

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.

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

Commento a cura di Rita Tanas¹, Maura Carabotta², Francesco Chiarelli³

1. *Pediatra Endocrinologa, Ferrara*

2. *Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Chieti*

3. *Direttore, Clinica Pediatrica, Chieti*

L'obesità è una malattia che ha le sue radici nei primi anni di vita e in adolescenza e, se non adeguatamente gestita, si perpetua e aggrava nel corso della vita. La prevalenza, sempre in aumento, è cresciuta ulteriormente soprattutto nei bambini in età prescolare con la pandemia di SARS-CoV-2 e con le regole di distanziamento attuate per contrastarla, che hanno favorito un peggioramento dell'ambiente obesogenico, soprattutto digitale [1]. Da pediatra endocrinologa che si occupa di bambini e adolescenti con obesità dal 1975 ho potuto constatare che l'unico ente davvero interessato alla gestione dell'Obesità è il WHO. Indubbiamente l'Italia ha collaborato con il monitoraggio biennale di OKkio alla Salute, ma, a mio parere, affrontare questo fenomeno solo dal punto di vista epidemiologico è davvero troppo poco! I bambini con obesità tendono a diventare adolescenti con obesità e l'80% degli adolescenti con obesità diventa un adulto con obesità; nonostante ciò l'interesse generale e professionale verso questa malattia rimane decisamente scarso e gli ostacoli prevalgono sulla motivazione ad occuparsene nell'agire quotidiano dei professionisti sanitari [2]. La letteratura registra una grande necessità di formazione professionale aggiornata e adeguata alla sua gestione, ma sembra che i professionisti non si rendano conto di averne bisogno [3]. Quando ho proposto un articolo sul tema ad alcuni editori di riviste italiane, mi è stato risposto che pubblicare un articolo sull'obesità all'anno "E' troppo, quasi ripetitivo. Non interessa i lettori!" e che "Pubblicare risultati di studi di terapia ben condotti per 2 anni in Italia, ma con i soliti successi parziali, non dice nulla di nuovo". Purtroppo la Sanità non se ne sta ancora occupando nel modo adeguato e la Politica, pur avendo istituito una commissione del Senato dedicata, per altro senza possibilità di spesa, non riesce a realizzare quasi nulla di ciò che dovrebbe. Il WHO continua a diffondere documenti sul tema valutando le azioni realizzate dai singoli paesi ed evidenziando quelle che potrebbero essere diffuse e rese routinarie in altri. Dopo aver chiesto agli stati membri dell'Europa la riduzione del 50% della prevalenza e, successivamente, solo la sua stabilizzazione per il 2025, ora allerta che nessuno stato è sulla buona strada per raggiungere questo obiettivo. In quest'ultimo documento ci sono numerosi passaggi importanti e innovativi, pertanto è auspicabile che i decisori politici, i responsabili della formazione universitaria e i presidenti delle società scientifiche, soprattutto di quelle pediatriche, studino attentamente l'intero documento e ne condividano fattivamente i contenuti.

I temi di rilievo del documento sono:

- Una sottolineatura continua del bisogno di una "nuova narrazione" dell'obesità [4], non solo come malattia, ma come malattia cronica complessa sia nell'eziologia che nella gestione. Dalla sua storia naturale si evince che una volta manifestatasi, senza interventi terapeutici continuativi, tenda spontaneamente a perdurare e aggravarsi.
- L'importanza dell'età evolutiva fin dal pre-concepimento e del ruolo della politica nel contenimento di un ambiente sempre più obesogenico.
- Il ruolo dell'ambiente obesogenico, termine creato 25 anni fa per definire un ambiente che favorisce uno stile di vita non salutare, promuovendo cibi non salutari e sedentarietà. Negli ultimi decenni si è infatti sviluppato un ambiente che non è più adatto ai bambini, agli adolescenti e alle persone fisicamente, psicologicamente ed economicamente più fragili; un mondo nel quale bisogna costantemente difendersi! Il principio del programma WHO "Gaining the health", ovvero rendere facili

Tabella 1. Gli ostacoli all'alimentazione sana dei bambini

Commenti delle madri con status socioeconomico basso
"È facile portare i bambini al McDonalds o in posti simili".
"La frutta e la verdura sono costose. È un peccato che non riescano a renderle più economiche".
"C'è sempre un'offerta <i>compra uno e prendi due</i> sul cibo spazzatura, non c'è su un pacchetto di cosce di pollo o cibi simili".
"Preferirei che certi cibi non fossero davanti alla cassa. Preferirei prendere dei cioccolatini per scelta, un motivo specifico, non mi piace che li vedano lì mentre stiamo aspettando, potrebbero irritarsi se dicessi di no".
"Le offerte speciali sono insidiose. Sono lì mentre varchi le porte, è la prima cosa che incontri e pensi: sì la compro! Forse sono come un bambino."

le scelte salutari, è stato sovvertito. Attualmente le scelte facili sono proprio quelle contrarie alla buona salute; quelle salutari, invece, stanno diventando sempre più difficili, quasi impossibili, per ampie fasce di popolazione. La Tabella 1 riporta, attraverso i pensieri di alcune mamme, le difficoltà da loro riscontrate nel far mangiare sano i loro piccoli. Il WHO da sempre cerca di contrastare l'ambiente obesogenico con l'invito al suo progetto Healthy Cities ovvero Città Sane. In Italia sono 70 le città entrate in questo gruppo ed altre stanno chiedendo di entrare per promuovere uno stile di vita più attivo facilmente accessibile per tutti. A sottolineare quanto gli ambienti, e quello digitale in specie, siano importanti vi sono ben due capitoli dedicati. L'ambiente obesogenico pone l'obesità nel gruppo delle malattie sociali. Nel mondo attuale l'invito a uno stile di vita non salutare è sempre più insidioso, forte e aggravato dall'avvento dei social e dalla loro crescita durante la pandemia Covid-19. L'offerta di cibo in tv è sottoposta a regolamenti, ma le loro violazioni sono continue. L'offerta di cibo sui social, come la vendita di alimenti già pronti a domicilio, a qualunque ora e in pochissimo tempo, è in aumento vertiginoso, non ha ancora nessun controllo e non sarà facile da controllare in futuro. Strumenti di monitoraggio, come quello citato, "Click monitoring framework", hanno evidenziato l'elevato livello di esposizione dei bambini a marketing su cibo non salutare, offerto sui social, da influencer e con video game. Occorrono forti azioni politiche per combatterlo, con carattere di precedenza su tutte le altre azioni di contrasto all'obesità.

- La mancata consapevolezza della popolazione generale e dei professionisti della salute. Nonostante l'obesità sia da anni inserita fra le malattie croniche e riconosciuta come malattia complessa ad etiologia multifattoriale, moltissime persone, compresi gli stessi sanitari, non solo ignorano le sue conseguenze negative sulla salute, tuttavia modificabili con opportuni interventi sui suoi determinanti, ma soprattutto la collegano ancora fortemente alla responsabilità personale, sostenendo il pregiudizio del peso e ostacolando così un lavoro che potrebbe ridurre le morti e gli anni di invalidità ad essa connessi. Il documento afferma che la formazione carente dei sanitari, ovvero la loro "analfabetizzazione", è un forte determinante di obesità, pertanto migliorare le conoscenze, le competenze e le capacità comunicative professionali per aumentare la consapevolezza della popolazione dovrebbe essere un punto fondamentale per prevenire e curare l'obesità. Le false percezioni hanno creato un forte stigma sul peso nella popolazione e nei sanitari. Dal 2017 il WHO sta cercando di contrastare attivamente lo stigma del peso. In questo documento la sua importanza viene ribadita in ogni capitolo, sottoli-

neandone la sua diffusione e crescita, la sua presenza anche in ambito sanitario, dove è, ovviamente, più dannoso per la salute fisica e mentale delle persone. L'inserimento nel documento di una decina di storie di persone con obesità, quasi tutte iniziate nell'infanzia o nell'adolescenza, fa sentire l'urgenza di progettare una formazione professionale soprattutto per gli operatori dell'età evolutiva al fine di creare in loro la consapevolezza dello stigma del peso, di cui siamo tutti portatori e iniziare un processo di cambiamento. Occorre modificare anche le campagne di salute pubblica rendendole neutre sul peso, ovvero dando come obiettivo la salute e non la mera riduzione ponderale, e sviluppandole lungo tutto il corso della vita. Anche molti politici non classificano l'obesità come malattia sociale ambientale, ma la ritengono effetto di cattivi comportamenti individuali e non si impegnano nella promozione di un ambiente salutare che favorisca scelte sane. Tale mancata consapevolezza ostacola il contrasto all'obesità, che richiederebbe sforzi in tutti gli ambiti, da quello politico, urbanistico, scolastico a quello sanitario, dalle cure primarie agli specialisti, e lo sviluppo della capacità di equità, ossia il superare le disuguaglianze trattando tutti con rispetto e dignità senza lasciare indietro nessuno.

Quindi il documento entra nell'ambito più propriamente sanitario con tre capitoli:

1. sulle comorbidità dell'obesità e la sua influenza sulla salute fisica e mentale della popolazione fin dalla programmazione della gravidanza;
2. sull'aumentato rischio di almeno 13 forme di cancro: mammella in post-menopausa, colon-retto, endometrio, rene, fegato, cistifellea, ovaio, pancreas, cardias gastrico, esofago, tiroide, mieloma multiplo e meningioma. Oggi si stima che l'obesità sia responsabile di circa 200.000 casi di cancro all'anno, numero in aumento al punto che essa sta superando il fumo fra i fattori di rischio oncologico prevedibile;
3. sul rischio di ammalare di Covid-19 e di sviluppare forme gravi e mortali a qualunque età.

I punti di maggior rilievo sulla gestione sanitaria del peso per i professionisti della sanità, e in particolare per i pediatri, sono:

- la carente formazione professionale;
- la mancanza di Linee Guida Nazionali in molti paesi, tanto che si sta istituendo una commissione che ne faccia un documento per l'Europa entro l'anno venturo;
- la necessità di riorientare la cura verso la salute delle persone, piuttosto che la modifica del peso o BMI.

La nuova definizione dell'obesità, da inquadrare non come eccesso di adiposità, ma come eccesso di adiposità che aumenta il rischio di sviluppare malattie, richiede di migliorare il modo di fare e comunicare la diagnosi e, in età evolutiva, di non limitarsi al BMI zscore, calcolato con le carte WHO del 2006-2007 ed i suoi cutoff, ma di utilizzare l'Edmonton Stage System - Paediatric (EOSS-P) già applicato in Canada dal 2016, che ha dimostrato di evidenziare con più accuratezza i bambini con maggiori bisogni assistenziali e rischio di persistenza e aggravamento della malattia (Tabella 2). Questo sistema di stadiazione, ancora poco diffuso in Italia, prende in considerazione quattro aree, ovvero le 4 M: comorbidità metaboliche, meccaniche, mentali e ambiente circostante (milieu), soprattutto familiare, e attribuisce uno stadio al paziente in base al punteggio massimo raggiunto in una qualunque di queste aree (punteggio da 0 = nessuna alterazione a 1 = lieve, 2 = moderata e 3 = grave) [5]. Alla gestione sanitaria del peso viene dedicato un capitolo valutando le peculiarità nelle varie età, con suggerimenti e tabelle differenziate dal concepimento ai primi mesi di vita e al primo anno, dal bambino di 1 - 10 anni e dal ragazzo di 10 - 19 anni fino agli adulti e agli ultra sessantenni, sottolineando il bisogno di cure continuative lungo tutto il corso della vita. Occorre programmare adeguati finanziamenti della sanità per realizzare questi progetti che vanno dal favorire l'allattamento materno alla vendita di cibo più sano per i primi anni di vita. I progetti devono essere volti a fornire sostegno alle famiglie per il miglioramento dello stile di vita alimentare e motorio, sia nella prevenzione che nella terapia, accompagnando le persone nel tempo. Gli interven-

ti sono difficili, impegnativi e costosi, i centri disponibili insufficienti, spesso troppo distanti. Le cure attuali sono frammentate e sotto-finanziate, senza collaborazione fra i vari livelli e settori, senza un percorso chiaro che preveda l'educazione e il sostegno alle famiglie, con grave carenza di personale formato. Il trattamento, invece, andrebbe personalizzato, soprattutto secondo le esigenze delle famiglie, la loro prontezza al cambiamento e in adolescenza il bisogno di autonomia del paziente [6]. Se gli interventi possono ottenere solo piccoli cambiamenti del peso, possono condurre a un'importante riduzione del rischio di comorbidità. Le cure vanno offerte in particolare alle classi sociali più disagiate, a maggior rischio di ammalare e di non trovare adeguata assistenza. La sanità "aziendalizzata" non sta offrendo percorsi aggiornati di cure per tutti. Curarsi è difficile, quasi impossibile, come si racconta nelle storie delle persone con obesità inserite nel documento, che hanno impiegato anni per trovare risposte terapeutiche adeguate. Occorrono nuovi investimenti fin dalle cure primarie. Da anni si chiede a tutti i professionisti di farsi carico della cura dell'obesità ascoltando i pazienti e cercando di costruire un percorso con loro! Forse siamo finalmente arrivati a comprendere che non si possono giudicare negativamente, senza prove, le famiglie per l'obesità dei figli o degli stessi genitori, accusarle di negligenza, considerarle responsabili di scelte non libere, pensare che quello che dovrebbero fare sia facilissimo e contemporaneamente chiedere loro di realizzare un percorso lungo e impegnativo, come sappiamo essere quello per ridurre o almeno mantenere stabile il peso corporeo! Lo stile di vita sano è difficile, costoso, e persino foriero di isolamento sociale. Tutta la letteratura rileva che ci riescono solo in pochissimi, sia adulti che bambini, e che in media il BMI zscore dei bambini e adolescenti con obesità resta invariato persino nei migliori progetti di ricerca [7]. L'evidenza indica che le preferenze alimentari e le soglie della sazietà si stabiliscono nella prima infanzia e dopo sono difficili da invertire. Pertanto, modelli condivisi in famiglia possono diffondere più sane abitudini alimentari migliorando lo stato ponderale da una generazione all'altra. Pertanto è evidente la necessità di politiche e interventi strutturali per fornire alle famiglie a basso reddito il supporto di cui hanno bisogno per interrompere il ciclo dell'obesità (Figura 1). La Sanità deve "rimbocarsi le maniche" per iniziare finalmente a formare i professionisti della salute, partendo da costrutti semplici come quello delle 5 A modificato, adottato in Canada per le cure primarie dell'adulto e poi del bambino (Tabella 3) [8-9]. Per i bambini sotto i 10 anni di età, le cure primarie sono la sede della cura, quindi i Pediatri di Libera Scelta con eventuale sostegno di collaboratori formati (dietista, psicologo ed esper-

Tabella 2. Le 4 aree di valutazione per definire la gravità dei bambini e adolescenti con obesità dell'EOSS-P (5)

Area	Patologie
Metabolica	<ul style="list-style-type: none"> • Sindrome Metabolica • Alterazioni glucidiche (IGT, DM2), Dislipidemia, Iperensione arteriosa • Steatosi epatica non alcolica • Sindrome dell'ovaio policistico
Meccanica	<ul style="list-style-type: none"> • Sindrome delle apnee ostruttive del sonno • Reflusso gastroesofageo • Dolore e disfunzioni muscolo-scheletriche
Mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento sociale • Stigmatizzazione • Disturbi psichiatrici (depressione, ansia) • Difficoltà scolastiche • Insoddisfazione per il proprio corpo • Disturbi del comportamento alimentare • Prese in giro e bullismo
(Mezzo) Ambientale	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà scolastiche • Famiglia monoparentale • Problemi di salute dei genitori • Depressione o uso di droghe della madre • Cattivo funzionamento della famiglia • Bisogno di assistenza sociale • Mancanza di sostegno emotivo

Figura 1. Il Ciclo intergenerazionale dell'obesità. Da: La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta, 2007

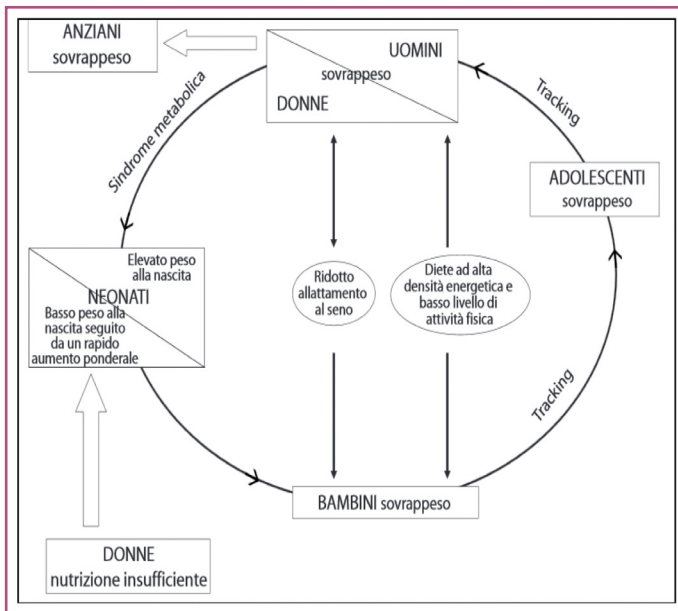
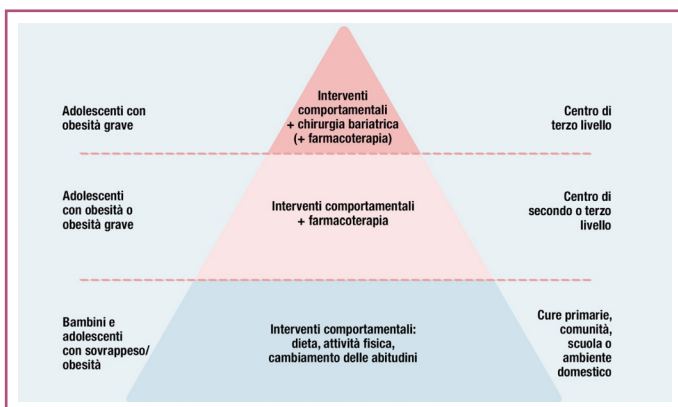


Figura 2. Livelli di assistenza sanitaria al bambino e adolescente con sovrappeso/obesità in base all'età ed alla severità della malattia



to di motricità); solo dopo, per gli adolescenti con obesità moderata/grave, si devono prevedere team multidisciplinari di 2 o 3° livello (Figura 2). La formazione per questa nuova gestione del peso deve ancora decollare. Personalmente, nei 6 anni di università e negli 8 anni di 2 corsi di specialità, ho assistito solo nell'ultimo anno a una lezione sull'obesità con un caso clinico: una paziente con obesità definita apertamente dal professore "mostruosa". Trent'anni fa, quando ancora si parlava poco di stigma, questo episodio mi ha insegnato come i sanitari possano inconsapevolmente stigmatizzare una persona, persino in un'aula universitaria! La situazione non è cambiata neppure negli ultimi anni. I corsi post-universitari per professionisti, quando affrontano la cura dell'obesità, tendono a focalizzarsi solo sulle complicanze, contribuendo al rinforzo dei sensi di colpa dei pazienti, senza fornire indicazioni su come comunicare con i pazienti e intervenire nella pratica clinica per sostenere motivazione e aderenza terapeutica nel tempo [10]. Stiamo imparando a conoscere il ruolo dello stigma del peso e soprattutto della sua interiorizzazione sulla salute psicofisica di adulti e adolescenti [11-12], ma ancora sappiamo poco dello stigma precoce del bambino che non si racconta, non compila questionari, ma va male a scuola fino a smettere di frequentare, perché non è accettato ed è lasciato in solitudine [13].

Conclusioni

Si sono affrontati i determinanti sociali dell'obesità, ma il lavoro futuro deve affrontare, più in dettaglio, come l'obesità contribuisca alle disu-

Tabella 3. Il Costrutto breve di counseling comportamentale delle 5 As (8-9)

1. Ask, Chiedere il permesso di occuparsi del peso per comunicare rispetto, prima ancora di comunicare un sospetto diagnostico
2. Assess, Fare la diagnosi: valutare BMI, W/H, complicanze, stadio di gravità dell'obesità;
3. Advice, Comunicare la diagnosi: informare sui rischi per la salute, ma soprattutto sui benefici del cambiamento dello Stile di Vita, sulla necessità di una strategia a lungo termine e sulle opzioni di trattamento.
4. Agree, Progettare insieme: costruire un piano condiviso con la famiglia ed il bambino/ragazzo. Concordare aspettative/obiettivi e cambiamenti comportamentali realistici. Pazienti e medici hanno aspettative eccessive; gli interventi dovrebbero concentrarsi sul cambiamento dei comportamenti e non sul cambiamento del peso.
5. Assist and Arrange, Offrire risorse: Aiutarli a individuare / affrontare gli ostacoli: aiutare le famiglie a trovare strade per realizzare la cura. Troppo facile dire "mangia meno e muoviti di più": lo sanno già, la maggior parte dei pazienti ha notevoli difficoltà a distinguere fonti di informazione attendibili. Organizzare un follow-up regolare, principio essenziale della gestione delle malattie croniche. Valutare nel tempo l'andamento della malattia. Concordare l'appuntamento successivo comunica fiducia verso un percorso che si può fare, anzi che loro possano fare, senza illudere che tutti possano guarire definitivamente.

guaglianze nella società al fine di comprendere come si possano sostenere meglio i gruppi più vulnerabili garantendo a tutti, indipendentemente dallo stato socioeconomico, l'accesso a cure di qualità. I gruppi di basso livello socio-economico, inclusi rifugiati e migranti, donne, bambini e anziani devono purtroppo affrontare molti ostacoli per compiere scelte sane ed è necessaria un'azione multisettoriale per garantire loro un accesso a cibi sani e l'opportunità di una buona attività fisica nonché la gestione dell'obesità come parte della copertura sanitaria universale. È necessario altro lavoro per comprendere meglio le influenze ambientali sull'obesità di ambienti edilizi, fiscali, alimentari, vendita al dettaglio e inquinamento. Gli ambienti digitali sono un altro fattore determinante della salute ed è necessario limitare la pubblicità di prodotti non sani online, in particolare di quella rivolta ai bambini. I lavori potrebbero essere associati a quelli per il controllo dei media digitali: lotta alla disinformazione online, garanzia della privacy e riduzione del danno. Si devono sfruttare anche le opportunità di rafforzare l'alfabetizzazione mediatica della popolazione, integrandola nel sistema educativo dei bambini. Questo rapporto del WHO espone le opportunità politiche, nelle varie fasi della vita e nei vari contesti (scuole, luoghi di lavoro, città, ospedali, case di riposo, etc.), in linea con i principi di promozione della salute (Tabella 4).

Già nel dicembre 2021 la Carta di Ginevra sul benessere rimarcava "il bisogno di un impegno globale per ottenere risultati sanitari e sociali equi, ora e in futuro, senza distruggere la salute del nostro pianeta". Molti Paesi stanno già sviluppando linee guida e il WHO è pronto a condividere le migliori pratiche. Ulteriore sostegno servirà nell'attuazione di una strategia di "Salute in tutte le politiche". Decisioni e comportamenti sani sono influenzati da una serie di fattori psicologici, culturali e strutturali che condizionano il modo in cui le persone rispondono agli interventi di cambiamento comportamentale. Per la progettazione e l'attuazione di politiche efficaci sull'obesità occorrono interventi che considerino le sue complesse influenze culturali e sociali sulla salute, come insegnano le scienze comportamentali. Poiché i sistemi alimentari devono modificarsi in sintonia con la perdita di biodiversità e l'esaurimento delle risorse naturali, si impongono cambiamenti sostenibili per il benessere sia del pianeta che degli esseri umani e maggiori investimenti per promuoverli. Il WHO offrirà supporto affinché vengano sviluppate politiche sanitarie efficaci (Tabella 5). L'industria alimentare crea spesso narrazioni sofisticate per superare le raccomandazioni sulla salute, sostenendo di esaudire le richieste dei consumatori e, quindi, scaricando su di loro la responsabilità di un ambiente non-sano. È importante evidenziare i potenziali conflitti di interesse e sviluppare ricerca per esaminare le prove di queste narrazioni. È necessario un lavoro aggiuntivo per dimostrare l'esito dell'adozione di

Tabella 4. Azioni politiche per contrastare l'obesità, che promettono massima efficacia sull'intera popolazione

Tassazione bevande dolci e riduzione dello zucchero negli alimenti processati.
Limitazione della promozione in primo piano delle vendite di cibi non-sani.
Divieto di pubblicità online di cibi non sani ai bambini.
Limitazione della proliferazione di take-away nei quartieri con reddito più basso.
Programmi per donne e coppie che progettano una gravidanza per offrire un supporto tempestivo e culturalmente sensibile al cambiamento di stile di vita, con una messaggistica che promuova alimentazione e attività fisica sane, nei contatti con i servizi sanitari.
Voucher alimentari e interventi comportamentali per ottimizzare l'alimentazione delle madri in gravidanza.
Promozione dell'iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini" e "Dieci Passi per il Successo dell'Allattamento al seno" rispettando il Codice internazionale di commercializzazione dei sostituti del latte materno.
Adozione di politiche per garantire che gli alimenti commerciali per l'infanzia siano etichettati accuratamente e commercializzati in conformità con le normative, fissando obiettivi che incoraggino l'industria a riformulare e migliorare l'offerta di cibo per neonati/bambini.
Supporto mirato e culturalmente appropriato degli operatori sanitari alle famiglie socio-economicamente più vulnerabili per promuovere una genitorialità positiva e autorevole.
Norme alimentari obbligatorie per le strutture di assistenza e ricreazione per l'infanzia, formazione scolastica sull'alimentazione, fornitura di pasti scolastici gratuiti per i più vulnerabili.
Messaggistica mirata per i giovani che riformuli le scelte alimentari non sane come incompatibili con i valori di autonomia e giustizia sociale dell'adolescente e inquadri il mangiare sano come strategia collettiva contro il cambiamento climatico.
Programmi sul posto di lavoro di benessere e di gestione del peso per adulti con obesità per il miglioramento dei comportamenti alimentari e motori.
Interventi alimentari e motori adeguati per adulti di basso livello socioeconomico, anziani o pensionati.
Monitoraggio, sviluppo e implementazione di misure governative per limitare l'esposizione dei bambini al marketing digitale di alimenti e bevande.
Normative sulla digitalizzazione degli ambienti alimentari.
Monitoraggio dell'attuazione delle politiche sul marketing digitale, vendita al dettaglio di prodotti alimentari online e consegna di pasti a domicilio.
Visualizzazione delle informazioni nutrizionali degli alimenti nei ristoranti e sulle app per la consegna dei pasti a domicilio.
Classificazione delle aziende di consegna pasti come aziende alimentari e relativa regolamentazione.
Azioni di alfabetizzazione alimentare nell'ambiente digitale per aiutare le persone a distinguere tra cibi e bevande sani e non.
Modifica dei videogiochi di successo già esistenti in strumenti di promozione della salute di persone, animali e della terra.
Le Azioni politiche in ambito più strettamente sanitario
Aumento della percezione nel pubblico e in sanità dell'obesità come malattia complessa e multifattoriale.
Corretto indirizzo delle persone a rischio verso interventi adeguati e consoni ai loro bisogni.
Considerazione dell'analfabetizzazione dei sanitari come fattore determinante di obesità.
Contrasto allo stigma del peso nei media, scuole, luoghi di lavoro e strutture sanitarie.
Progettazione di interventi che interessino tutte le fasce di età.
Rafforzamento della prevenzione dell'obesità nei programmi scolastici.
Investimenti sulla prevenzione per costruire resilienza nei sistemi sanitari dopo la pandemia.
Promozione di campagne contro lo stigma del peso e focalizzazione sulla salute e non sul peso di quelle che già promuovono lo stile di vita sano.
Realizzazione di soluzioni digitali per aumentare l'accessibilità all'assistenza e garantire copertura sanitaria universale.
Strategie e programmi per tutti per il mantenimento di sane abitudini alimentari e regolare attività fisica, anche in periodi di circolazione limitata.
Continuità nell'assistenza dall'infanzia all'età adulta attraverso prevenzione, diagnosi, valutazione, e gestione dell'obesità come componenti della copertura sanitaria universale.
Identificazione di popolazioni a rischio a causa di barriere all'accesso ai servizi sanitari essenziali e specifici per l'obesità.
Sviluppo di Linee Guida nazionali di pratica clinica e Formazione continua pre e post-laurea per gli operatori sanitari.
Analisi e monitoraggio delle azioni politiche sulla gestione dell'obesità.
Coinvolgimento delle persone affette da obesità nello sviluppo e nell'attuazione di azioni politiche.
Investimenti in ricerca e sviluppo per scoprire e offrire opzioni terapeutiche innovative.

opzioni alimentari sane, come i sussidi su frutta e verdura, ed ulteriori ricerche su strategie ottimali per incoraggiare la riformulazione degli alimenti non-sani da parte dell'industria. Occorre, inoltre, rafforzare la prevenzione e la gestione dell'obesità con interventi nell'assistenza sanitaria di base e la creazione di una rete strutturata di centri specializzati per la gestione dell'obesità, come sviluppato in Francia nel 2019. Il WHO si impegna a sostenere i paesi nel rafforzare i sistemi sanitari e fornire supporto strutturale, informazioni chiare, meccanismi per

monitorare, valutare e migliorare la qualità dell'assistenza nella gestione dell'Obesità. Il WHO ha inoltre convocato un gruppo per costruire linee guida; creerà percorsi di formazione per migliorare la competenza degli operatori sanitari, faciliterà gli accordi tra i responsabili politici per una copertura sanitaria universale, il finanziamento per un accesso equo ai servizi di gestione dell'Obesità e raccolte dati di qualità per conoscere meglio l'onere dell'obesità e del sovrappeso. Questo rapporto non fornisce un quadro completo della complessità dei fattori e delle conseguenze

ze sulla salute, nonché di tutte le condizioni e malattie rare associate all'obesità. Si sottolineano le storie delle persone che convivono con l'obesità, quasi tutte iniziate precocemente, e le loro esperienze nella vita quotidiana, che aiutano a conoscere le differenze di genere e di accesso al trattamento esistenti e di come la stigmatizzazione influisca negativamente sulla loro vita mentre la sensibilizzazione degli operatori possa migliorarla [14]. Nel suo complesso il progetto presentato richiede un insieme di scelte politiche innovative forti, che finanzino lo stile di vita sano togliendo terreno al cibo non salutare e alla sedentarietà, che diano risorse alla sanità perché possa organizzare un'assistenza in armonia con le ultime indicazioni sulla gestione del peso con un numero adeguato di operatori e quindi con un'offerta di prestazioni di qualità, proporzionale al numero dei pazienti che potrebbero farne richiesta. Il progetto presentato è effettivamente difficile e complesso, ma realizzarne solo piccole parti non darà frutti. Occorre infatti una realizzazione il più possibile completa, che ha bisogno di investimenti e sostegno politico forte per combattere interessi economici contrari alla salute delle persone e del mondo, trovando alleati fra gli ecologisti. Purtroppo, non ci sono progetti italiani da indicare agli altri stati membri. Abbiamo solo il primato europeo di prevalenza dell'obesità nei bambini di 8-9 anni confermato anche nel 2019. Nonostante ciò quest'anno i dati triennali non saranno raccolti e siamo fra i 25 paesi europei, su 52, che non hanno fornito dati sui bambini in età prescolare. Il WHO, comunque, conclude ottimisticamente che l'Europa ce la può ancora fare. Noi ce lo auguriamo di cuore!

Cosa succede intanto in Italia?

Il 3.3.2022 in Senato, Aula Nassiria, si è tenuta una Conferenza Stampa in occasione della Giornata Mondiale dell'Obesità dallo slogan: "Every-body needs to Act"!

Cosa hanno detto i politici?

Per realizzare lo slogan e realizzare un'alleanza fra politica e sanità, occorrono azioni potenti, ecologicamente utili a salvare la Terra e contrastare cancro, malattie cardiovascolari e metaboliche. Il primum movens è cambiare narrazione e creare rispetto. Dopo di ciò, si può cercare di curare. L'obesità è una malattia di grande impatto anche economico: causa una perdita di PIL del 2.8%. Anche se è ormai considerata ufficialmente "malattia", questo concetto non è ancora profondamente condiviso e inoltre manca una risorsa economica dedicata. Così in pratica lo scenario è cambiato poco. Sarà sufficiente inserire l'obesità fra i LEA? Se le strutture sono inadeguate alla mole di lavoro previsto, passeranno solo le richieste urgenti. L'obesità si costruisce lentamente: è tardivo cominciare a occuparsene quando arriva a livelli di gravità elevata o addirittura di urgenza sanitaria con un carico assistenziale enorme e la necessità di un forte supporto psicologico, come evidenziato dalle associazioni dei pazienti! Occorrono agevolazioni economiche per favorire lo stile di vita sano (dal costo degli alimenti all'attività fisica gratuita o a ridotto costo per tutte le età), perché passi il pensiero che muoversi è bello e fa bene a tutti. Va istituzionalizzata l'attività fisica adattata per le persone con obesità. Occorrono fondi per offrire percorsi di gestione, farmaci e chirurgia gratuitamente a tutti quelli che se ne potrebbero giovare. Se il PNRR permetterà di aprire i centri per la gestione del peso, come si spera, occorre pensare alla loro sopravvivenza strutturale oltre il 2026. Prima di formare i cittadini, occorre formare i professionisti ad una cura rispettosa non giudicante e competente della malattia; ma non ci risulta che le università italiane abbiano cominciato a fare Formazione per le competenze specifiche necessarie. La Formazione è il primo passo, richiede tempo e non necessariamente finanziamenti supplementari. La Fondazione ADI sta cominciando a formare i medici delle cure primarie partendo dalla cultura della valutazione del peso. Manca completamente in Italia un progetto di contrasto all'ambiente obesogenico in particolare quello digitale. Nessuno ne ha parlato! Mentre nel documento WHO, quasi tutto il testo si concentra giustamente sull'età evolutiva, considerata un momento chiave per contrastare l'inizio, l'evoluzione ed il complicarsi dell'obesità, al Senato, invece, hanno parlato tanti presidenti delle società scientifiche e associazioni di pazienti dell'adulto (SIE, AME, SIO, ADI, FIMMG, SICOB, IO-Net, Open Italy, Amici Obesi), ma

Tabella 5. Gli ostacoli all'attuazione di una politica per il contenimento dell'obesità

Il perpetuarsi di una narrazione che vede l'obesità come determinata dalla responsabilità dell'individuo e ignora la responsabilità più ampia della società e dei governi.
I determinanti dell'obesità (inclusi ambienti digitali obesogenici) non sono sempre gli obiettivi prioritari dell'azione politica. Gli interessi economici spesso hanno la precedenza sulla salute, anche nelle politiche di contrasto all'obesità.
Interventi che hanno un impatto significativo sull'industria alimentare trovano forte opposizione in politica, ostacolando fortemente l'impegno inter-settoriale.

solo una pediatra, presidente della Società di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica. Non è sufficiente che gli specialisti pediatri facciano un progetto su 3 livelli per affrontare l'obesità per assistere adeguatamente il 10% dei bambini e adolescenti italiani. Occorre che tutti gli operatori sanitari, soprattutto quelli dell'età evolutiva, si formino e quindi si occupino di gestire l'obesità e contrastare lo stigma del peso. Attualmente il 2° e 3° livello di cura per affrontare questa malattia complessa quasi non esiste e la formazione del 1° livello, unico esistente, non è ancora iniziata!

1. Woolford SJ, Sidell M, Li X, et al. Changes in Body Mass Index Among Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2021;326:1434-6.
2. Dewhurst A, Peters S, Devereux-Fitzgerald A, et al. Physicians' views and experiences of discussing weight management within routine clinical consultations: A thematic synthesis. *Patient Educ Couns*. 2017;100:897-908.
3. Maffei C, Baur L, Bereket A, et al. ACTION teens global survey: participant characteristics and key information sources for adolescents living with obesity, caregivers and healthcare professionals. Poster presented at the European Congress on Obesity (ECO), 5 May 2022, Maastricht, The Netherlands.
4. Ralston J, Brinsden H, Buse K, et al. Time for a new obesity narrative. *Lancet*. 2018;392:1384-6.
5. Hadjiyannakis S, Buchholz A, Chanoine JP, et al. The Edmonton Obesity Staging System for Pediatrics: A proposed clinical staging system for paediatric obesity. *Paediatr Child Health*. 2016;21:21-6.
6. Tanas R, Caggese G, Lera R. Il pediatra e l'obesità: riprova e vinci in cinque mosse. *Quaderni ACP* 2020;27:4-13
7. Ells LJ, Rees K, Brown T, et al. Interventions for treating children and adolescents with overweight and obesity: an overview of Cochrane reviews. *Int J Obes (Lond)*. 2018;42:1823-33.
8. Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, et al. Effect of implementing the 5As of obesity management framework on provider-patient interactions in primary care. *Clin. Obes*. 2014;4:39-44.
9. Rutherford J, Hadjiyannakis S, Clark L, et al. 5As of Pediatric Obesity Management in the 3rd National Obesity Summit. *Can. J. Diabetes*. 2013;37: S217-8.
10. Uy MJA, Pereira MA, Berge JM, et al. How Should We Approach and Discuss Children's Weight With Parents? A Qualitative Analysis of Recommendations From Parents of Preschool-Aged Children to Physicians. *Clin Pediatr (Phila)*. 2019;58:226-37.
11. Pudney EV, Himmelstein MS, Puhl RM. The role of weight stigma in parental weight talk. *Pediatr Obes*. 2019;14:e12534.
12. Bidstrup H, Brennan L, Kaufmann L, et al. Internalised weight stigma as a mediator of the relationship between experienced/perceived weight stigma and biopsychosocial outcomes: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2022;46:1-9
13. Liang J, Matheson BE, Kaye WH, et al. Neurocognitive correlates of obesity and obesity-related behaviors in children and adolescents. *Int J Obes (Lond)*. 2014;38:494-506.
14. 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;10:1409.