioni di obesi). Con riferimento alle differenze di genere, nei Paesi OECD è obeso il 23,1% delle donne e il 23,2% degli uomini. Percentuali simili si registrano nei Paesi EU28, mentre tra i Paesi del G20 c'è una maggiore prevalenza tra le donne (23,6% contro il 19,4% degli uomini).

Con riferimento al nostro Paese, nel 2016 si registrerebbe un tasso di prevalenza di obesità tra gli adulti (standardizzato per età) pari al 19,9% (la percentuale sale al 58,5% per la prevalenza di sovrappeso), risultando uno dei Paesi a economia sviluppata con la minore prevalenza di obesi.

La situazione è, però, peggiore rispetto alla maggior parte degli altri Paesi se si considera la prevalenza di obesità tra i ragazzi nella classe di età 5-19 anni: sempre considerando i tassi standardizzati per età, nel 2016 il dato si attesta al 12,5%, rispetto ad una media EU28 del 9,3% ed una media OECD del 9,9%.

L'obesità è, altresì, un rilevante fattore di rischio per altre patologie [Apovian, 2016; Blüher, 2019]. Gli obesi (BMI > 40 kg/m²) hanno un maggiore rischio di sviluppare il diabete (OR, 7,37; 95% CI, 6,39-8,50), l'ipertensione (OR, 6,38; 95% CI, 5,67-7,17), la dislipidemia (OR, 1,88; 95% CI, 1,67-2,13), l'asma (OR, 2,72; 95% CI, 2,38-3,12) e l'artrite (OR, 4,41; 95% CI, 3,91-4,97), oltre ad un maggiore rischio di eventi cardiovascolari, ictus, malattie della cistifellea e del fegato, demenza, apnea notturna e alcune forme di cancro [Blüher, 2019; Mokdad, 2003].

È stato stimato che ogni incremento di 5 unità del BMI oltre 25 kg/m², implichi un aumento della mortalità generale del 29%, di quella vascolare del 41%, e di quella correlata con il diabete del 210%; in generale l'aspettativa di vita può ridursi di 5-20 anni a seconda della gravità della condizione e delle comorbidità [Blüher, 2019; Whitlock, 2009].

In Europa [Cuschieri, 2016] è stato riportato che l'obesità sarebbe stata responsabile nel 2013 di oltre 1 milione di morti e 12 milioni di anni di vita in cattiva salute.

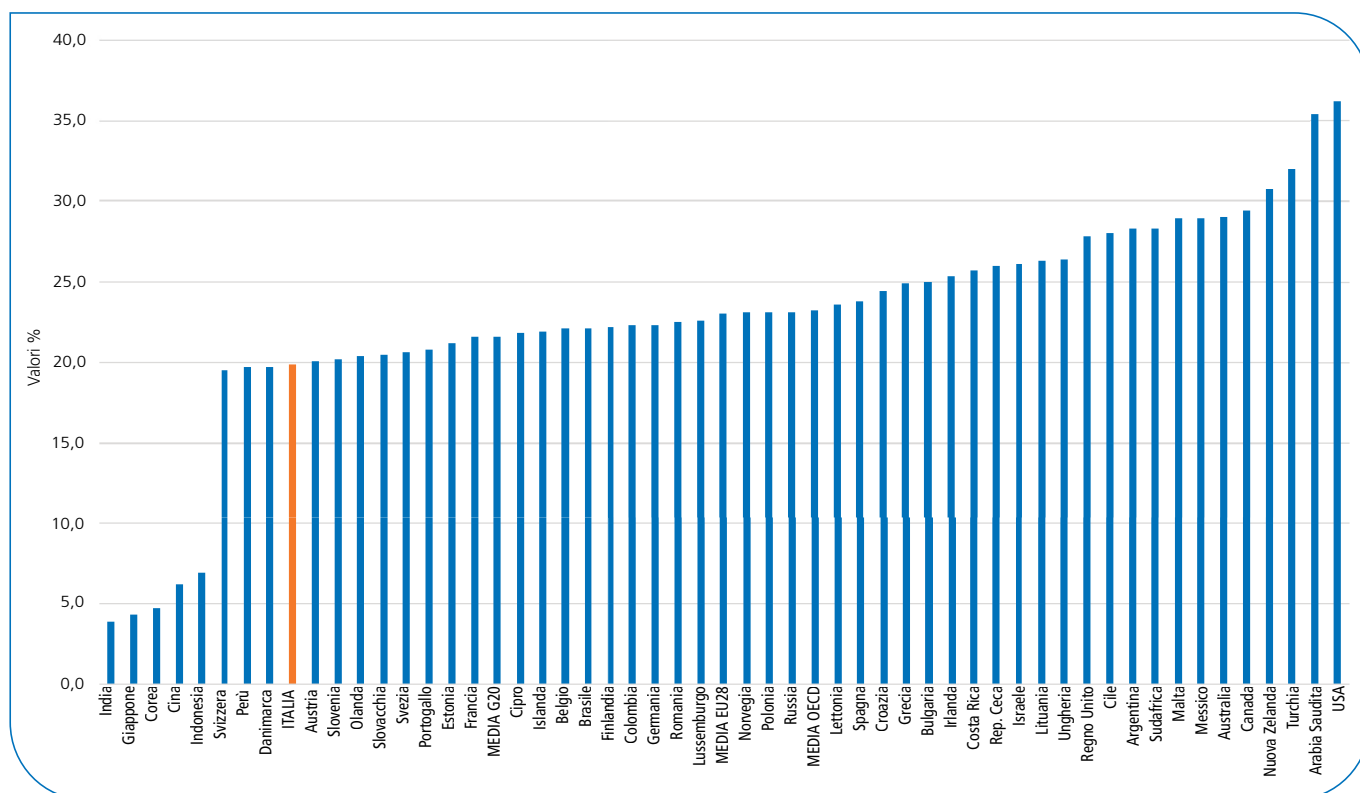
Si stima che tra il 2020 e il 2050 il sovrappeso e le patologie correlate saranno responsabili di 92 milioni di morti premature nei Paesi OECD, implicando un impatto negativo sull'aspettativa di vita pari a circa tre anni [OECD, 2019].

Ne segue che l'obesità implica un rilevante impatto economico, non limitato ai soli costi per le vite perse.

Una recente revisione [Tremmel, 2017] riporta che l'impatto economico globale dell'obesità ammonterebbe a \$ 2,0 miliardi nel 2014, ovvero al 2,8% del PIL dei Paesi analizzati; sul versante dei costi sanitari è stato stimato che un obeso in media registra un onere del 36% maggiore rispetto ai soggetti normopeso [Sturm, 2002].

Si stima che nei Paesi OECD, nei prossimi 30 anni, trattare le malattie causate dall'obesità arriverà a costare in media l'8,4% della spesa sanitaria totale (senza considerare la spesa per long term care). In tali Paesi l'impatto economico dell'obesità è stimato in \$ PPP (Purchasing Power Parity) 423 miliardi annui.

Figura 1. Prevalenza di obesità tra gli adulti, 2016



Tassi standardizzati per età.

Fonte: OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.

Il peso economico dell'obesità ha un impatto sociale che è largamente superiore a quello attribuibile ai costi sanitari: i bambini obesi risultano maggiormente assenti da scuola e maggiormente esposti a fenomeni di bullismo, con un impatto confermato da un minore livello di istruzione, un minore salario medio fra gli adulti [Apovian, 2016]; vanno, quindi, considerate le perdite di produttività per assenze dal lavoro e la minore produttività delle ore lavorate; inoltre, vanno considerati i costi per la Società derivanti dagli adattamenti necessari per accogliere gli obesi, come quelli per i posti nei trasporti, nelle ambulanze, nei letti degli ospedali, etc..

Si stima che nei Paesi OECD il sovrappeso sarà responsabile (2020-2050) di una perdita pari al 3,3% del PIL, e implicherà un maggiore onere fiscale individuale di \$ PPP 359 annui.

La valutazione degli aspetti economici relativi all'obesità è, quindi, materia estremamente ampia e complessa.

Nel seguito vengono analizzate le evidenze disponibili, distinguendo gli studi sulla base dei diversi approcci che caratterizzano le analisi economiche in campo sanitario; in primo luogo si analizzano gli studi cosiddetti di Cost of Illness: pur non rappresentando valutazioni economi-

che, in quanto non comparano l'efficienza di strategie alternative, tali studi, tesi a quantificare il burden economico delle patologie, hanno un ruolo nella definizione e prioritizzazione delle politiche sanitarie. In secondo luogo si analizzano alcune evidenze derivanti dalle valutazioni economiche costi-conseguenze: esse sono determinanti nella scelta efficiente delle alternative di intervento. Quindi, si analizza quanto descritto dagli studi di budget impact, che completano i precedenti, aggiungendo una valutazione finanziaria che permette di valutare la sostenibilità delle scelte operate. Seguono alcune brevi riflessioni finali.

Gli studi di Cost of Illness

Sulla base dei risultati di una recente revisione sistematica [Tremmel, 2017] degli studi di Cost of Illness applicati all'obesità, ed una precedente condotta in Italia [Specchia, 2014], è possibile osservare che, malgrado la medio-buona qualità dei singoli studi, l'evidenza disponibile è ancora insufficiente.

In particolare, larga parte degli studi si riferisce alla realtà USA, dove la prevalenza di obesità è molto elevata; inol-

tre (e rimandando alla sinossi contenuta nei lavori citati per i dettagli), è stato rilevato come gli studi non siano strettamente comparabili, in quanto riferiti ad anni, aree geografiche, come anche prospettive e orizzonti temporali, diversi, oltre che a campioni di popolazione non sempre rappresentativi delle popolazioni dei Paesi analizzati. In particolare, appare difforme l'estensione delle valutazioni ai costi indiretti (molto variabili: da circa il 20% a oltre il 100%) e agli effetti delle patologie correlate, per le quali l'obesità è un fattore di rischio.

Con i caveat del caso, e rimarcando la presenza di una forte variabilità dei risultati, osserviamo come i costi annui per paziente siano stati stimati fino ad un massimo di circa \$ 34.000, di cui \$ 20.000 per i costi diretti sanitari (USA, adulti, nella prospettiva della Società); estendendo al ciclo di vita si arriva a oltre \$ 170.000 (USA, anziani over 65, nella prospettiva del terzo pagante).

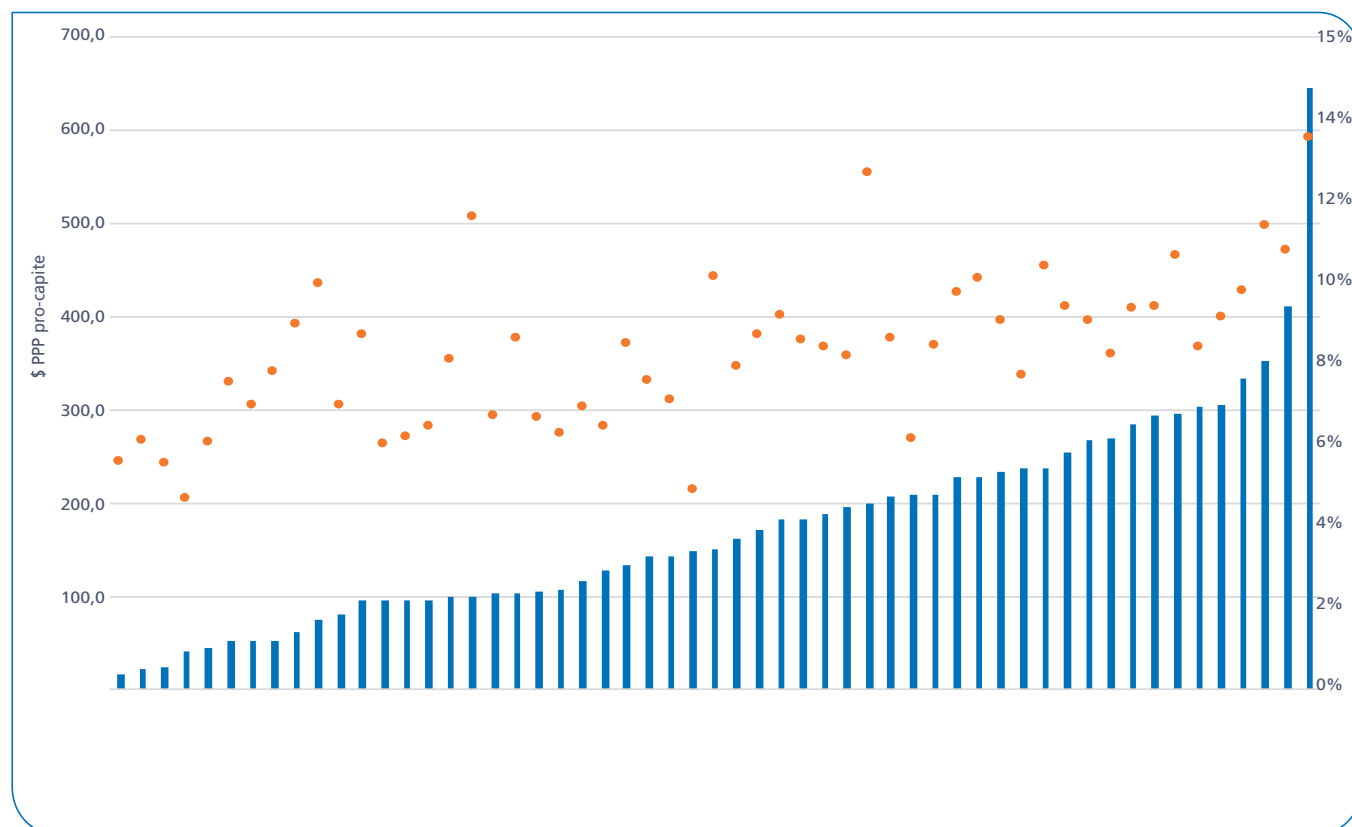
Per gli USA è stato stimato che circa il 10% dei costi per l'assistenza sanitaria sarebbe attribuibile all'obesità, essendo l'ammontare del burden economico raddoppiato in 10 anni (WHO): questo incremento sarebbe, per oltre due terzi, attribuibile all'aumentata prevalenza e, in misura minore, all'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria.

L'incidenza sul totale dei costi per la Sanità, nei vari Paesi, ovviamente differisce in funzione della prevalenza: l'intervallo rilevato varia dallo 0,7% al 6,0% [Spieker, 2016]. In Europa per l'obesità e il sovrappeso si spende fra l'1,9% e il 4,7% della spesa annua sanitaria totale e il 2,8% di quella ospedaliera [Cuschieri, 2016].

Per quanto concerne il rapporto fra pazienti obesi e normopeso, i costi dei primi sono stimato nell'ordine del più 40-80% (studio USA su pazienti Medicare); in una revisione per l'Europa il dato è pari al 42,7% [Cuschieri, 2016].

Una revisione sistematica degli studi Cost of Illness condotti in USA [Kim 2016], per mezzo di una metanalisi, giunge a concludere che il costo incrementale attribuibile all'obesità sarebbe di \$ 1.910, pari ad una stima a livello nazionale di \$ 149,4 miliardi, un valore sostanzialmente intermedio rispetto a quelli degli studi precedenti. La variabilità del risultato è in larga misura dovuta all'età dei gruppi considerati e alle comorbidità incluse nell'analisi. Con riferimento all'area OECD, le ultime stime disponibili sul burden economico dovuto al sovrappeso prevedono che, nei prossimi 30 anni, la spesa si attesterà all'8,4% della spesa sanitaria totale (al netto della spesa per long

Figura 2. Spesa sanitaria annua associata al sovrappeso, media 2020-2050



Fonte: OECD (2019), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.

term care), con una alta variabilità tra i Paesi: escludendo quelli a più basso sviluppo economico, si passerà dal 14% in USA a meno del 5% in Estonia. In termini assoluti, l'impatto è stimato in \$ PPP 423 miliardi annui, a \$ PPP 209 medi pro-capite (\$ PPP 195 per i Paesi EU28). Per l'Italia la stima è del 6%, con un costo pro-capite di \$ PPP 234.

Per l'Italia non è stato possibile reperire studi di Cost of Illness, oltre alle stime sviluppate all'interno di progetti internazionali.

Il dato ricavato a livello nazionale più attendibile ad oggi disponibile è quello derivante nell'ambito del progetto SiSSI, il quale stima che l'eccesso ponderale sia responsabile del 4% della spesa sanitaria nazionale, per un totale di circa € 4,5 miliardi (2012). Lo studio ha anche documentato come la spesa sanitaria degli obesi sia, rispetto a individui normopeso, del 18% più alta (del 41% negli obesi severi, e del 50% negli obesi con BMI >40). In termini assoluti, il costo incrementale di un obeso severo/molto severo sarebbe di € 450-550, con una prevalenza dei costi relativi ai ricoveri ospedalieri [Atella, 2015].

In definitiva, pur essendo internazionalmente condivisa la preoccupazione per gli effetti sulla salute della crescente prevalenza di obesità e, di conseguenza, per i relativi impatti economici, bisogna osservare che lo stato dell'arte a livello di studi di Cost of Illness non è ancora soddisfacente, evidenziando la necessità di maggiori investimenti sulla conoscenza, e specialmente sulla quantificazione dei fenomeni.

Le numerose, e sufficientemente recenti, revisioni reperite offrono un quadro concorde per quanto concerne l'importanza dei fenomeni in oggetto, sia sul lato epidemiologico che su quello economico; la dinamica dell'impatto economico è fortemente legata a quella dell'evoluzione epidemiologica, più che a un rilevante costo unitario degli interventi (preventivi e/o terapeutico-assistenziali).

Per quanto concerne la stima degli impatti economici, la variabilità osservata negli studi lascia ancora eccessiva incertezza sulla loro corretta valutazione.

Sul versante del costo complessivo, rileva prima di tutto la quantificazione dei casi prevalenti, che varia non solo da Paese a Paese, determinando problemi di trasferibilità dei risultati (e gran parte degli studi sono stati sviluppati sulla popolazione USA), ma anche in base alla fonte del dato.

Esiste ampia evidenza del fatto che i dati di prevalenze riferiti dai partecipanti alle survey sottostimino il fenomeno.

Ad esempio, per l'Italia, secondo i dati Istat (Indagine multiscopo)/Eurostat nonché il dato ISS-PASSI (dato riferito) la prevalenza di obesità in Italia (2015) sarebbe del 10%.

Uno studio svolto sul database Health Search (data set HS-CSD LPD - SiSSI) su dati rilevati dai Medici di Medicina Generale sui propri pazienti, riporta una prevalenza del 26% [Atella, 2015], superando quelli, anch'essi rilevati, del progetto ISS-CUORE (17% dei maschi, 21% delle femmine).

Una misura intermedia è quella proposta per l'Italia nell'ambito del progetto Global Burden of Disease Study, prodotta da stime effettuate su dati rilevati, che si posiziona al 20% [GBD collaboration, 2016].

Una differenza di prevalenza del 50-60% evidentemente comporta una proporzionale modifica del dato riferito all'onere economico complessivo, rendendolo estremamente aleatorio.

Si aggiunga che, sul versante dei costi unitari, nessuno studio considera esaustivamente tutte le fonti di costo derivanti dall'obesità: in particolare quelli derivanti dalle patologie indotte dall'obesità (il cui spettro è diversamente assunto nei vari studi), e quelli relativi ai costi sociali non sanitari; anche i costi indiretti quali le perdite di produttività, sono considerati in un numero limitato di studi.

Infine, va rilevato che la mancanza di studi nazionali, come nel caso dell'Italia, rappresenta un ulteriore e importante limite, nella misura in cui i dati di costo sono notoriamente difficilmente trasferibili, a causa dei diversi costi unitari dei servizi sanitari, delle diverse organizzazioni dell'assistenza e delle diverse politiche di intervento preventivo messe in atto.

Gli studi Costo-Conseguenze

La scienza economica è essenzialmente deputata a supportare le scelte sociali. Per questo motivo le valutazioni economiche richiedono la congiunta considerazione dei costi e dei benefici degli alternativi interventi disponibili.

Questo è l'approccio dell'analisi Costi-Conseguenze, che misura la costo-efficacia o la costo-utilità dei possibili interventi (tecnologie) atti a contrastare l'obesità.

Gli approcci proposti in letteratura per fronteggiare l'"epidemia" di obesità sono molteplici.

Sul versante preventivo possiamo classificarli in micro e macro-interventi: i primi indirizzati a individui specifici o a comunità; i secondi si muovono, invece, in una logica di popolazione (population-based).

Fra i primi si spazia dalla promozione del controllo del peso in gravidanza, alle politiche che promuovono corretti stili di vita, sul versante alimentare e su quello dell'attività fisica, in scuole e luoghi di lavoro.

Fra i secondi si annoverano ancora le campagne di sensibilizzazione in favore di salutari stili di vita e le politiche di incentivazione (ad es. riduzione del prezzo) di cibi salutari o disincentivazione (tassazione) dei cibi

dannosi o ipercalorici.

Un secondo livello di intervento è quello relativo alle azioni che hanno come obiettivo la perdita di peso.

Fra questi si possono distinguere le attività di supporto (diete, con eventuali varie forme di monitoraggio), l'uso di terapie farmacologiche e la chirurgia bariatrica con il conseguente utilizzo di dispositivi medici.

Nella scelta delle tecnologie, e quindi degli investimenti pubblici nel settore, giocano un ruolo fondamentale gli studi di comparazione.

Allo stesso tempo va tenuto conto del fatto che i pazienti obesi non sono eleggibili a tutte le tecnologie citate, e quindi i risultati degli studi comparativi non sempre sono applicabili in modo generalizzato.

Con i caveat espressi, esiste evidenza sul fatto che le politiche di prevenzione applicate all'obesità, nelle aree dell'educazione e promozione della salute, regolamentazione e politiche fiscali, counselling nell'assistenza primaria, risultano efficaci e anche tendenzialmente costo-efficaci a medio-lungo termine [Sassi, 2010]. In particolare, gli interventi sui bambini necessitano di molti anni prima di dispiegare i propri effetti positivi; questa tesi trova conferma in un recente studio, condotto in Australia, che evidenzia come ci si possa potenzialmente aspettare che gli interventi preventivi sui bambini molto piccoli (2-5 anni) siano significativamente costo-efficaci, purché si possa assumere che gli effetti siano mantenuti nel tempo [Brown, 2019].

Nei 5 Paesi considerati nello studio, fra cui l'Italia, il counselling nell'assistenza primaria è l'area con il maggiore impatto sugli esiti (misurati in anni di vita liberi da disabilità), ma anche il più costoso. Tenendo peraltro conto che lo specifico impatto in Italia è minore, presumibilmente essendo già ampiamente sviluppata l'area dell'assistenza primaria.

Una revisione sistematica condotta in UK sugli esiti dei finanziamenti riconosciuti dalle local authorities per gli interventi di sanità pubblica preventivi nel campo del sovrappeso e obesità (oltre che dell'inattività fisica, dell'abuso di alcool e droghe e fumo), conferma la loro costo-efficacia, pur riconoscendo l'estrema variabilità degli interventi comparati [White, 2018].

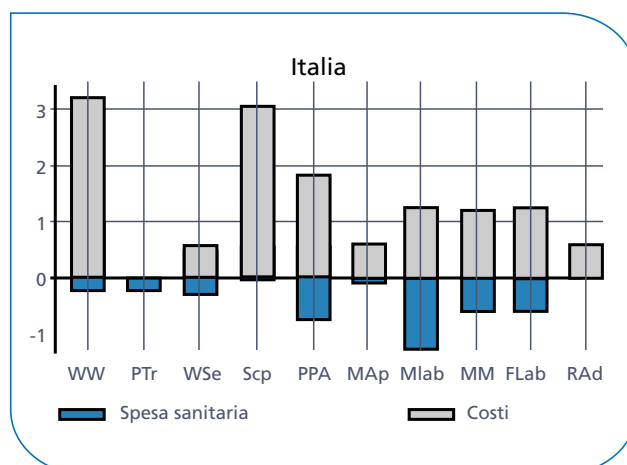
Si stima che gli investimenti in "pacchetti" di prevenzione diano un ritorno di 4-5 per volte superiore all'investimento fatto [OECD, 2019].

In generale gli interventi con il miglior rapporto costo-efficacia sono, però, quelli che esulano dal settore sanitario, in particolare quelli appartenenti al dominio fiscale e regolatorio.

Con riferimento alle strategie di comunicazione, quali etichettatura degli alimenti, regolamentazione della pubblicità di prodotti alimentari rivolta ai bambini, tabelle nutrizionali nei menù degli esercizi di ristorazione, introduzione della prescrizione di attività fisica nella medicina

di base, campagne di comunicazione pubbliche sulla salute e promozione tramite app su smartphone, nel contesto italiano, dove le persone mangiano fuori casa più regolarmente che in altri Paesi, l'etichettatura degli alimenti e le tabelle nutrizionali nei menu degli esercizi di ristorazione sembrano essere gli interventi maggiormente costo-efficaci: non solo generano un guadagno in termini di anni vissuti senza malattie, ma sembrano anche comportare nel tempo risparmi in termini di spesa sanitaria. Comunque, anche gli altri interventi esaminati possono potenzialmente dimostrarsi costo-efficaci [OECD, 2017; OECD 2019].

Figura 3. Costo degli interventi e loro impatto sulla spesa sanitaria (\$ PPP pro-capite annuo 2020 -2050)



FLab: Food labelling; MApp: Mobile apps; MLab: Menu labelling; MM: Mass media campaigns; PPA: Prescription of physical activity; PTR: Public transport; RAd: Regulation of advertising; ScP: School-based programmes; WSe: Workplace sedentary behaviour; WW: Workplace wellness.

Fonte: OECD (2019), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>.

Sul versante fiscale, il maggiore potenziale di cambiamento sulle abitudini di acquisto e di consumo da parte dei cittadini, con un impatto significativo sulle abitudini alimentari, sembra essere associato alle tasse sulle bevande zuccherate (riduzione del consumo del 20-50%) e ai sussidi su frutta e verdura (aumento del consumo del 10-30%); non si escludono, comunque, impatti positivi anche con altre modalità [Giordani C., 2017]. Tra l'altro, su questo tema, una recente revisione sistematica sembra mostrare un buon livello di accettazione pubblica per le tasse sulle bevande zuccherate, che sono positivamente valutate nel 42% degli studi (il 39% se la finalità è combattere l'obesità) e il livello sale al 66% se le

entrate sono deputate a interventi in campo sanitario. Rimane, comunque, una carenza di valutazioni formali in termini di outcome di salute e di effetti complessivi sul sistema economico [WHO, 2015; Eykelenboom, 2019]. In ogni caso, le analisi dimostrano che gli interventi individuali hanno un impatto limitato: solo le strategie che prevedono più interventi fra loro coordinati raggiungono una "massa critica" capace di incidere sui comportamenti sociali, con un investimento per individuo relativamente limitato: i "pacchetti" hanno un costo stimato (2010) compreso fra \$12-24 a seconda del Paese considerato [Sassi, 2010; OECD, 2019].

Per quanto riguarda le altre tecnologie, una analisi esaustiva degli studi costi-conseguenze, data la numerosità, esula dagli obiettivi del presente lavoro. Ci si è limitati ad analizzare studi recenti che mettano a confronto fra loro diversi approcci.

Per quanto concerne le tecnologie deputate alla perdita di peso, un lavoro [Finkelstein, 2019] affronta quelle non chirurgiche, solitamente destinate ai soli pazienti grandi obesi, avendo individuato e comparato 10 alternative: due programmi di modificazione dello stile di vita (programmi Weight Watchers solo online o con meetings), un programma che prevede l'utilizzo di sostituti dei pasti a basse calorie, sei prodotti farmaceutici e un pallone (dispositivo medico) posizionato endoscopicamente nello stomaco.

La comparazione, basata su 21 studi, adotta un approccio costo-efficacia (endpoint è la perdita di peso a 12 mesi).

Delle 10 alternative, 9 dimostrano una efficacia statisticamente significativa, con un costo medio (USA) per kg perso che varia da \$ 134 del programma Weight Watchers comprensivo dei meetings, a \$ 2.102 della liraglutide. In termini di costo per QALY guadagnato solo il programma Weight Watchers con meetings risulta sotto il threshold dei \$ 50.000, e solo 3 alternative non sono dominate dalle altre.

In definitiva, possiamo concludere che esiste una buona evidenza sulla efficacia delle tecnologie disponibili.

Le tecnologie preventive e quelle che agiscono a livelli di comportamento individuali hanno prove di costo-efficacia, sebbene richiedano periodi medio-lunghi per raggiungere livelli accettabili di costo-efficacia, e questo malgrado siano caratterizzate da un livello basso di investimento pro-capite.

Le tecnologie farmaceutiche e chirurgiche, pur disponendo di prove di efficacia e costo-efficacia (non analizzate nel presente contributo), per effetto dei loro costi sembrano destinate ai pazienti a più alto rischio. Nel confronto con le altre tecnologie, e per la platea generale dei pazienti obesi, i pochi studi disponibili sembrano mostrare che esse siano dominate dagli approcci "comportamentali".

Gli studi di Budget impact

Gli studi finanziari di Budget Impact sono deputati a dare una indicazione sulla sostenibilità degli interventi (indipendentemente dalla loro efficienza): i costi da sostenersi sono, evidentemente, proporzionali fra l'altro al numero di pazienti (o alla popolazione) eleggibili ai trattamenti.

Il rapido incremento della prevalenza di obesità rende velocemente obsolete le stime disponibili; ci si è quindi concentrati su studi di recente pubblicazione.

Senza pretesa di esaustività, l'attenzione in letteratura sembra orientata verso le analisi dedicate alla chirurgia bariatrica.

Sebbene in molti Paesi rapidamente crescente (con un potenziale aggravio di costi che è, di per sé, motivo di attenzione da parte delle autorità pubbliche), la quota di pazienti eleggibili alla chirurgia bariatrica che effettivamente vi accedono rimane limitata.

Per l'Italia [Calabrese, 2019] si stima che i casi annui incidenti di chirurgia bariatrica siano meno dell'1% dei pazienti eleggibili, con una forte variabilità regionale, calcolata sui dati di BMI riferiti (Istat): il valore si dimezzerebbe usando dati di diversa fonte (vedi sopra). Si evidenzia quindi un rilevante burden, e certamente la carenza di risorse fisiche ed economiche rimane uno degli ostacoli maggiori per ridurlo.

Un recente studio su dati USA conclude, peraltro, che la copertura dei costi della chirurgia bariatrica da parte delle polizze assicurative (il riferimento è evidentemente al mercato USA) avrebbe un costo incrementale massimo che sfiora i \$ 120 annui, ma decrescente nel tempo, tanto che dal decimo anno si determinerebbe un risparmio [Palli, 2018].

In Svezia, dove si è assistito ad un rapido incremento della chirurgia bariatrica, si è stimato che le politiche di minimizzazione dei costi dovrebbero porsi l'obiettivo di estendere l'incidenza degli interventi fra i pazienti eleggibili con gli attuali criteri, senza peraltro estendere ulteriormente le indicazioni [Borg, 2012].

Complessivamente, ricordando che i "pacchetti" di interventi preventivi/comportamentali (vedi sopra) risultano costo-efficaci e richiedono un investimento unitario limitato, e osservando come anche la chirurgia bariatrica si dimostri cost-saving nel medio-lungo periodo, se ne può trarre la conclusione che, sebbene i numeri dell'obesità abbiano dimensioni ragguardevoli, e il burden assistenziale (prima di tutto quello chirurgico) sia ancora molto ampio, non ci sia un insormontabile problema di sostenibilità: semmai si evidenzia la necessità di una più precisa quantificazione dei fenomeni a livello nazionale, che guidi la prioritizzazione degli interventi, riallocando le risorse verso il settore.

Conclusioni

La breve disamina effettuata sugli studi recenti che informano sugli impatti economici dell'obesità sembra confermare che essi sono assolutamente rilevanti e crescenti, in relazione all'incremento della prevalenza della patologia, ancor più che di quelli delle terapie e degli interventi connessi.

L'incidenza sui costi sanitari è ampiamente variabile nei Paesi, in relazione ai diversi costi unitari, all'organizzazione dei sistemi sanitari e alla prevalenza della patologia: in ogni caso, comprendendo il sovrappeso, si stima si situi nell'intervallo 2-5%, ma è rapidamente crescente: le ultime stime internazionali [OECD, 2019], per i Paesi dell'area OECD la attestano in media all'8,4% nei prossimi 30 anni.

Il dato sulla prevalenza è peraltro largamente discutibile, in ragione delle diverse modalità di rilevazione: i dati riferiti sembrano, infatti, largamente sottostimare il fenomeno.

L'Italia, nei confronti internazionali, risulta essere uno dei Paesi a minore prevalenza di obesità (non per gli adolescenti), ma anche quello in cui appare maggiore la sottostima della prevalenza nei dati riferiti (fenomeno che non ha peraltro ricevuto attenzione da un punto di vista scientifico): ne segue che la stima di Atella et al. (2015), basata su dati di prevalenza oggettivi raccolti dai Medici di Medicina Generale, arriva al 4%, quindi vicino al limite superiore delle stime internazionali.

In ogni caso, le stime disponibili tendono a sottostimare l'effettiva dimensione sociale dell'impatto: praticamente nessuno studio considera esaustivamente tutte le fonti di costo derivanti dall'obesità, quali gli effetti delle patologie indotte dall'obesità (il cui spettro è diversamente assunto nei vari studi) e quelli relativi ai costi sociali non sanitari, come anche ai costi indiretti quali le perdite di produttività.

Sebbene con diverse dinamiche, largamente attribuibili alle diverse organizzazioni dei sistemi sanitari, è altresì condiviso che il costo incrementale degli obesi (rispetto ai normopeso) è crescente al crescere del BMI (come peraltro la sovramortalità e gli anni persi per disabilità): per l'Italia si stima [Atella, 2015] che il costo di un obeso superi quello dei normopeso del 18-50% (al crescere del BMI).

Sul versante degli interventi di politica sanitaria (intesi in senso lato) i dati disponibili, pur numerosi, non sono ancora conclusivi: in generale gli interventi preventivi, e quelli che agiscono a livelli di comportamento individuali, risultano efficienti, ma richiedono periodi medio-lunghi per raggiungere livelli accettabili di costo-efficacia, e questo malgrado siano caratterizzati da un livello basso di investimento pro-capite.

Le tecnologie farmaceutiche e chirurgiche, pur dispo-

nendo di prove di efficacia e costo-efficacia (non analizzate nel presente contributo), sembrano destinate ai pazienti a più alto rischio: nei (pochi) confronti disponibili con gli altri interventi/tecnologie, per la platea generale dei pazienti obesi sembrano essere economicamente dominate dagli approcci "comportamentali".

Gli interventi con il miglior rapporto costo-efficacia sembrano essere quelli che esulano dal settore sanitario, in particolare quelli appartenenti al dominio fiscale e regolatorio.

Peraltro, le analisi dimostrano che gli interventi singoli hanno un impatto limitato: sono le strategie che prevedono più interventi fra loro coordinati quelle che, raggiungendo una ragionevole "massa critica", risultano capaci di incidere effettivamente sui comportamenti sociali.

Rimangono varie aree di carente investimento: basti ricordare che in Italia [Calabrese, 2019] arriva annualmente a chirurgia bariatrica un numero di pazienti che è pari a meno dell'1% dei pazienti prevalenti. Gli studi disponibili dimostrano peraltro che estendere l'accesso richiede un investimento significativo, ma cost saving nel medio-lungo periodo.

In conclusione, malgrado l'opera di sensibilizzazione promossa dagli organismi internazionali sull'obesità, le conoscenze quantitative sul fenomeno sono tuttora carenti, risultando con tutta probabilità una delle ragioni di insufficiente prioritizzazione degli interventi di politica sociale e assistenziale destinati al contrasto della patologia.

Bibliografia

- AA.VV., 2015, Il burden of disease dell'obesità in Italia, Health Policy in non-Communicable Disease, 1, Roma
- Apovian C.M., 2016, Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden, The American Journal of Managed Care, 22(7):S176-S185
- Atella V., Kopinska J., Medea G., Belotti F., Tosti V., Piano Mortari A., Cricelli C., Fontana L., 2015, Excess body weight increases the burden of age associated chronic diseases and their associated health care expenditures, Aging, 7(10)
- Blüher M., 2019, Obesity: global epidemiology and pathogenesis, Nature reviews. Endocrinology (Online), 15(5):288-298
- Borg S., Näslund I., Persson U., Ödegaard K., 2012, Budget impact analysis of surgical treatment for obesity in Sweden, Scandinavian Journal of Surgery, 101:190-197
- Brown V., Ananthapavan J., Sonntag D., Joo Tag E., Hayes A., Moodie M., 2019, The potential for long-term cost-effectiveness of obesity prevention interventions in the early years of life, Pediatric Obesity, 14(8):e12517- e12526
- Calabrese N., d'Angela D., Cambiano C., Di Lorenzo N., Glorioso V., Montorsi M., Spandonaro F., 2019, Equità di accesso per le prestazioni di chirurgia bariatrica e laparoscopia, in 15° Rapporto Sanità: Il ritorno della Politica Nazionale in Sanità (?), Spandonaro F., d'Angela D., Polistena B. (a cura di), Locorotondo ed., 482-488
- Cuschieri S., Mamo J., 2016, Getting to grips with the obesity epidemic in Europe, SAGE Open Medicine, 4: 1-6
- Kim DD. Basu; A., 2016, Estimating the Medical Care Costs of Obesity in the United States: Systematic Review, Meta-Analysis and Empirical Analysis, Value in Health, 19(2016)602 - 613
- Eykelenboom M., van Stralen M.M., Olthof M.R., Schoonmade L.J., Steenhuis I.H.M., Renders C-M. on behalf of the PEN Consortium, 2019, Political and public acceptability of a sugarsweetened beverages tax: a mixed-method systematic review and meta-analysis, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 16:78
- Finkelstein E.A., Verghese N.R., 2019, Incremental cost-effectiveness of evidence-based non-surgical weight loss strategies, Clinical obesity (Online), 9(2): e12294-e12303
- GBD collaboration, 2016, The Global Burden of Disease study, The Lancet
- Giordani C., 2017, Lotta a malattie croniche non trasmissibili, strategie di prevenzione e loro efficacia, in 13° Rapporto Sanità: Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema, Spandonaro F., d'Angela D., Giordani C., Polistena B. (a cura di), Mediaticamente S.r.l., 171-193
- Mokdad A.H., Ford E.S., Bowman B.A., et al., 2003, Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. JAMA, 289(1):76-79
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), 2016, Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants, Lancet, 387:1377-1396
- OECD, 2017, The Role of Communication in Public Health Policies - The case of obesity prevention in Italy, OECD
- OECD, 2019, The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris
- Palli S.R.; Rizzo J.A., Heidrich N., 2018, Bariatric Surgery Coverage: a Comprehensive Budget Impact Analysis from a Payer Perspective, Obesity Surgery
- Sassi F. (a cura di), 2010, Obesity and the Economics of Prevention: fit not fat, OECD
- Specchia M.L., Veneziano M.A., Cadeddu C., Ferriero A.M., Mancuso A., Ianuale C., Parente P., Capri S., Ricciardi W., 2014, Economic impact of adult obesity on health systems: a systematic review, European Journal of Public Health, 25(2): 255-262
- Spieker E.A., Pyzocha N., 2016, Economic Impact of Obesity, Prim. Care Clin. Office Pract., 43:83-95
- Sturm R., 2002, The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs, Health Aff (Millwood), 21(2):245-253
- Tremmel M., Gerdtham G., Nilsson P.M., Saha S., 2017, Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review, Int. J. Environ. Res. Public Health, 14(435)
- White P., Skirrow H., George A., Memon A., A systematic review of economic evaluations of local authority commissioned preventative public health interventions in overweight and obesity, physical inactivity, alcohol and illicit drugs use and smoking cessation in the United Kingdom, Journal of Public Health 40(4):e521-e530
- Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, et al., 2009, Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900.000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies, Lancet, 373(9669):1083-1096
- World Health Organization (WHO), 2015, Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases, Technical Meeting Report
- World Health Organization (WHO), The Global Health Observatory <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.