

Obesità e medicina narrativa

Magia di un incontro di successo

Rita Tanas

Pediatra endocrinologo, Ferrara

Francesco Baggiani

Pedagogista, Firenze

Grazia Isabella Continisio

Psicologa, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università Federico II di Napoli

Giovanni Corsello

Professore ordinario di Pediatria, Università di Palermo

Vita Cupertino

Pediatra, Direttore di Pediatria di Comunità, ASP Cosenza

Cinzia De Rossi

Infermiera, SCU Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo, Città della salute e della scienza, Torino

Sergio Bernasconi

Professore ordinario di Pediatria, Università di Parma

La prevalenza dell'obesità in età evolutiva è in aumento, anche a causa delle restrizioni sociali dovute alla pandemia Covid-19 che, peggiorando lo stile di vita e la salute psicologica delle famiglie, ostacolano l'adesione alle cure tradizionali.

Questo studio riporta due esperienze di medicina narrativa che potrebbero dare una svolta nella prevenzione e cura.

La prima evidenza l'efficacia di un trattamento focalizzato su relazione terapeutica con famiglie e ragazzi, atteggiamento non colpevolizzante, ascolto di pensieri ed emozioni di precedenti esperienze di cura e di stigma sul peso, invece che su anamnesi e consigli nutrizionali.

La seconda evidenza un cambiamento nelle convinzioni di 635 pediatri, che hanno aderito a un questionario sugli ostacoli al trattamento dell'obesità. Dall'iniziale pensiero focalizzato sulla famiglia come ostacolo principale e richiesta di educazione sanitaria, tempo e specialisti, dopo l'espressione del disagio e la valutazione narrativa degli ostacoli, i pediatri sono passati alla richiesta di formazione per migliorare la relazione terapeutica.

La narrazione può offrire nuove opportunità di successo nella cura dell'obesità sia nella programmazione sanitaria sia nel colloquio con la famiglia.

The prevalence of childhood obesity is increasing due also to social restrictions brought on by the Covid-19 pandemic, which has impacted families' lifestyles and psychological health as well as hindering their adherence to traditional treatments.

The present study reports two Narrative Medicine experiences that could make a difference in its childhood obesity prevention and treatment.

The first illustrates the effectiveness of a non-blame therapeutic relationship with families and children, listening

to the thoughts and emotions of past care experiences and weight stigma in place of nutritional history and advice. Another study examines the beliefs of 635 pediatricians who responded to a survey about obstacles to obesity treatment. Aside from the first thought that focused mainly on the family as an obstacle and the request for health education, time, and specialists, pediatricians have then moved on to ask for training to improve their therapeutic relationships. As part of the health planning process as well as the interview with the family, storytelling offers new opportunities for success in the treatment of obesity.

Dagli anni Settanta la prevalenza dell'obesità nel mondo è aumentata in maniera esplosiva: una nuova pandemia secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sono seguiti numerosi tentativi di contrastarla, ma l'obiettivo di una sua riduzione del 50% per il 2015 è fallito e anche quello di un mantenimento a percentuali invariate per il 2025 sta per essere disatteso. In tutti i Paesi i pediatri, pur fortemente invitati a occuparsene, lo fanno poco e poco volentieri, solo ai bilanci di salute e su richiesta dei genitori, spesso tardivamente. Le cure precoci, raccomandate fin dalla gravidanza, stentano a partire.

L'obesità rimane una malattia cronica grave per la compromissione della salute e la riduzione della durata e della qualità della vita senza una terapia efficace [1]. La letteratura invita a cambiare narrazione e obiettivi [2-3].

La medicina narrativa, che da anni si propone di affiancare le terapie tradizionali per migliorarne l'esito, accogliendo il vissuto e le emozioni di curanti e curati, si è focalizzata su alcune patologie, quali tumori e diabete, che hanno comunque trattamenti sanitari con evidenza di efficacia. Strumento principale è, appunto, la narrazione, meglio se scritta, che aiuta le persone a esprimere un problema, a metterlo fuori da sé e rivalutarlo, trovando magari nuove soluzioni.

Scopo di questo articolo è presentare due esperienze: una di cura di famiglie con obesità e una di formazione per i pediatri, realizzate con la medicina narrativa, evidenziandone gli esiti nel contrastare l'obesità, sebbene la valutazione degli esiti di cura di una malattia così complessa non sia affatto semplice [4].

La medicina narrativa per curare famiglie e bambini / adolescenti con obesità

Dal 2000, constatato il fallimento dell'approccio tradizionale dietetico al trattamento dell'obesità, si sono tentate nuove strategie. Eliminando l'anamnesi alimentare, sempre giudicante e colpevolizzante e perciò di ostacolo alla relazione terapeutica, e la successiva prescrizione dietetica, troppo spesso inefficace soprattutto nei lunghi tempi, abbiamo inserito la richiesta al paziente e ai suoi genitori di narrare la storia della loro domanda di aiuto ("Chi ha deciso questa visita? Perché?"), della loro malattia e dei loro precedenti tentativi di arginarla, autonomi o assistiti da operatori sanitari ("Da quando vi siete accorti del problema? Cosa avete fatto finora? Chi vi ha aiutato? Com'è andata?"), cercando di costruire con loro un progetto di cambiamento degli stili di vita, in campo alimentare, motorio e relazionale, graduale e sostenibile nella loro realtà quotidiana. I risultati sono stati buoni anche sul BMI zscore, strumento tradizionale di valutazione [5].

Dal 2008 abbiamo strutturato corsi di formazione professionale su questa nuova modalità di cura, riscontrando moltissime resistenze al cambiamento, ma anche adesioni e interesse da parte dei colleghi più illuminati. L'esito delle cure realizzate da un gruppetto di pediatri di famiglia di Napoli formati, 3 anni dopo l'avvio, e in un servizio di II livello a Ragusa, 2 anni dopo, su peso, drop-out e indici di rischio cardio-metabolico è stato ottimo [6-8].

Riportiamo di seguito alcuni pensieri.

Mamma di una bambina di 10 anni, invitata al progetto leggendo le lettere di un'altra madre durante i due anni di cura del suo bambino con obesità severa

Caro Dottore, ho finito ora di leggere il libro che mi ha regalato [9] e mi è piaciuto molto!

Mi ha fatto molto riflettere, piangere e sorridere... anche noi abbiamo subito qualche mortificazione da alcuni dottori, ma fortunatamente G non viene derisa dai compagni di scuola o di squadra, anzi è molto solare e sempre felice e tutti la adorano!

Mi ha chiesto cosa fosse quel "libricino" e le ho detto che me l'aveva dato il suo dottore... che sta seguendo dei corsi per insegnare ai bambini e alle loro famiglie a mangiare sano e mettersi in forma, senza rimproverare o privare di tutte le cose che ci piacciono.

Le ho detto che eravamo state scelte per provare se questo metodo funziona davvero e quindi avremmo dovuto impegnarci! Lei è stata entusiasta, mi ha fatto molte domande, poi mi ha chiesto quando saremmo tornate da lei perché le vuole preparare un bel disegno! Grazie!

Mamma di un bambino di 9 anni, 4 anni dopo l'avvio del percorso di 2 anni [9]

Sentirsi dire che non bisogna fare la dieta per dimagrire (anzi!), dopo tanti messaggi dalla televisione e anche dai dottori in generale, dopo aver incontrato dietologi, dietisti, nutrizionisti per 2 anni, be', ci ha fatto un po' smarrire.

È come andare a scuola di cucina per imparare a fare una torta e sentirsi dire che non esiste una ricetta, anzi, seguire una ricetta sarebbe la via quasi certa per far smontare il soufflé.

Incontrare la dottoressa per noi è stato all'inizio un "esercizio di smarrimento", anche in seno alla famiglia: ma piano piano è la famiglia intera che si ritrova.

Abbiamo deciso di farlo rispettando la libertà di ciascuno di noi, e le nostre caratteristiche: nostro figlio va rispettato, ma anche il mio modo di fare (non voglio più farmi violenza trasformandomi in un sorvegliante-inquisitore) e anche il modo del babbo, della nonna, degli zii.

Quello che stiamo tentando di fare ora è di cercare strategie per raggiungere i nostri obiettivi, tenendo ben fermo a mente che spesso la strada dritta e veloce non è la più giusta, sia nel senso etico, sia nel senso pratico.

La dottoressa parla di "metodo", e così è anche per noi, non si tratta solo di chili in più o in meno, ma di un percorso, di un approccio che va bene anche con la scuola, con lo sport.

Abbiamo imparato che dobbiamo affrontare i problemi "a tutto tondo", la velocità non è garanzia di successo (tutt'altro!) i risultati benché gradualmente vanno consolidati nel tempo.

Abbiamo imparato tanto, ma ci resta da imparare ancora molto!

Ragazzo di 15 anni, 6 anni dopo l'avvio del percorso [Figura 1]

Il fatto che la mamma e altre persone si preoccupassero di me mi ha dato una gran motivazione!

Ragazza di 22 anni, 6 anni dopo l'avvio della cura che le ha permesso non solo di ridurre il BMI da 34 a 27, ma anche di riprendere in mano la sua vita e laurearsi in ingegneria

I consigli che mi hai dato allora sono ancora vividi in me e utilissimi: potere magico delle non-prescrizioni e non-regole ferree, dell'avermi insegnato un'alimentazione e non una dieta. Ti ringrazierò per sempre per il percorso fatto insieme.

Ero venuta per un problema fisico: avevo male a camminare. Sicuramente non ho mai raggiunto il peso forma, ma sto bene anche con qualche chilo in più. E da allora non ho più avuto male a camminare. Inoltre mi hai fatto crescere, trovare la consapevolezza di me: corpo e mente. Questo è un punto fon-

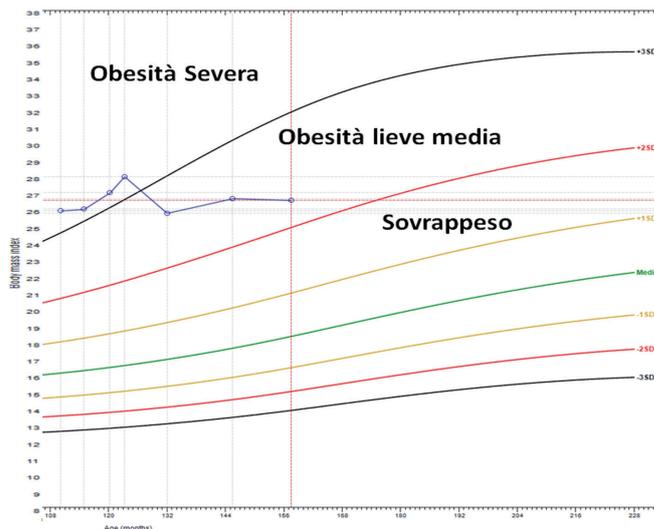


Figura 1. Andamento del peso (BMIzscore) del ragazzo in 4 anni: 2 anni di cura e 2 dopo.

damentale anche se non ci fossero risultati sul peso; se si cambia il modo di vedersi, si può continuare a lavorare senza perdersi d'animo.

Mi sono sempre sentita importante per te, perché hai continuato a cercarmi per chiedermi come stavo, ti ringrazio davvero!

La medicina narrativa per superare gli ostacoli dei professionisti della salute

Negli ultimi anni, constatato il fallimento delle cure realizzate, sono stati pubblicati moltissimi articoli nei quali si richiedono a professionisti, pazienti e genitori considerazioni sugli ostacoli che incontrano, allo scopo di costruire nuovi percorsi di cura. Con questo obiettivo abbiamo inviato un brevissimo questionario sulle barriere alla cura a tutti i soci della Società Italiana di Pediatria [Tabella 1]. Alle 10 domande a risposta chiusa sono state aggiunte 4 domande aperte che si sono rivelate difficili da classificare e analizzare, ma utili ai pediatri per interrogarsi sul tema e persino cominciare a superarlo [10].

Il questionario è stato compilato da 635 pediatri (23,5% dei pediatri di famiglia e 6,2% degli ospedalieri).

Le cause dell'obesità non erano tra i temi affrontati dal questionario ma, rispondendo alle domande aperte, 113 pediatri hanno espresso il loro pensiero. Il 77% di loro segnala la responsabilità personale delle famiglie, ovvero il loro "cattivo" stile di vita, solo il 9,7% le disuguaglianze socioeconomiche e culturali, 8% lo stigma sul peso, 2,7% la genetica e 2,7% l'ambiente [Figura 2]. Gli ostacoli segnalati nell'organizzare un percorso di cure per l'obesità sono riassunti dalla Figura 3.

Molto interessante è il cambiamento osservato nei 635 pediatri tra le risposte fornite all'inizio della compilazione del que-

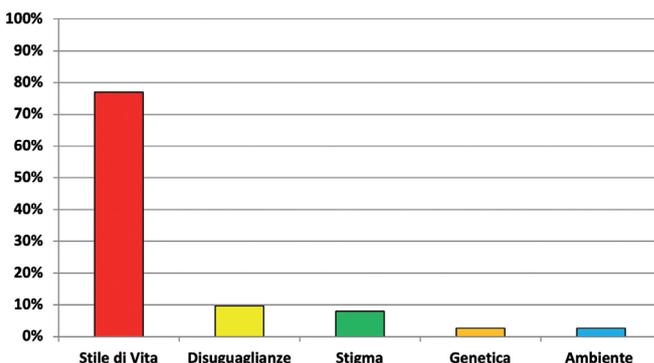


Figura 2. Cause dell'obesità in età evolutiva riferite dai pediatri aderenti allo studio.

stonario e quelle al termine [Tabella 2, pagina a fronte]. Alla domanda iniziale “Come vedresti meglio organizzato il tuo intervento per rendere più efficace il trattamento?” il 78,1% dei pediatri ha considerato come principale ostacolo la famiglia, spesso anch’essa in eccesso di peso, per mancanza di consapevolezza e motivazione (27,9% delle risposte), incapacità ad aderire alle raccomandazioni (25,4%). Solo il 4,3% dei partecipanti segnala il ruolo negativo della pubblicità e dei media e l’1,9% la mancanza di collaborazione con la scuola. L’alimentazione inadeguata delle famiglie è segnalata come ostacolo principale 3 volte più spesso della sedentarietà. So-

Tabella 1. I due tempi del questionario a 10 Item Likert 5 (in grassetto le 4 domande aperte)

I TEMPO

1. Ritieni che l’obesità infantile sia un tema importante per il pediatra?
2. Inquadri l’obesità come problema medico e la sua gestione come tuo compito?
3. Ritieni difficile la gestione del bambino con obesità nel tuo ambulatorio?
- **In base alla tua esperienza clinica, come vedresti meglio organizzato il tuo intervento nell’assistenza per rendere più efficace il trattamento del bambino con obesità?**
- **Quale ostacolo consideri più importante nella tua pratica clinica?**

Valuta i seguenti possibili ostacoli al trattamento:

1. Non aderenza delle famiglie ai bilanci di salute dopo i 2 anni di età del bambino.
2. Passaggio anticipato al medico di medicina generale.
3. Adolescenza.
4. Sensibilità del tema, che suscita sensi di colpa e vergogna e può peggiorare la relazione con la famiglia.
5. Stigma già subito da genitori (se in eccesso peso) e dai bambini/adolescenti.
6. Sensazione di fallimento per obiettivi eccessivi sul calo di peso.
7. Mancanza di formazione professionale.

II TEMPO

- **Cosa suggerisci per superare questi ostacoli?**
- **Se ritieni occorra formazione, che tipo di formazione proponi?**

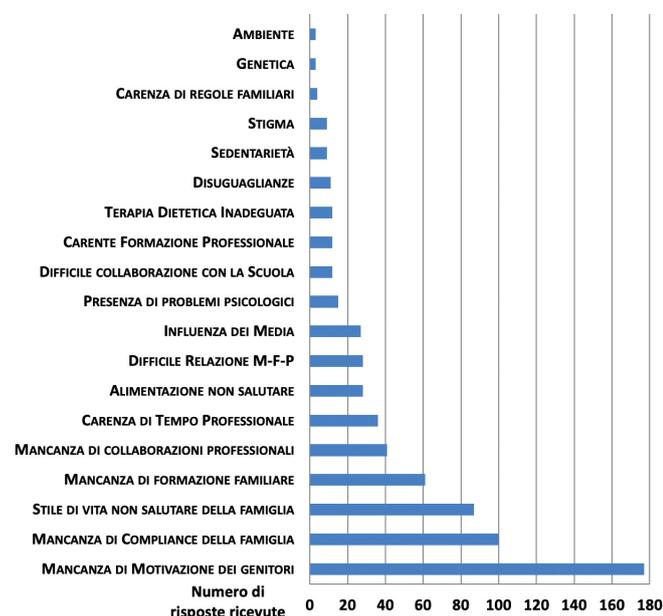


Figura 3. Ostacoli segnalati nell’organizzare un percorso di cure per l’obesità (M-F-P = Medico-famiglia-paziente).

lo il 16% dei pediatri segnala l’inadeguatezza dell’organizzazione sanitaria per mancanza di: collaborazione professionale, tempo, programmi centrati sul paziente, e il 6% la carenza formazione.

Dopo aver raccontato ciò per iscritto e aver dato una valutazione alle sette barriere al trattamento proposte [Figura 4], i pediatri sembrano maturare nuove idee. Così alla domanda finale “Cosa suggerisci per superare gli ostacoli?”, rispondono in maniera nuova. Diminuiscono le richieste di collaborazioni professionali e tempo, aumentano quelle di educazione sanitaria alle famiglie e formazione professionale, soprattutto per migliorare l’approccio e la relazione medico-famiglia-paziente dal 6 al 51% [Figura 5].

Si direbbe che nei dieci minuti di compilazione del questionario molti pediatri abbiano cominciato a maturare l’idea che per ottenere un cambiamento non è appropriato focalizzarsi sull’inadeguatezza delle famiglie, delegando altri (scuola) a migliorarla e organizzando cure specialistiche, ma piuttosto formarsi acquisendo nuove competenze per sostenerle, affinché diventino più consapevoli e pronte, e che tale ruolo rappresenti proprio la loro “mission”.

Discussione e conclusioni

Da questo studio emerge il persistere della convinzione dei pediatri che i pazienti con obesità siano i principali responsabili della loro malattia a causa delle loro scelte sugli stili di vita. Tale convinzione, oltre a essere infondata, sostiene lo stigma sul peso [11]. Esso da un lato porta i pazienti a livelli di sofferenza psicologica tali da rifiutare comportamenti salutari, alimentari e motori e abbandonare qualunque intervento terapeutico; dall’altro porta i professionisti a sentirsi impotenti e quindi a colpevolizzare le famiglie e investire meno nelle cure. Si innesca così un circolo vizioso fallimento-minor impegno-fallimento.

Invece, come suggerisce la medicina narrativa, raccontare o scrivere le proprie storie aiuta sia i pazienti sia i curanti a sviluppare strategie nuove e più consapevoli, al fine di evitare il ripetersi di schemi fallimentari.

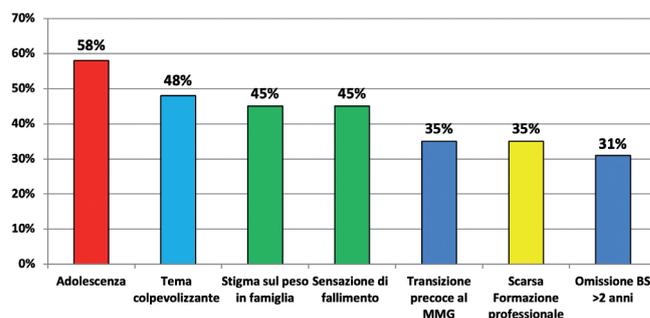


Figura 4. Percentuale di pediatri che valutano “molto importanti” gli ostacoli alla cura dell’obesità proposti (BS = Bilanci di salute; MMG = Medici di Medicina Generale).

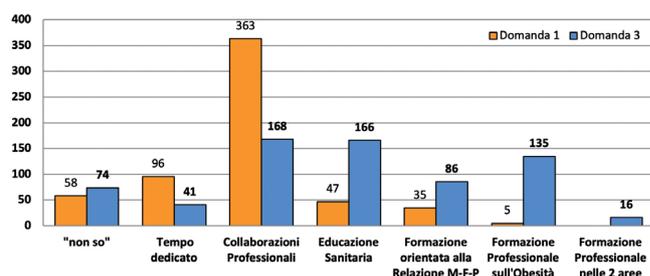


Figura 5. “Cosa occorre per migliorare l’approccio all’obesità”. Cambiamento del numero di risposte dall’inizio [1ª domanda aperta] alla fine della compilazione del questionario [3ª domanda aperta] (M-F-P = Medico-famiglia-paziente).

Tabella 2. Cambiamento delle proposte per migliorare le cure ai bambini con eccesso ponderale di alcuni pediatri dalla prima domanda aperta alla terza

Tipo di lavoro	Soluzioni iniziali	Ostacoli	Soluzioni finali
PDF	Visite periodiche ravvicinate [3 mesi]	Difficoltà di genitori e adolescenti a considerare l'obesità e non sottovalutarla	Il coinvolgimento attivo della famiglia
LP	Maggiore possibilità di accesso a un percorso integrato	La non consapevolezza della famiglia sull'importanza del problema	Rendere più efficaci i messaggi per le famiglie
PH	Servizi con accesso più rapido e facilitato	Mancata concezione della gravità del problema della famiglia e mancanza di servizi accessibili	Corsi di formazione, servizi con facilità di accesso
PH	Integrazione con un centro di riferimento	Mancanza di consapevolezza e compliance personale/familiare	Promuovere consapevolezza e offrire educazione
PDF	Maggiore tempo	Mancanza di convinzione dei genitori dell'importanza di curare l'obesità	Avere mezzi per promuovere il cambiamento
PDF	Visite più frequenti	La non consapevolezza dei genitori	Più formazione nel counseling
PH	Assistenza multidisciplinare	Sottovalutazione della famiglia dell'obesità come patologia, se non quando è severa	Educazione delle famiglie sui tempi di cura, formazione professionale per aiutare la famiglia
PH	Follow-up stretto presso ambulatorio del PDF	Abitudini familiari, troppa cedevolezza dei genitori alle proteste del figlio, ceto sociale basso	Adeguata formazione del pediatra per migliorare il coinvolgimento familiare
PDF	Appositi centri con team specializzati	Mentalità delle famiglie che non considerano l'obesità una patologia	Più formazione per noi pediatri
LP	Team multidisciplinare in collaborazione col PDF	Difficoltà nel modificare lo stile di vita e le abitudini alimentari in famiglia	Corsi di formazione per la collaborazione PDF-team
PDF	Educazione alimentare alla famiglia, collaborazione con le scuole da quelle d'infanzia	Condizionamento dei media, idea che "grasso è bello", disponibilità ridotta di tempo e perdita dell'abitudine delle famiglie a cucinare e mangiare slow	Formazione universitaria e, dopo, collaborazione con educatori e terapeuti; conoscenza dei disturbi dell'alimentazione
PDF	Collaborare con centro/team dedicato	La difficoltà a convincere le famiglie a modificare lo stile di vita e aderire ai controlli	Master per imparare a gestire e comunicare coi genitori meglio
PH	Responsabilizzare i genitori con campagne pubblicitarie	Rifiuto di accettare che l'obesità dipenda da stili di vita familiari scorretti; usanze antiche (biscotti/miele)	Responsabilizzare i genitori e sensibilizzare i loro MMG che dicono: "il pediatra esagera"
LP	Controlli frequenti	Resistenza alle cure delle famiglie	Entrare in empatia con le famiglie e con il bambino
LP	Diete personalizzate e controlli costanti	Abitudini e mentalità della famiglia	Formazione professionale, sensibilizzazione pubblica
PH	Ambulatori dedicati, stretto follow-up. Non ridotti solo alla dieta: educazione alimentare	Negazione del problema dei genitori e scarsa adesione ai percorsi di cura, tendenza a colpevolizzare il bambino	Estendere la cura all'adolescenza. Creare una rete di supporto alle famiglie.
PH	Approccio multidisciplinare e sociale	Relazione del pediatra con i genitori	Formazione per i medici
PH	Presenza in carico della famiglia	Scarsa collaborazione della famiglia	Sensibilizzare i genitori con supporto psicologico
PDF	Collaborazione con un centro specialistico	Far accettare alla famiglia il problema	Formazione professionale; creazione di una rete famiglia-scuola

PDF = Pediatra di famiglia; PH = Pediatra ospedaliero; LP = Pediatra libero professionista

La medicina narrativa nella cura dei bambini e adolescenti con obesità

Raccontare/ascoltare la storia delle famiglie e dei ragazzi con obesità aiuta a comprendersi reciprocamente e a trovare nuove strade possibili per migliorare. Le recenti linee guida invitano i curanti a usare il colloquio di motivazione per avvicinarsi ai pazienti con obesità: ascoltarli con rispetto, aspettare che facciano liberamente le loro scelte, aiutandoli a scegliere al meglio, e solo allora fare un piano condiviso di cambiamenti, evitando di colpevolizzarli, spaventarli o farli vergognare per le scelte precedenti. Alcuni autori hanno pubblicato storie di pazienti con obesità severa, spesso esordita nell'infanzia, per segnalare come lo stigma sul peso, di cui sono stati vittime, venga interiorizzato e impedisca loro la costruzione di una sana identità personale e sociale, e come interventi di narrazione individuale o di gruppo possano aiutarli a costruire nuove storie, ovvero narrazioni riparative, capaci di migliorare la loro vita [12].

Purtroppo, valutare i risultati di un percorso di narrazione sulla variazione del peso è estremamente riduttivo, ma i risultati sull'andamento del BMI zscore dei nostri pazienti sono stati positivi rispetto a quelli di studi randomizzati controllati [5].

La medicina narrativa per superare gli ostacoli alla cura dei pediatri italiani

Pur con i limiti di un questionario anonimo inviato online, la nostra esperienza ha dimostrato che raccontare le ragioni del fallimento e leggere gli ostacoli proposti, possa facilitare anche nei pediatri una narrazione "riparativa", la nascita di nuovi pensieri e idee per il superamento delle difficoltà incontrate [12]. La "famiglia" è allora vista non come il principale ostacolo, ma come la risorsa fondamentale nella cura, e proprio il pediatra, opportunamente formato, magari con il sostegno di scuola e media, può aiutarla a svolgere il delicato e unico ruolo di co-terapeuta.

Dall'iniziale richiesta di formare le famiglie affinché diventino più consapevoli e quindi più pronte ad accogliere i consigli di professionisti, spesso troppo focalizzati sulla nutrizione e sugli "errori" alimentari familiari, i pediatri sono passati alla richiesta di una formazione professionale nuova, di taglio pratico, in team, per cominciare a lavorare subito insieme a famiglie e specialisti.

In effetti occorre formazione dedicata per prendere consapevolezza dello stigma che ci accomuna, per poter sviluppare un nuovo modello di cura senza colpa e giudizio, centrato sulla famiglia e, infine, per sostenere la loro motivazione e fare educazione empowering. Sviluppando un paradigma medico-famiglia-paziente basato sull'empatia e sulla collaborazione, i pediatri possono aiutare le famiglie a sperimentare uno stile di vita più sano, per loro fattibile, nonostante gli ostacoli determinati dall'ambiente, al fine di ottenere maggiore benessere, indipendentemente dal peso [13]. Solo un'adeguata formazione universitaria e post universitaria potrà rendere i professionisti della salute più capaci e più fiduciosi.

Il colloquio con il paziente, infine, può cambiare profondamente la storia delle persone e in particolare dei bambini e degli adolescenti, che per loro fragilità sono più esposti all'interiorizzazione dello stigma. Può permettere loro di recuperare un percorso scolastico vincente, evitare l'isolamento e quindi realizzarsi appieno sul piano personale: affettivo, economico e sociale migliorando stile di vita, salute psicologica e qualità di vita. ■

Bibliografia

1. Gates A, Elliott SA, Shulhan-Kilroy J, et al. Effectiveness and safety of interventions to manage childhood overweight and obesity: An Overview of Cochrane systematic reviews. *Paediatr Child Health*. 2020 Aug 20;26(5):310-6.
2. Ralston J, Brinsden H, Buse K, et al. Time for a new obesity narrative. *Lancet*. 2018 Oct 20;392(10156):1384-86.
3. Gaesser GA, Angadi SS. Obesity treatment: Weight loss versus increasing fitness and physical activity for reducing health risks. *iScience*. 2021 Sep 20;24(10):102995.
4. Haqq AM, Kebbe M, Tan Q, et al. Complexity and Stigma of Pediatric Obesity. *Child Obes*. 2021 Jun;17(4):229-40.
5. Tanas R, Marcolongo R, Pedretti S, Gilli G. A family-based education program for obesity: a three-year study. *BMC Pediatr*. 2007 Oct 22;7:33.
6. Limauro R, Gallo P, Cioffi L et al. La Terapia del bambino Sovrapeso e Obeso nell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia con l'Educazione Terapeutica Familiare: Follow-up di 3 anni. *Medico e Bambino*. 2013;32:667.
7. Briscioli V, Bellesi MS, Benaglio I, et al. Affrontare l'obesità nell'ambulatorio del pediatra di famiglia. *Quaderni acp*. 2017;24:63.
8. Purromuto S, Tanas R, Romano MN, et al. Ricominciare a curare i bambini in eccesso ponderale con la Consensus SIP-SIEDP. Successi e problemi di un percorso in rete fra pediatria di famiglia e ambulatori di 2° livello a Ragusa. *Area Pediatrica*. 2019;20:110-4.
9. Tanas R. Un libro di @mail. Roma, 2017.
10. Tanas R, Cupertino V, De Luca G, et al. Survey sugli ostacoli alla prevenzione e cura dell'obesità in età evolutiva un'indagine del gruppo di studio adolescenza tra i soci SIP. In press.
11. O'Keeffe M, Flint SW, Watts K, Rubino F. Knowledge gaps and weight stigma shape attitudes toward obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020 May;8(5):363-5.
12. Ramos Salas X, Forhan M, Caulfield T, et al. Addressing Internalized Weight Bias and Changing Damaged Social Identities for People Living With Obesity. *Front Psychol*. 2019 Jun 26;10:1409.
13. Tanas R, Caggese G, Lera R. Il pediatra e l'obesità: riprova e vinci in 5 mosse. *Quaderni acp*. 2020;27:4-11.