

# IHPB

## ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

### LO STIGMA CLINICO NELL'OBESITÀ

#### AUTORI:

**Luca Busetto, Mariagrazia Carbonelli, Antonio Caretto, Michele Carruba, Annamaria Colao, Claudio Cricelli, Diego Foschi, Francesco Giorgino, Giuseppe Fatati, Claudio Maffeis, Giuseppe Malfi, Ferruccio Santini, Paolo Sbraccia, Chiara Spinato, Iris Zani, Andrea Lenzi**

*for the Obesity Policy Engagement Network (OPEN) Italy*

#### PREMESSA

L'obesità è una patologia epidemica e gli interventi di prevenzione, fino ad ora, si sono dimostrati inefficaci perché basati sul paradigma della responsabilità personale. In questa ottica il soggetto ingrassa perché non rispetta le regole.

Al contrario gli esperti sono concordi sul fatto che l'obesità è una condizione complessa che deriva dall'interazione di fattori genetici, psicologici e ambientali.

Lo stigma sull'obesità, ovvero la disapprovazione sociale, è una delle cause, che attraverso stereotipi, linguaggi e immagini inadatte, finiscono per ritrarre l'obesità in modo impreciso e negativo. L'opinione pubblica ed anche parte del mondo sanitario hanno una visione superficiale del problema.

In molti casi, purtroppo, la persona con obesità è anche

vittima di uno stigma clinico che la discrimina nell'accesso alle cure e ai trattamenti e che finisce per condizionarne la qualità di vita.

#### DEFINIZIONE DEI TERMINI

Il termine "**bias del peso**" si riferisce a una personale attitudine negativa a considerare l'obesità e le persone con obesità.

Il termine "**stigma**", invece, si rifà a specifici stereotipi sociali e a concetti profondamente radicati nella società, quali ad esempio il fatto che le persone con obesità sono considerate pigre, non intelligenti e dei falliti nella società.

La "**discriminazione sulla base del peso**", invece, ha a che fare con specifiche azioni rivolte contro le persone con obesità, ossia attacchi verbali, oppure fisici, bullismo, specifici abusi, che possono essere subdoli o, al contrario, espliciti e che comportano l'esclusione sociale.

#### AMBITI

Numerosi lavori hanno dimostrato come lo stigma verso le persone con obesità e gli episodi di discriminazione basata sul peso siano frequenti e diffusi a livello globale [1,2]. Lo stigma nei confronti del peso è stato documentato in tutti gli ambiti sociali, inclusi i luoghi di lavoro,

la scuola, la famiglia e le organizzazioni sanitarie [3,4]. I bambini in sovrappeso sono frequentemente derisi e bullizzati a scuola. Gli adolescenti con sovrappeso od obesità sono più frequentemente soggetti ad isolamento e sono più esposti ad episodi di discriminazione verbali, fisici o cibernetici [5].

Lo stigma legato al peso è presente anche nelle stesse persone affette da obesità (“stigma interiorizzato”).

Negli Stati Uniti, circa il 40-50% delle persone con obesità presenta aspetti di internalizzazione dello stigma che sono presenti in maniera specialmente frequente ed elevata nei pazienti con maggiori livelli di BMI che stanno cercando di perdere peso [6].

I mass-media e i social-media sono una fonte pervasiva di stigma legato al peso e possono contribuire a rafforzarlo attraverso l'uso di immagini inappropriate che dipingono le persone con obesità come particolarmente pigre, golose, sporche, sudate, goffe e poco intelligenti [7]. È stato calcolato che più di due terzi delle immagini che accompagnano reports sull'obesità nei media statunitensi hanno contenuti stigmatizzanti e studi sperimentali dimostrano che la visione di queste immagini contribuisce ad aumentare i livelli di stigma nella audience [8].

Purtroppo, lo stigma nei confronti dell'obesità è presente anche nei professionisti sanitari, inclusi i medici di famiglia, gli endocrinologi, i cardiologi, gli infermieri, i dietisti, gli psicologi, gli studenti di medicina e anche i professionisti coinvolti direttamente nella ricerca o nella cura o dell'obesità [9,10].

### CONSEGUENZE DELLO STIGMA SULLO STATO DI SALUTE

L'essere esposti ad esperienze di stigmatizzazione e discriminazione legate al peso è per i pazienti con obesità un fattore di rischio per disturbi mentali probabilmente più importante che l'obesità stessa.

L'essere stato esposto allo stigma costituisce fattore di rischio per insorgenza di sintomi depressivi, alti livelli

di ansia, bassa autostima, stress ed abuso di sostanze [11-13].

Lo stigma è anche associato ad un maggior rischio di alterazioni del comportamento alimentare, come il disturbo da alimentazione incontrollata e la tendenza a sovra-alimentarsi in risposta alle emozioni [14].

Paradossalmente, studi sperimentali hanno dimostrato che l'esposizione allo stigma legato al peso può portare ad un aumento dell'introito di cibo [15].

Studi osservazionali e di intervento hanno dimostrato inoltre che il subire esperienze di stigmatizzazione legate al peso si associa anche a bassi livelli di attività fisica [16-18], adozione di stili alimentari non salutari e sedentarietà [15].

La stigmatizzazione del peso e la discriminazione delle persone che soffrono di obesità, lungi quindi dal costituire uno stimolo al dimagrimento, si associano ad un ulteriore tendenza ad aumentare di peso [19] e ad un maggior rischio di progressione dalla condizione di sovrappeso alla condizione di obesità [20-22].

Infine, le persone con sovrappeso e obesità che hanno subito episodi di discriminazione legati al peso presentano maggiori livelli di proteina C reattiva [23] e cortisolo [24] e maggiore mortalità [25] rispetto a persone dello stesso peso che non sono state discriminate.

### CONSEGUENZE DELLO STIGMA IN AMBITO SANITARIO – LO STIGMA CLINICO

Come già accennato, lo stigma nei confronti dell'obesità è presente anche nei professionisti sanitari. Studi suggeriscono che i medici tendono a dedicare meno tempo durante le visite e sono meno propensi a fornire consigli di ordine sanitario ai loro pazienti con obesità rispetto a quanto fanno nei loro pazienti più magri [26].

D'altro lato, i pazienti che hanno subito episodi di discriminazione legati al peso in ambito sanitario tendono ad evitare ulteriori contatti e visite, riducendo il loro accesso alle cure [27].

Il risultato netto è un rischio di per la salute. Per esempio, le donne con obesità si sottopongono meno e più tardi agli esami di screening per neoplasie ginecologiche delle loro coetanee magre, nonostante il fatto che il loro rischio sia maggiore [28].

Esiste però un'altra forma di stigma verso l'obesità, che si estrinseca nel fatto che molti sistemi sanitari, sia pubblici che privati, non offrono per il paziente con obesità lo stesso livello di assistenza che viene erogato per altre malattie croniche (come il cancro, il diabete, le malattie cardiovascolari e le malattie reumatiche) [29].

In Italia, l'accesso all'educazione terapeutica e a programmi intensivi di modificazione dello stile di vita è limitato nel sistema sanitario nazionale per il paziente con obesità, scarsa è l'offerta pubblica di programmi di terapia cognitivo-comportamentale, nessuno dei farmaci disponibili con specifica indicazione nella terapia dell'obesità è rimborsato dal sistema sanitario nazionale, e infine l'accesso alla terapia chirurgica bariatrica, secondo percorsi terapeutici che garantiscono un follow-up multidisciplinare, è molto difficile soprattutto in alcune aree del paese.

Queste diverse forme di stigma che l'obesità ha nell'ambito sanitario, e che fanno sì che il paziente con obesità abbia minor tutele e minori occasioni di cura rispetto ai pazienti affetti da altre patologie croniche, sono riassumibili nel termine di stigma clinico.

La presenza di uno stigma clinico appare ingiustificabile ed indifendibile dal punto di vista etico e sociale [29,30].

## CAUSE DELLO STIGMA

Le cause dello stigma contro l'obesità, ed in particolare le cause dello stigma clinico, sono complesse ed influenzate da aspetti di ordine socio-economico, culturale e politico. Tuttavia, la causa probabilmente più profonda e più pervasiva dello stigma legato al peso sta nella persistenza di una narrativa che considera il peso corporeo interamente controllabile dall'individuo mediante op-

portune scelte comportamentali e che considera quindi il sovrappeso e l'obesità come la conseguenza diretta di comportamenti individuali inadeguati ed improntati a pigrizia, ghiottoneria o simili [29].

Secondo questa narrazione l'obesità sarebbe quindi reversibile "convincendo" il paziente a seguire comportamenti individuali più sani e virtuosi (giudizio morale). Questa narrazione non è supportata da evidenze scientifiche e contrasta con le moderne evidenze che delineano l'obesità come una malattia cronica complessa, risultato di una interazione tra molteplici cause ambientali, genetiche ed epigenetiche, e sostenuta da alterazioni nei meccanismi neuro-endocrini di regolazione del peso corporeo.

Nel paziente con obesità che tenta di perdere peso si attivano inoltre potenti meccanismi biologici che tendono ad opporsi al calo di peso e che sono la causa del frequente rebound ponderale, classicamente attribuito alla scarsa forza di volontà del paziente [29].

Lo stigma clinico, generato dalla convinzione errata del paziente e degli operatori sanitari che il peso corporeo sia sotto il controllo della volontà, ha molteplici conseguenze che impattano sulla qualità della cura dell'obesità:

1. Se il peso corporeo è sotto il controllo volontario del paziente, per curare l'obesità è sufficiente dire al paziente di "mangiare di meno e muoversi di più". Questa sarebbe quindi la terapia più efficace e non è necessario pensare ad interventi più complessi. Recenti indagini internazionali che coinvolgevano anche in Italia sia persone con obesità sia medici coinvolti nella terapia dell'obesità (studio ACTION-IO) hanno evidenziato in entrambe le parti una diffusa sovrastima dell'efficacia di un intervento basato solo su consigli paternalistici e semplici prescrizioni comportamentali [31,32]. Questo avveniva a scapito di altre interventi (programmi strutturati di modificazione dello stile di vita, terapia cognitivo-comportamentale, terapia farmacologica, terapia chirurgica) la cui maggiore effi-

cacia è suffragata da chiare evidenze sperimentali. La spinta ad una maggiore diffusione e disponibilità di questi interventi viene considerata quindi sostanzialmente inutile.

2. Se il peso corporeo è sotto il controllo volontario del paziente e se per curare l'obesità è sufficiente dire al paziente di "mangiare di meno e muoversi di più", non ha senso investire risorse per la ricerca e la implementazione di nuove terapie efficaci per la cura dell'obesità. Negli Stati Uniti, gli investimenti previsti dai National Institutes of Health's per la ricerca su cancro e AIDS sono 5–10 volte più grandi dell'investimento previsto per l'obesità, nonostante il fatto che l'obesità sia la malattia cronica a maggiore diffusione tra i cittadini americani [29]. Esiste una stretta correlazione tra stigma nei confronti del peso e disponibilità ad investire in ricerca sull'obesità. Lo studio ASK, condotto in Regno Unito, Stati Uniti, Australia e Nuova Zelanda, ha coinvolto 5623 soggetti: 1.567 professionisti sanitari e 4.056 soggetti facenti parte della popolazione generale. Lo studio ha chiaramente dimostrato che le persone che avevano atteggiamenti maggiormente stigmatizzanti e discriminatori nei confronti delle persone con obesità erano anche quelle che erano meno favorevoli ad aumentare la spesa per la ricerca contro l'obesità [33]. Nello stesso studio vi è una forte correlazione tra la percezione che l'obesità possa essere curata semplicemente attraverso un corretto stile di vita e il punteggio più elevato dello stigma [33]. In questo contesto, la ricerca volta a chiarire i meccanismi eziologici dell'obesità non è quindi chiaramente percepita come una priorità. Inoltre, il finanziamento potrebbe essere deviato solo verso progetti che vengono percepiti come efficaci (ovvero, implementazione del comportamento e interventi sullo stile di vita), riducendo il supporto per la ricerca di nuovi metodi di prevenzione e trattamento e l'implementazione di terapie già disponibili con efficacia e sicurezza basate sull'evidenze scientifiche (farmacologiche o chirurgiche) [29].
3. Se il peso corporeo è sotto il controllo volontario del paziente e se per curare l'obesità è sufficiente che il paziente "mangi di meno e si muova di più", il recupero del peso perduto, evenienza purtroppo frequente e legata all'azione di potenti meccanismi biologici, è attribuibile semplicisticamente ad una scarsa motivazione, ad una perdita di compliance ed in definitiva ad un fallimento personale del paziente. Questa tipo di narrativa ha come risultato diretto un aumento dello stigma e della sua interiorizzazione [6].
4. Se il peso corporeo è sotto il controllo volontario del paziente e se per curare l'obesità è sufficiente che il paziente "mangi di meno e si muova di più", il paziente che cerca di curare l'obesità utilizzando terapie più efficaci ma più costose (terapia farmacologica o terapia chirurgica) è visto come un paziente dotato di scarsa forza di volontà che cerca una scorciatoia per risolvere un problema che potrebbe tranquillamente risolvere da solo se avesse una maggiore forza di volontà. Ad esempio, se comparati a pazienti che hanno perso peso con dieta ed esercizio fisico, i pazienti che lo hanno fatto grazie ad un intervento chirurgico sono a maggior rischio di stigma in quanto sono considerati più pigri e meno responsabili della loro perdita di peso [34,35]. Molti pazienti bariatrici tendono a tenere nascosto il loro status di pazienti chirurgici [35]. Esiste quindi uno stigma clinico legato a certi tipi di trattamento che si aggiunge allo stigma clinico generale nei confronti dell'obesità. In questo contesto, la propensione generale e del sistema sanitario di garantire e facilitare l'accesso a questi livelli di terapia sarà molto modesta.

## AZIONI DA IMPLEMENTARE

Se la causa principale dello stigma clinico nei confronti dell'obesità è la persistenza di una narrativa che vede l'obesità quasi come una condizione auto-imposta, dalla quale il paziente potrebbe facilmente uscire se solo avesse una volontà sufficiente, la battaglia contro lo stigma clinico nei confronti dell'obesità va combattuta a tutti i livelli promuovendo una narrativa che consideri in tutto e per tutto l'obesità come una malattia cronica complessa e recidivante, alla stesso modo di quanto già in essere per tutte le altre malattie croniche.

Le azioni conseguenti e attuabili potrebbero essere le seguenti:

1. L'adozione di iniziative normative nazionali affinché nell'ordinamento sia introdotta una definizione di obesità come malattia cronica caratterizzata da elevati costi, diretti e indiretti, economici e sociali, e una definizione del ruolo degli specialisti che si occupano di tale patologia, come richiesto dalla Mozione Parlamentare 1/00082 approvata con voto unanime dalla Camera dei Deputati in data 13/11/2019.
2. Inserimento dell'obesità tra le patologie croniche la cui diagnosi e trattamento è inserita nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea), le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket.
3. Aumentare la conoscenza dell'obesità come una malattia cronica complessa e recidivante nei professionisti sanitari, sia inserendo parti ad hoc nel curriculum formativo degli studenti di medicina e chirurgia e negli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, sia favorendo eventi di educazione medica continua sul tale argomento.
4. Promuovere a livello regionale la creazione e l'implementazione di strutture specialistiche multidisciplinari, possibilmente organizzate in reti assistenziali, che possano erogare alla persona affetta da obesità tutti i livelli di trattamento oggi inclusi nelle linee guida nazionali ed internazionali per il trattamento dell'obesità [36,37], inclusi i programmi strutturati di modificazione dello stile di vita, le terapie psicologiche e comportamentali, la terapia farmacologica e la chirurgia bariatrica.



**Bibliografia**

1. Brewis A, Sturtz Sreetharan C, Wutich A. Obesity stigma as a globalizing health challenge. *Global Health* 2018;14:20.
2. Flint SW, Hudson J, Lavalley, D. UK adults' implicit and explicit attitudes towards obesity: a cross-sectional study. *BMC Obes.* 2015;2:31.
3. Pearl RL. Weight bias and stigma: public health implications and structural solutions. *Soc. Issues Policy Rev.* 2018;12:146–182.
4. Lydecker JA, O'Brien E, Grilo CM. Parents have both implicit and explicit biases against children with obesity. *J. Behav. Med.* 2018;41:784–791.
5. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics* 2017;140:e20173034.
6. Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing weight stigma: prevalence and sociodemographic considerations in US adults. *Obesity* 2018;26:167–175.
7. Heuer CA, McClure KJ, Puhl RM. Obesity stigma in online news: a visual content analysis. *J. Health Commun.* 2011;16:976–987.
8. Puhl RM, Luedicke J, Heuer CA. The stigmatizing effect of visual media portrayals of obese persons on public attitudes: does race or gender matter? *J. Health Commun.* 2013;18:805–826.
9. Phelan SM. et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes. Rev.* 2015;16:319–326.
10. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PLoS One* 2012;7:e48448.
11. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J. Adv. Nurs.* 2018;74:1030–1042.
12. Papadopoulos S, Brennan L. Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: a systematic literature review. *Obesity* 2015;23:1743–1760.
13. Jackson SE, Steptoe A, Beeken RJ, Croker H, Wardle J. Perceived weight discrimination in England: a population-based study of adults aged >50 years. *Int. J. Obes.* 2015;39:858–864.
14. artanian LR, Porter AM. Weight stigma and eating behavior: a review of the literature. *Appetite* 2016;102:3–14.
15. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity* 2011;19:1957–1962.
16. Han S, Agostini G, Brewis AA, Wutich A. Avoiding exercise mediates the effects of internalized and experienced weight stigma on physical activity in the years following bariatric surgery. *BMC Obes.* 2018;5:18.
17. Sattler KM, Deane FP, Tapsell L, Kelly PJ. Gender differences in the relationship of weight-based stigmatisation with motivation to exercise and physical activity in overweight individuals. *Health Psychol. Open* 2018;5:2055102918759691.
18. Jackson SE, Steptoe A. Association between perceived weight discrimination and physical activity: a population-based study among English middle-aged and older adults. *BMJ Open* 2017;7:e014592.
19. Sutin AR, Terracciano A. Perceived weight discrimination and obesity. *PLoS One* 2013;8:e70048.
20. Hunger JM, Tomiyama AJ. Weight labeling and obesity: a longitudinal study of girls aged 10 to 19 years. *JAMA Pediatr.* 2014;168:579–580.
21. Quick V, Wall M, Larson N, Haines J, Neumark-Sztainer D. Personal, behavioral and socio-environmental predictors of overweight incidence in young adults: 10-yr longitudinal findings. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2013;10:37.
22. Puhl RM et al. Experiences of weight teasing in adolescence and weight-related outcomes in adulthood: A 15-year longitudinal study. *Prev. Med.* 2017;100:173–179.

23. Sutin AR, Stephan Y, Luchetti M, Terracciano A. *Perceived weight discrimination and C-reactive protein. Obesity* 2014;22:1959–1961.
24. Jackson SE, Kirschbaum C, Steptoe A. *Perceived weight discrimination and chronic biochemical stress: a population-based study using cortisol in scalp hair. Obesity* 2016;24:2515–2521.
25. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. *Weight discrimination and risk of mortality. Psychol. Sci.* 2015;26:1803–1811.
26. Phelan SM et al. *Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes. Rev.* 2015;16:319–326.
27. Puhl R, Peterson JL, Luedicke J. *Motivating or stigmatizing? Public perceptions of weight-related language used by health providers. Int. J. Obes.* 2013;37:612–619.
28. Aldrich T, Hackley B. *The impact of obesity on gynecologic cancer screening: an integrative literature review. J. Midwifery Womens Health* 2010;55:344–356.
29. Rubino F et al. *Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nature Medicine* 2020;26:485-497.
30. *La carta dei diritti e dei doveri della persona con obesità. Roma 8 ottobre 2019.*
31. Caterson ID et al. *Gaps to bridge: misalignment between perception, reality and actions in obesity. Diabetes Obes Metab* 2019;21:1914–1924.
32. Sbraccia P, Busetto L, Santini F, Macuso M, Nicoziani P, Nicolucci A. *Misperceptions and barriers to obesity management: Italian data from the ACTION-IO study. Eating and Weight Disorders* 2020 May 8 [Epub ahead of print].
33. O'Keeffe M, Flint SW, Watts K, Rubino F. *Knowledge gaps and weight stigma shape attitudes toward obesity: insights from the ASK study. Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8:363-365.
34. Vartanian LR, Fardouly J. *The stigma of obesity surgery: negative evaluations based on weight loss history. Obes. Surg.* 2013;23:1545–1550.
35. Hansen BB, Dye MH. *Damned if you do, damned if you don't: the stigma of weight loss surgery. Deviant Behav.* 2018;39:137–147.
36. *Standard di Cura Italiani per la Cura dell'Obesità SIO-ADI 2016-2017. Società Italiana dell'Obesità e Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica.*
37. umuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, Toplak H. *Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obesity Facts* 2015;8:402-424.
38. *Rheumatol* 2004 Nov;22(6):699-706.

## Italian Health Policy Brief

Anno X  
Speciale 2020

**Direttore Responsabile**  
Stefano Del Missier

**Direttore Editoriale**  
Walter Gatti

**Direttore Progetti Istituzionali**  
Marcello Portesi

## Editore



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

**Segreteria di Redazione**  
Ilaria Molteni

Tel. +39 02 49538303

[info@altis-ops.it](mailto:info@altis-ops.it)  
[www.altis-ops.it](http://www.altis-ops.it)



Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Aut. Trib. Milano 457/2012 - Numero di iscrizione al RoC 26499

Con il contributo non condizionante di Novo Nordisk S.p.A.