

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri. Potete inviare le vostre osservazioni ai documenti scrivendo a: redazione@quaderniacp.it. Le vostre lettere verranno pubblicate sul primo numero utile.

Curare l'obesità con la Nuova Narrazione. Ora "insieme" si può! Un'analisi basata sullo studio "Perceptions, attitudes, and behaviors among adolescents living with obesity, caregivers, and healthcare professionals in Italy: the ACTION Teens study"

Rita Tanas¹, Francesco Baggiani², Guido Caggese³, Anna Maria Davoli⁴, Riccardo Lera⁵

1. Pediatra Endocrinologa libero professionista, Ferrara; 2. Pedagogista libero professionista, Firenze; 3. Anestesista libero professionista, Ferrara; 4. Pediatra di Famiglia, Reggio Emilia; 5. Pediatra Diabetologo, libero professionista, Alessandria

La promozione di uno stile di vita sano e attivo è certamente un compito fondamentale per tutti i pediatri. Nel contesto attuale, tuttavia, sanitari e famiglie si trovano di fronte barriere estenuanti: l'aumento della povertà e dei bassi redditi, l'urbanizzazione selvaggia, la costruzione di quartieri ghetto con gravi problemi di sicurezza, la mancanza di parchi e palestre (specie al Sud), i costi dell'attività fisica strutturata, la pervasività del cibo economico non salutare, sostenuto da pubblicità ingannevole, e i dispositivi elettronici che aumentano la sedentarietà, limitano la fantasia e disturbano il sonno. Se da un lato, quindi, si conferma la necessità di fare pressione sui decisori politici, dall'altro le prove scientifiche ci confermano che i pediatri possono ancora giocare un ruolo fondamentale nel prevenire o rimandare malattie croniche come i disturbi alimentari, l'obesità e le sue comorbidità, incoraggiando bambini, adolescenti e famiglie verso abitudini salutari, ricorrendo a una comunicazione non giudicante e consapevole dei numerosi fattori sociali che interferiscono con la quotidianità (Tabella 1) [1]. A supporto di ciò l'ultima revisione delle raccomandazioni dell'Accademia Americana di Pediatria può essere d'aiuto per l'attività clinica anche dei Pediatri di Famiglia (PdF) italiani (Tabella 2) [2]. Inoltre, per facilitare la comprensione dell'obesità, la cui prevalenza ci mette ai primi posti nella classifica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) Regione Europea, può giovarci conoscere l'esito della sezione italiana dello studio internazionale ACTION-TEENS, su percezioni, atteggiamenti e comportamenti riferiti da adolescenti che convivono con l'obesità (ALwO), genitori e sanitari che li hanno in cura [3].

Questo studio, analizzando i questionari compilati da 649 ALwO, 455 genitori o caregiver (CG) e 252 sanitari, dimostra un disallineamento importante delle percezioni, e dei comportamenti nella gestione e cura dell'obesità, soprattutto sul fronte della comunicazione. La conoscenza di tale disallineamento potrebbe favorire l'empowerment dei sanitari e la qualità delle cure future. La maggior parte degli intervistati riconosce che l'obesità ha un forte impatto sulla salute e sul benessere, almeno pari ad altre patologie quali cancro, malattie cardiache, diabete e depressione. Dalle risposte dei sanitari si desume che, sebbene il 79% concordi che l'obesità sia una malattia cronica, solo il 42% ha ricevuto una formazione post-laurea sulla sua gestione, ed appena il 17% completa di valutazione e di durata superiore a una giornata. La maggior parte (64%) conosce le linee guida per il trattamento e le ritiene efficaci. Il 38% degli ALwO e dei genitori è consapevole che il sovrappeso aumenti le difficoltà nelle relazioni coi pari, nell'andamento scolastico (17% e 19% rispettivamente) e nella ricerca di un lavoro (34% e 36%). ALwO e CG hanno riferito che la convivenza con l'obesità si lega spesso a infelicità (43% e 24%) e insicurezza (43% e 30%). Sebbene la maggior parte degli adolescenti intervistati in Italia fosse a conoscenza dell'impatto negativo dell'obesità sulla salute e percepisse correttamente il proprio peso come superiore alla norma, un terzo di loro non ne era consapevole; i CG che non riconoscono il sovrappeso dei figli sono oltre la metà. Inoltre, il 49% dei CG e il 17% dei sanitari è convinto che l'obesità si risolva spontaneamente con la crescita. Le discussioni sul peso fra sanitari e pazienti non sono abituali,

Tabella 1. Raccomandazioni per interventi di prevenzione dell'obesità in età evolutiva nei vari ambienti [1].

	Selezionare / Limitare / Eliminare	INDICATORI non CORE
SCUOLA	<ul style="list-style-type: none"> • Contenuto dei pasti portati da casa • Contenuto dei distributori automatici con bevande dolci o dolcificate • Patatine fritte e snack confezionati 	<ul style="list-style-type: none"> • Acqua e frutta durante le merende • Attività fisica nell'orario scolastico • Sessioni di sport dopo la scuola • Percorsi pedonali e ciclabili sicuri verso la scuola
COMUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> • Furgoni mobili per alimenti e bevande vicino alle scuole • Punti vendita di cibo da asporto negli spostamenti a piedi coi bambini 	<ul style="list-style-type: none"> • Attività fisica organizzata, soprattutto nelle aree svantaggiate
POLITICA	<ul style="list-style-type: none"> • Pubblicità di cibi ricchi di grassi, zuccheri e sale e di bevande dolci nei programmi tv, video o applicazioni destinate ai bambini • Collocazione di snack ad alto contenuto di grassi, zuccheri e sale nei supermercati in prossimità delle casse 	<ul style="list-style-type: none"> • Sostegno finanziario alla promozione dell'attività fisica ed eventi sportivi per bambini • Diffusione social di messaggi positivi su stili di vita sani di testimonial amati dai bambini • Incentivi per la costruzione di parchi, piste ciclabili, palestre e piscine

Tabella 2. Raccomandazioni per i pediatri per promuovere lo stile di vita sano [2].

1. Valutare i determinanti sociali della salute nel quartiere di provenienza: povertà, insicurezza alimentare, discriminazione, trauma e stress tossico, spazi urbanistici sicuri, pedonabili, spazi verdi, disponibilità di cibo sano.
2. Valutare le pratiche genitoriali (alimentazione, attività fisica, sonno, tempi di esposizione agli schermi), confrontandoli con le raccomandazioni sia per qualità che quantità. In presenza di un divario, valutare la disponibilità del bambino/adolescente e della famiglia ad apportare un cambiamento e lavorare insieme per sviluppare un piano per raggiungerlo.
3. Utilizzare un linguaggio rispettoso e non stigmatizzante discutendo di peso e comportamenti o della necessità di un cambiamento comportamentale col bambino/adolescente e colla sua famiglia.
4. Apprendere e implementare approcci comunicativi funzionali, come il colloquio di motivazione, che favoriscano il cambiamento comportamentale.
5. Essere un modello sano su alimentazione, attività fisica, sonno, uso dello schermo e cura di sé
6. Indirizzare i bambini a programmi di cura per aiutare genitori e tutori a sviluppare competenze nell'acquistare e cucinare cibi sani e appetibili ai bambini, anche con un budget limitato. Poiché l'esercizio fisico è una medicina, lavorare affinché i medici possano includere la prescrizione (concordata) di attività fisica nella propria pratica.
7. Sostenere le politiche che contrastano le discriminazioni, affrontare i determinanti sociali della salute, aumentare l'attività fisica e migliorare la nutrizione, diminuendo l'assunzione e riducendo la commercializzazione di bevande e alimenti dolci destinati a bambini e adolescenti.
8. Sostenere un finanziamento adeguato ai team sanitari che si occupano della prevenzione e della cura dell'obesità.

Tabella 3. Ostacoli e opportunità per prendersi cura dell'obesità in adolescenza emersi dall'ACTION-TEENS Italia [3].

Ostacoli
I caregiver sottostimano l'eccesso di peso dei loro figli e credono in un dimagrimento spontaneo con l'età.
Gli adolescenti si sentono troppo responsabili della perdita di peso e molti hanno sperimentato sentimenti negativi dopo aver discusso del peso con un sanitario.
I sanitari non sono allineati agli adolescenti su principali motivazioni e barriere alla perdita di peso.
Internet sembra una fonte di informazioni chiave per gli adolescenti.
Opportunità
Aumentare la consapevolezza delle basi biologiche del peso tra adolescenti, caregiver, sanitari, popolazione generale e governo.
Aumentare il livello di formazione dei sanitari sulla gestione dell'obesità in età evolutiva sulla base delle più recenti ricerche, sottolineando la necessità di diagnosi e terapie precoci, adeguate, efficaci e basate sull'evidenza scientifica.
Modificare la convinzione comune, ma inesatta, secondo cui il trattamento dell'obesità è interamente responsabilità della persona con obesità, aumentando la consapevolezza dei sanitari che le conversazioni sul peso dovrebbero essere avviate tempestivamente e con sensibilità.

eppure dei 399 ALwO che le hanno riferite, il 79% si è sentito ascoltato con attenzione e si è fidato dei consigli ricevuti; il 72% si è percepito a proprio agio. Concludendo, l'articolo definisce indispensabile da parte dei sanitari il riconoscimento dell'obesità come malattia cronica, recidivante, progressiva e meritevole di una gestione adeguata grazie all'acquisizione delle competenze necessarie per discutere di peso in modo attento e non giudicante con le famiglie ed i ragazzi (Tabella 3). Il progressivo definanziamento del SSN e la preoccupante carenza di medici e pediatri di famiglia, specialisti territoriali e ospedalieri, rappresentano un ulteriore ostacolo per affrontare il problema con la necessaria energia. Ormai da molti anni l'OMS sottolinea il bisogno di formazione dei pediatri e richiama alla presa in carico precoce dell'obesità. La sua prevalenza con la conseguente perdita di salute e anni di vita in un terzo dei nostri bambini dovrebbero spingerci a una trasformazione rapida, secondo i principi dell'urgenza, ma nella realtà la situazione sta cambiando davvero molto lentamente! Non abbiamo ancora attribuito il giusto valore ai tanti determinanti dell'obesità, da quelli socio-economici agli eventi avversi precoci, né considerato nella pratica quotidiana l'adozione di un approccio rispettoso, secondo i canoni del colloquio di motivazione, come richiesto anche dalle ultime Linee Guida americane [4]. Non abbiamo ancora preso confidenza con il First Personal Language, né cambiato le immagini, usate per la formazione professionale, spesso davvero stigmatizzanti. Non abbiamo spostato la valutazione dal peso alla salute generale,

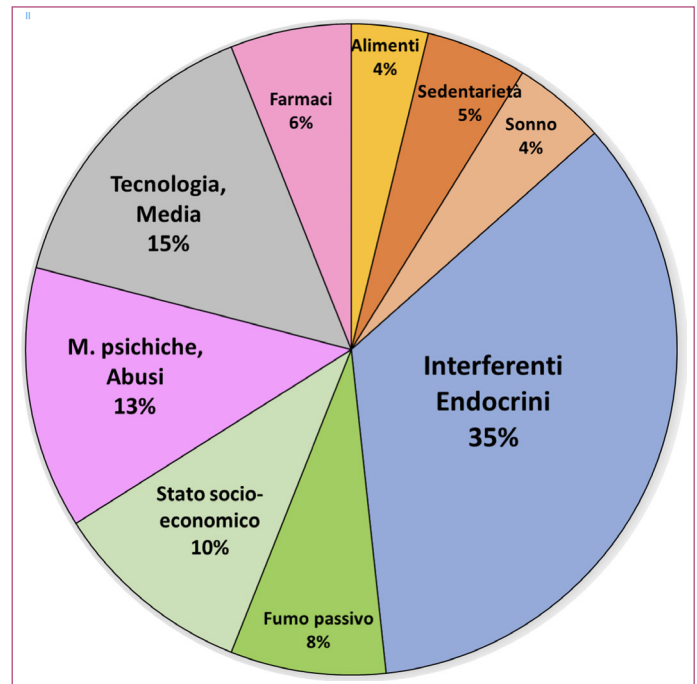
l'obiettivo di cura dal tradizionale calo ponderale al miglioramento dei comportamenti e quindi del benessere, né adottato la stadiazione secondo l'Edmonton Obesity Stage System for Pediatrics. Insomma, non siamo pronti ad occuparci di obesità, come chiede l'OMS [5], e, nonostante oggi il peso sia argomento ricorrente in tutti gli ambiti (quasi una fissazione sociale), sembra che pochi sappiano davvero come migliorare la situazione, con il rischio di apportare inconsapevolmente più danni che benefici. Un'azione importante da condividere fra sanità e altre agenzie educative è il contrasto allo stigma del peso, altamente dannoso, pervasivo e in continua crescita. Purtroppo, ancora, non abbiamo trovato azioni di sicura efficacia e lunga durata per ostacolarlo, ma sappiamo che parlare continuamente e senza competenza di eccesso di peso in famiglia, a scuola e in ambulatorio, non è solo inutile, bensì nocivo: lo stigma sul corpo e sul peso è esso stesso un forte determinante dell'obesità e del suo aggravamento, e un ostacolo forte alla cura [6]. Se vogliamo occuparci veramente di obesità, abbiamo tanto da fare: mobilitare e coinvolgere strutture e ruoli a livello politico-istituzionale che solitamente non collaborano tra di loro; regolamentare il marketing rivolto a bambini e adolescenti; ridurre lo zucchero, i dolcificanti e i cibi ultra-processati nella loro alimentazione. Ma come sanitari e attori principali della pratica clinica abbiamo compiti, solo nostri, che possiamo riassumere in tre punti da realizzare al più presto: fare formazione completa, contrastare lo stigma del peso, fare rete.

Fare formazione. La prima mossa è sempre “formare”: non solo su epidemiologia, diagnosi, terapia e complicanze, ma rendendo i sanitari consapevoli della propria tendenza ad attribuire a bambini e famiglie la responsabilità dell’obesità e dei piccolissimi esiti delle cure. Così l’obesità diventa un tabù che nessuno vuole affrontare, rimandandone la diagnosi all’arrivo delle complicanze, quando non può essere curata che con farmaci e chirurgia. La formazione condivisa alla comunicazione rispettosa col paziente, in Italia è ancora una perla di poche istituzioni illuminate [7]; quella che punta ad un cambiamento di prospettiva sull’obesità, nata dall’ascolto delle storie dei pazienti, è una vera rarità. Solo quando accademici e formatori condivideranno l’obiettivo del contrasto allo stigma del peso, potremo realizzare una “nuova” formazione da cui ripartire. Infatti PdF, pediatri ospedalieri, dietisti e infermieri sono quasi tutti ancora convinti che la colpa sia delle famiglie e che non ci sia nulla di nuovo da conoscere, a parte i nuovi farmaci e la chirurgia bariatrica in adolescenza; quindi, rifuggono dagli aggiornamenti formativi dedicati, dispensano le solite raccomandazioni, che i genitori già conoscono, e prescrivono la solita diagnostica alla ricerca delle complicanze. Parlare di stigma professionale è difficile, crea sensi di colpa nei professionisti, soprattutto nei migliori, che si difendono negando e spostando l’attenzione su altre malattie meno problematiche. Così i percorsi formativi sul trattamento dell’obesità sono realizzati con i vecchi cliché: non nuove modalità di comunicazione col paziente, non miglioramento della relazione professionista-famiglia-bambino, nessuna presa di coscienza e contrasto allo stigma del peso, bensì raccomandazioni su allattamento, svezzamento, alimentazione, attività fisica e complicanze. Soliti temi, certo utili, ma insufficienti. Conoscere la ruota del cambiamento di Prochaska e Di Clemente e il principio del rispetto della libertà di scelta del colloquio di motivazione rappresentano un bagaglio ineludibile per occuparsi di obesità.

Contrastare lo stigma. L’obesità, come tutte le malattie croniche, non è guaribile, ma è curabile. Cancellarla, quando si è strutturata ed è diventata grave, come dicono tutte le revisioni degli studi randomizzati controllati, è quasi impossibile. Il peso viene infatti mantenuto da un insieme di invincibili meccanismi neurologici, autonomici, ormonali e comportamentali, che solo adesso stiamo scoprendo. L’unica terapia, in attesa dell’arrivo di nuovi farmaci risolutivi ed utilizzabili in età evolutiva, è rappresentata dalla chirurgia bariatrica. Per contro, ridurre lo stigma e la colpa migliorerebbe la qualità della vita dei pazienti, soprattutto nel lungo termine, perché se non si può recuperare un peso “normale”, si può, invece, ridurre il rischio cardio-metabolico migliorando la salute globale. Bisogna rieducare in tal senso i professionisti, facendo loro comprendere i molti fattori favorevoli all’obesità e il loro impatto percentuale (Figura 1) [8], affinché ogni pediatra possa ridurre i sensi di colpa propri e del paziente, e sia appagato dal garantire una miglior salute, pur senza guarigione. È questa la nuova narrazione! [9]

Il Colloquio di Motivazione e l’Educazione Terapeutica del paziente, da attuarsi secondo le modalità chiarite dall’OMS nel 2023, permettono un approccio con buona evidenza di efficacia, noto ai sanitari soprattutto nelle cure primarie. La loro applicazione per l’obesità, però, è più complessa, richiede impegno, abilità ed empatia, perché lo stigma del peso ha reso i sanitari involontariamente colpevolizzanti o addirittura deridenti, e i pazienti, ripetutamente feriti, ipersensibili. Per cambiare dobbiamo

Figura 1. Revisione sistematica dell’importanza percentuale dei vari determinanti dell’obesità dei bambini, esclusa la genetica [8].



accettare i pazienti come i veri esperti della loro malattia, aiutarli con la medicina narrativa a raccontare la loro storia e trovare in essa le loro soluzioni, diventando registi del loro progetto di cura. Occuparsi di obesità, senza aver compiuto questi passi, potrebbe comportare effetti negativi. Insegnare ai bambini fin dalla scuola primaria gli “errori” alimentari delle loro famiglie e le conseguenze sulla loro salute aumenterà i loro sensi di colpa, già eccessivi e paralizzanti. Inoltre, la focalizzazione su cibo, peso e immagine corporea, favorendo problemi psicologici, contribuirà a generare minore autostima e disordini alimentari [10]. La letteratura sullo stigma è in aumento e finalmente ha rivolto la sua attenzione anche all’adolescente, al bambino e alla famiglia, evidenziando che la derisione colpisce figli e genitori (stigma di associazione) fin dalla gravidanza, con un effetto devastante sulla loro salute globale per tutta la vita [11]. Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, i momenti in cui si preparano e consumano i pasti, si fa la spesa, si comprano vestiti, sono pervasi da discorsi negativi sul peso che creano colpa e vergogna [12]. Oggi i pediatri sono chiamati a costruire guide per aiutare i genitori ad avere un dialogo positivo su peso e corpo con i propri figli, per proteggerne la salute psicologica e permettere la costruzione di un’identità sociale positiva. Dobbiamo dire loro come parlarne, anziché lasciare che lo facciano in maniera negativa, favorendo senso di inadeguatezza e tristezza. Ma come supportare i genitori, se anche noi veicoliamo messaggi negativi? Se continuiamo a considerarli i principali responsabili del loro peso e di quello dei figli, ignorando tutti gli altri determinanti dell’obesità? Se anziché ascoltarli e aiutarli a trovare percorsi di cura personalizzati, li liquidiamo con prescrizioni standardizzate? Proviamo invece a riconoscere lo stigma in ambito sanitario, le sue conseguenze (Tabella 4) e le possibili strategie per cambiare (Tabella 5); familiarizziamo con le guide per genitori che insegnano come parlare di peso [11], ridurre lo stigma e migliorare lo stile di vita in famiglia [13]. Cominciamo, infine, a cambiare le parole im-

Tabella 4. Aspetti peculiari dello Stigma del Peso Professionale che peggiorano la comunicazione nella pratica clinica [11].

Comunicazione e convinzioni del sanitario	Conseguenze sui pazienti
<ul style="list-style-type: none"> • Linguaggio stigmatizzante, insensibile o colpevolizzante • Atteggiamenti e stereotipi negativi basati sul peso • Attribuzione dell'obesità alle scelte personali • Terminologia sul peso non gradita ai pazienti • Mancanza di comunicazione centrata sul paziente • Costruzione inadeguata di relazione e mancanza di empatia • Attribuzione dei problemi attuali solo al peso senza considerare altre possibili spiegazioni • Enfasi sul peso o sulla perdita di peso come unico o principale obiettivo della cura 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensazione di essere incolpati e giudicati per il loro peso • Minore fiducia nei sanitari • Peggiora comunicazione sanitario-paziente • Minore aderenza e risultati delle cure • Minore qualità della cura • Rinuncia o ritardo delle cure per tutte le malattie • Attrezzature mediche inadeguate per persone di grandi dimensioni

Tabella 5. Strategie per ridurre lo Stigma del Peso in Sanità [1,11].

Nella formazione professionale	
<p>Migliorare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza di tutti i determinanti dell'obesità soprattutto quelli genetici e socio-ambientali. • Conoscenza e consapevolezza dello stigma implicito ed esplicito nella comunicazione, della sua prevalenza e ruolo nell'aumentare il disagio psicologico e peggiorare la salute delle persone con peso corporeo elevato. • Consapevolezza dei sanitari che il ritardo o l'evitamento delle cure può essere dovuto a esperienze di stigma pregresso dei pazienti. • Conoscenza dei danni causati dalle norme socio-culturali e dai messaggi sul peso. 	<p>Facilitare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empatia, enfatizzando il rispetto e l'accettazione delle dimensioni corporee. • Strategie e opportunità per evitare la stigmatizzazione e praticare la non-stigmatizzazione. • Approccio inclusivo sul peso, affinché tutti, indipendentemente dalle dimensioni, abbiano una buona assistenza sanitaria. • Creazione di un ambiente clinico accogliente e non stigmatizzante per pazienti di dimensioni corporee maggiori.
Nelle infrastrutture sanitarie e nei processi	
Fornire sedie, bracciali per misurare la pressione arteriosa, bilance, letti, servizi igienici, docce e camici di dimensioni adeguate.	Utilizzare un linguaggio non-stigmatizzante nella segnaletica, nelle descrizioni dei servizi e nella documentazione.
Nella pratica clinica	
Medici e dirigenti esperti dovrebbero adottare comportamenti di supporto, imparziali nei confronti delle persone con obesità e non tollerare alcuna discriminazione sul peso.	Utilizzare un linguaggio appropriato ("persona con obesità" piuttosto che "obesa") e identificare il termine che le persone preferiscono per riferirsi alla loro condizione.

parando dallo studio della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica su 640 questionari compilati da genitori di bambini con sovrappeso/obesità e ALwO, distribuiti poco prima della pandemia Covid-19 in 17 centri di II° Livello italiani e dieci ambulatori di PdF campani. Lo studio afferma che dei 10 termini comunemente usati dai sanitari per parlare di peso (peso, peso-eccessivo, peso-non-salutare, sovrappeso, obesità, obesità-grave, obesità-severa, obesità-complicata, grasso, molto-grasso) solo peso-non-salutare e peso superiore alla norma sono sentiti come motivanti e non offensivi. Non esistendo un unico termine valido per tutti i pazienti, l'unico consiglio pratico è quello di chiedere loro con quali parole parlarne [14].

Fare Rete. Per anni molti pediatri di famiglia e specialisti hanno cercato di curare da soli i loro pazienti, ma senza la rete, su questa malattia, raramente si possono ottenere risultati soddisfacenti e duraturi. Il fiume di piccoli progetti non coordinati fra loro, spesso sponsorizzati dall'industria alimentare, svolti su pochi bambini e per tempi limitati, a cui oggi siamo di fronte, non riuscirà a rispondere agli interrogativi su come contrastare l'obesità. Per raggiungere soluzioni efficaci è necessaria la costruzione di una rete di educatori formati anche su relazione e contrasto allo stigma, capaci di collaborare a un progetto istituzionale per migliorare le capacità di scelta delle famiglie sostenendone la self-efficacy. Tutti quelli che hanno provato a curare questa malattia persistente e recidivante si sono resi conto dell'inconsistenza di interventi isolati. Inoltre, le raccomandazioni della Task Force dei Servizi di Prevenzione degli Stati Uniti del giugno 2024

[15] confermano che, nonostante la mole di lavori pubblicati, interventi comportamentali completi e intensivi rimangono inaccessibili alla quasi totalità dei bambini con obesità. Per implementarli, occorrono cambiamenti nelle priorità e investimenti a livello locale, regionale e nazionale per predisporre le risorse sanitarie necessarie, affrontando contemporaneamente i fattori sociali, economici, politici e ambientali: una combinazione sinergica di buone pratiche cliniche e interventi di politica, ormai ben noti, fondamentale per invertire la tendenza all'aumento dell'obesità infantile.

Fortunatamente in Italia, qualcosa si sta muovendo

Dal 2013 in Emilia Romagna, con l'approvazione del Modello Regionale di gestione e cura del bambino e dell'adolescente con obesità, si lavora ad un progetto che sta crescendo, imparando dai propri errori e diventando uno strumento di cura su 3 livelli davvero efficace su grandi numeri.

Nel 2022 con l'approvazione del Ministero della Salute delle Linee di Indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità si è ufficializzata la collaborazione di tutta la Sanità. I punti cruciali del documento sono:

- attivazione di un Piano Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) per integrare servizi di prevenzione e di cura (da realizzare nel 30-60% delle regioni entro 3-5 anni);
- formazione professionale per PdF e Medici di Medicina Generale (≥ 1 percorso/anno dal 2° anno nel 100%) e accordi (dal 3°-5° anno nell'80-100% delle regioni);
- attivazione intersettoriale col coinvolgimento di scuole, ristora-

zione collettiva e luoghi di lavoro.

Per realizzare tutto ciò varie regioni hanno presentato al Ministero due progetti di ricerca (CCM 2022), secondo il Chronic Care Model, che sono stati approvati e finanziati:

- Il I° presentato da 9 regioni: Emilia-Romagna (capofila), Piemonte, Lombardia, Veneto, Lazio, Toscana, Campania, Puglia, e Sicilia verte su “Applicazione del PPDTA per la gestione integrata dei soggetti in sovrappeso/obesità attraverso interventi mirati efficaci, appropriati e sostenibili, partendo dalla rete sanitaria già esistente”.

- Il II° presentato da 4 regioni: Toscana (capofila), Veneto, Campania, Calabria verte su “Combattere l'eccesso ponderale in età adolescenziale attraverso la costruzione di un PPTDA integrato”.

Gli obiettivi dei due progetti sono:

- Costituzione/consolidamento della Rete sanitaria clinica e preventiva e Mappatura delle risorse;
- Estensione di esperienze in atto, Sperimentazione di nuovi progetti, Analisi dei loro punti di forza e criticità;
- Formazione professionale allargata a tutta la rete.

La Regione Emilia-Romagna, che già aveva attivato programmi specifici integrati e multifunzionali, ha riconfermato il proprio impegno e messo a disposizione delle altre Regioni l'esperienza maturata in questi anni. Gli interventi, mirati, efficaci e sostenibili, sono strutturati all'interno della rete sanitaria esistente su 3 livelli, dai PdF ai pediatri ospedalieri, passando per un nuovo team multidisciplinare (II livello). I PdF sono sostenuti da una formazione continua e hanno accesso a una piattaforma online di raccolta dati creata ad hoc [16]. Questo modello operativo ha già fatto registrare i suoi frutti: su 944 bambini con obesità, di 8-9 anni, seguiti per 10 mesi dal team di II livello dal 2018 al 2023, in 7 territori della regione, il 76% ha presentato un miglioramento del peso e tantissimi dello stile di vita alimentare e motorio. Questa strategia sembra adattabile a tutte le realtà italiane. Inoltre l'AUSL di Reggio Emilia dal 2021 ha attivato l'App BeBa, strumento di information technology e health promotion, scaricabile gratuitamente dagli Appstore e Googleplay e di facile consultazione, per guidare le famiglie nelle scelte salutari.

Conclusioni

Occorrerà ancora tempo per registrare un cambiamento in tutto il nostro territorio, ma il primo passo, il più difficile, quello di cambiare la narrazione dell'obesità nei sanitari per cambiare il pensiero dei pazienti, non richiede investimenti economici ingenti, ma percorsi di crescita personale dei professionisti in attività e in formazione, partendo dall'adozione di una “terminologia rispettosa” nei contesti sanitari. Così potremo cominciare a migliorare l'approccio terapeutico, ridurre l'interiorizzazione dello stigma sul peso e il drop-out, cambiando la storia futura dei bambini con eccesso ponderale. Il passo successivo sarà diffondere le pratiche realizzate e offrire ovunque progetti che coinvolgano contemporaneamente cure primarie e team di specialisti, senza dimenticare la transizione alle cure dell'adulto.

Ma per realizzare tutto ciò occorrerà investire seriamente nella cura di questa bistrattata patologia.

behaviors among adolescents living with obesity, caregivers, and healthcare professionals in Italy: the ACTION Teens study. *Eat Weight Disord.* 2024;29:35.

4. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical Practice Guidelines for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics.* 2023;151:e2022060640.

5. Tanas R, Carabotta M, Chiarelli F. Dal WHO un'allerta a tutti e in primis ai pediatri: come e perché occuparsi di obesità. Commento al Documento “OBESITY 2022” del WHO, Ufficio regionale per l'Europa. *Pagine elettroniche Quaderni ACP* 2022;29:d,1 pag 1

6. Braddock A, Browne NT, Houser M, et al Weight stigma and bias: A guide for pediatric clinicians 2023 *Obesity Pillars* 2023;6:100058

7. Ardis S. *La costruzione della relazione. La comunicazione in ambulatorio.* Ed. Aonia. 2020.

8. Lichtveld K, Thomas K, Tulve NS. Chemical and non-chemical stressors affecting childhood obesity: a systematic scoping review. *J Expo Sci Environ Epidemiol.* 2018;28:1.

9. English S, Vallis M. Moving beyond eat less, move more using willpower: Reframing obesity as a chronic disease impact of the 2020 Canadian obesity guidelines reframed narrative on perceptions of self and the patient-provider relationship. *Clinical Obesity* 2023;13:e12615

10. Jebeile H, McMaster CM, Johnson BJ, et al. Identifying Factors Which Influence Eating Disorder Risk during Behavioral Weight Management: A Consensus Study. *Nutrients.* 2023; 15:1085.

11. Puhl RM. Weight Stigma and Barriers to Effective Obesity Care. *Gastroenterol Clin North Am.* 2023;52:417.

12. Hooper L, Puhl R, Eisenberg ME, et al. How Weight Stigma Affects Weight-Related Health in Adolescents and Young Adults: Public Health Research with Implications for Translation into Clinical Practice. *J Clin Transl Sci.* 2022;6(Suppl 1):7.

13. Gillison FB, Grey EB, Baber F, et al The systematic development of guidance for parents on talking to children of primary school age about weight. *BMC Public Health.* 2023;23:1704.

14. Tanas R, Licenziati MR, Calcaterra V, et al. Quali parole per “curare” l'obesità in età evolutiva? Risultati preliminari di un'indagine del Gruppo di studio Obesità Infantile della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) *La Rivista di Pediatria Preventivo Sociale* 2021(1) pag 32.

15. Robinson TN, Armstrong SC. Treatment Interventions for Child and Adolescent Obesity: From Evidence to Recommendations to Action. *JAMA.* Published online June 18, 2024. doi:10.1001/jama.2024.11980

16. Fridel M, Broccoli S, D'Anchera E, et al. Il modello di gestione del bambino sovrappeso e obeso in regione Emilia-Romagna: primi risultati. *MedicoeBambino* 2022;25:e26.

1. Lister NB, Baur LA, Felix JF, et al. Child and adolescent obesity. *Nat Rev Dis Primers.* 2023;9:24.

2. Muth ND, Bolling C, Hannon T, et al. The Role of the Pediatrician in the Promotion of Healthy, Active Living. *Pediatrics.* 2024;153:1.

3. Maffei C, Busetto L, Wasniewska M, et al. Perceptions, attitudes, and