

# Il ruolo dello psicologo nella gestione dell'obesità: Position Paper di AIDAP

Simona Calugi, Selvaggia Sermattei, Massimiliano Sartirana, Lucia Camporese, Domenico Filardo, Sara Campagna, Arianna Banderali, Marco Massa, Francesco Iarrera, Riccardo Dalle Grave

*La position paper è il frutto del lavoro dei membri del comitato scientifico e del consiglio direttivo dell'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP) [www.aidap.org](http://www.aidap.org)*

## Parole chiave

Obesità  
Trattamento  
Approccio multidisciplinare  
Linee guida  
Position paper  
Psicologo  
Fattori cognitivi  
Perdita di peso  
Mantenimento del peso

## Key words

Obesity  
Treatment  
Multidisciplinary approach  
Guidelines  
Position paper  
Psychologist  
Cognitive factors  
Weight loss  
Weight maintenance

## Riassunto

Negli ultimi anni sono state pubblicate numerose linee guida sulla gestione dell'obesità che hanno fornito più di 700 raccomandazioni. In generale, le linee guida raccomandano una gestione dell'obesità di tipo multidisciplinare con il coinvolgimento di diverse figure professionali. A parte qualche raccomandazione generica, il ruolo dello psicologo non è ben definito o è limitato principalmente all'assessment, alla gestione delle comorbidità psicosociali e allo screening delle controindicazioni alla chirurgia bariatrica. Le linee guida, tra le altre, danno come raccomandazione il miglioramento dell'aderenza dei pazienti ai cambiamenti di stile di vita necessari per la gestione dell'obesità, affrontando principalmente i fattori comportamentali e biologici che regolano l'assunzione di cibo e la spesa energetica, ma ignorano i numerosi processi cognitivi evidenziati dalla ricerca che influenzano l'adesione a questi comportamenti complessi. Per tale motivo, l'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP) in questa position paper raccomanda di riconsiderare completamente il ruolo dello psicologo non solo nella valutazione diagnostica ma anche nella gestione dell'obesità. Lo psicologo, con formazione specifica, è, infatti, il professionista che ha le competenze per individuare e affrontare i processi psicologici che influenzano l'aderenza dei pazienti ai comportamenti necessari per la perdita e il mantenimento del peso.

## Abstract

In recent years several guidelines for obesity management have been published which provided more than 700 recommendations. In general, the guidelines have recommended a multidisciplinary obesity management with the involvement of different professional figures. Excluding few general recommendations, the role of the psychologist is not well defined or is mainly limited to the assessment, management of psychosocial comorbidities and screening of contraindications to bariatric surgery. The guidelines, among others, recommend the improvement of the patients' adherence to the lifestyle changes required for the obesity management mainly addressing the behavioral and biological factors that regulate food intake and energy expenditure. However, they ignore the numerous cognitive processes, highlighted by recent research, that influence the adherence to these complex behaviors. For this reason, the Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP), in this position paper, recommends to completely reconsider the role of the psychologist, not only in the assessment, but also in the obesity management. Indeed, the psychologist, with a specific training on obesity, is the professional who has the skills to identify and address the psychological processes that influence the patients' adherence to the behaviors required for weight loss and maintenance.

**Copyright © 2020** Simona Calugi. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Simona Calugi, PhD (✉) [si.calugi@gmail.com](mailto:si.calugi@gmail.com)

**Received:** 8 January 2020; **Accepted:** 15 January 2020; **Published online:** 31 January 2020. **doi:**10.32044/ijedo.2020.01

L'obesità è un grave problema di salute pubblica che aumenta il rischio di morbilità per l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, il diabete di tipo 2, le malattie delle arterie coronariche, l'ictus, le malattie della colecisti, l'osteoartrosi, le apnee ostruttive e i problemi respiratori e alcuni tipi di cancro (Jensen et al., 2014). L'obesità è anche associata con un aumentato rischio di disabilità (Peeters, Bonneux, Nusselder, De Laet, & Barendregt, 2004; Visser et al., 1998) e di mortalità per tutte le cause (Global et al., 2016).

La prevalenza mondiale dell'obesità è triplicata dal 1975 al 2016 ed è stato stimato che nel 2016 circa 650 milioni di persone avevano una condizione di obesità (World Health Organization, 2020). L'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) ha riportato che in Italia il 9,8% della popolazione di 18 anni e più soffre di obesità, con un incremento crescente della prevalenza dell'eccesso di peso soprattutto tra i maschi (da 51,2% nel 2001 a 54,8% nel 2015) (ISTAT, 2016). Il dato allarmante è che l'eccesso di peso nei bambini e negli adolescenti italiani ha raggiunto la quota considerevole del 24,9% nel biennio 2014-2015, con forti differenze di genere (28,3% maschi, 21,3% femmine) (ISTAT, 2016).

Gestire bene l'obesità è essenziale per migliorare la qualità di vita dei pazienti, ridurre la comorbilità fisica e psicologica e diminuire i costi associati per la sanità pubblica e l'intera società (Durrer Schutz et al., 2019). A tal fine, negli ultimi dieci anni sono state pubblicate numerose linee guida internazionali sulla gestione dell'obesità negli adulti in Europa (Durrer Schutz et al., 2019; Yumuk et al., 2015), Stati Uniti d'America (Garvey et al., 2016; Jensen et al., 2014), Australia (National Health and Medical Research Council, 2013), Italia (Sbraccia, Nisoli, & Vettor, 2016) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2017). Una recente revisione sistematica, su linee guida evidence-based per la gestione del sovrappeso e dell'obesità negli adulti, ne ha individuate ben 19 contenenti 711 raccomandazioni rilevanti (Semlitsch, Stigler, Jeitler, Horvath, & Siebenhofer, 2019). Nonostante le differenze che tengono conto delle caratteristiche culturali di ogni Paese, esiste un consenso generale sulla necessità di una presa in carico multidisciplinare per la gestione dell'obesità che preveda il coinvolgimento di diverse figure professionali in diversi setting di cura. Questa indicazione è stata anche sottolineata dalle recenti raccomandazioni della Società Italiana dell'Obesità (SIO) sulla gestione clinica del sovrappeso e dell'obesità (Sbraccia et al., 2016).

Sebbene nelle linee guida di impronta medica/chirurgica siano presenti alcune indicazioni generiche, in letteratura non sono stati pubblicati documenti di consenso sul ruolo dello psicologo nella gestione dell'obesità. Nelle

linee guida il ruolo dello psicologo tipicamente viene limitato all'assessment delle variabili psicosociali (tramite colloquio clinico e/o con l'ausilio di test psicometrici), alla valutazione e alla gestione delle comorbilità psicosociali e allo screening dei fattori di controindicazione alla chirurgia bariatrica. A titolo di esempio, gli Standard Italiani per la Cura dell'Obesità 2016-2017, nel capitolo sulla "Riabilitazione Metabolica-nutrizionale-psicologica" riportano solo che *"in casi selezionati risultano utili, sempre nell'ambito di un percorso riabilitativo, interventi... psicoterapeutici strutturati (psicoterapie a orientamento psicoanalitico, cognitivo-comportamentale, relazionale-sistemico, interpersonali, motivazionali, brevi focalizzate etc.)... in soggetti con obesità associata a gravi disturbi dell'alimentazione e/o psicopatologici, durante un programma riabilitativo intensivo (residenziale o semiresidenziale) e nelle comunità terapeutiche (intensive o di lungo periodo), la psicoterapia - in particolare di gruppo - è uno strumento di cura prezioso"* (Donini et al., 2016).

I dati della letteratura concordano nel concludere che il vero problema nella gestione dell'obesità a breve e a lungo termine è l'aderenza del paziente alle modificazioni dello stile di vita necessarie per perdere e mantenere il peso (Dansinger, Gleason, Griffith, Selker, & Schaefer, 2005; Makris & Foster, 2011). Tradizionalmente i programmi raccomandati dalle principali linee guida dell'obesità hanno cercato di migliorare l'aderenza del paziente affrontando i fattori comportamentali (attraverso l'educazione, la prescrizione della dieta e meno frequentemente con l'inclusione di procedure comportamentali) e biologici (con i farmaci e/o la chirurgia bariatrica) che regolano l'assunzione di cibo e la spesa energetica. La totalità di questi programmi però ignora, e di conseguenza non affronta, i processi cognitivi che possono influenzare la capacità di un individuo di aderire alla modificazione dello stile di vita necessaria per gestire l'obesità nel tempo.

È ampiamente noto che i "comportamenti complessi" coinvolti nella perdita e nel mantenimento del peso, come l'adozione di un'alimentazione salutare e uno stile di vita attivo, sono influenzati da processi cognitivi consci. La ricerca di base, per esempio, ha chiaramente dimostrato che i processi cognitivi svolgono un ruolo importante nel mantenimento di comportamenti alimentari disfunzionali (per es. alimentazione eccessiva e sregolata), che rendono difficile l'adozione di un'alimentazione salutare (Jansen, Houben, & Roefs, 2015). Inoltre, numerosi studi clinici eseguiti in Italia negli ultimi 15 anni hanno trovato che alcuni processi cognitivi sono associati con il drop-out (per es., avere aspettative più elevate di perdita di peso, modificare

l'aspetto fisico come obiettivo primario di perdita di peso, essere insoddisfatti dei risultati raggiunti con il trattamento), la perdita di peso (per es., aumentare della restrizione dietetica cognitiva e ridurre la disinibizione) e il mantenimento del peso perso (per es., avere fiducia nel riuscire a mantenere il peso, essere soddisfatti per i risultati raggiunti) (Calugi, Marchesini, El Ghoch, Gavasso, & Dalle Grave, 2017, 2018; Marchesini, Marzocchi, & Dalle Grave, 2006).

Inoltre, continuare a proporre ai pazienti che richiedono un trattamento per la gestione del peso, una modificazione dello stile di vita facendo leva solo sulla loro forza di volontà, può portare i pazienti a sperimentare sentimenti di fallimento, senso di colpa e inadeguatezza (Carels, Cacciapaglia, Douglass, Rydin, & O'Brien, 2003). La letteratura che ha indagato l'importante tema del vissuto del paziente con obesità, si riferisce a tali sentimenti con il termine "stigma del peso interiorizzato".

In questi ultimi anni la ricerca ha evidenziato che lo stigma del peso interiorizzato, comune in molti pazienti con obesità, ha numerosi e importanti effetti negativi come la comparsa di comportamenti alimentari disfunzionali (per es., episodi di abbuffata e aumento della quantità di cibo assunto), riduzione dell'attività fisica, tendenza all'aumento del peso, risposte negative fisiologiche allo stress, riduzione della richiesta di aiuto professionale in ambito sanitario e minor mantenimento del peso a lungo termine (Puhl, Himmelstein, & Quinn, 2018).

È evidente che per affrontare questi processi psicologici complessi non basta la semplice educazione dei pazienti sui comportamenti salutari da adottare. Per tale motivo, l'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP) in questa position paper raccomanda la necessità e l'urgenza di riconsiderare completamente il ruolo dello psicologo nella gestione multidisciplinare dell'obesità. Lo psicologo è, infatti, il professionista che, per le sue competenze, può gestire al meglio i processi psicologici che ostacolano la perdita e il mantenimento del peso dei pazienti con obesità. Tuttavia, viste le caratteristiche peculiari e complesse dell'obesità, un requisito essenziale è che lo psicologo abbia una specifica formazione nella gestione di pazienti con obesità. La formazione, che può iniziare con le scuole di specializzazione, necessita di approfondimenti, con percorsi dedicati e finalizzati alla conoscenza approfondita dell'obesità e delle sue complicanze mediche e psicosociali, delle strategie e le procedure necessarie per aiutare i pazienti ad affrontare gli ostacoli emotivi, cognitivi e comportamentali della perdita e del mantenimento del peso e della capacità di coordinare il suo intervento all'interno di un'equipe multidisciplinare.

L'AIDAP, che ha fra le sue finalità la diffusione di conoscenze scientifiche nell'ambito del trattamento e della ricerca sui disturbi dell'alimentazione e del peso, afferma che il coinvolgimento dello psicologo nella gestione dell'obesità sia una risorsa fondamentale e auspica: (i) lo sviluppo in Italia di linee guida per la gestione dell'obesità con il contributo di psicologi con esperienza nel campo, (ii) lo studio e la diffusione di trattamenti per l'obesità che prevedano l'inclusione di specifiche strategie e procedure psicologiche per affrontare i processi psicologici che ostacolano la perdita e il mantenimento del peso e (iii) l'inserimento attivo della figura dello psicologo nel team multidisciplinare della gestione dell'obesità.

## Referenze

- Calugi, S., Marchesini, G., El Ghoch, M., Gavasso, I., & Dalle Grave, R. (2017). The influence of weight-loss expectations on weight loss and of weight-loss satisfaction on weight maintenance in severe obesity. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(1), 32-38. doi:10.1016/j.jand.2016.09.001
- Calugi, S., Marchesini, G., El Ghoch, M., Gavasso, I., & Dalle Grave, R. (2018). The association between weight maintenance and session-by-session diet adherence, weight loss and weight-loss satisfaction. *Eating and Weight Disorders*. doi:10.1007/s40519-018-0528-8
- Carels, R. A., Cacciapaglia, H. M., Douglass, O. M., Rydin, S., & O'Brien, W. H. (2003). The early identification of poor treatment outcome in a women's weight loss program. *Eating Behaviors*, 4(3), 265-282. doi:10.1016/s1471-0153(03)00029-1
- Dansinger, M. L., Gleason, J. A., Griffith, J. L., Selker, H. P., & Schaefer, E. J. (2005). Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: a randomized trial. *JAMA*, 293(1), 43-53. doi:10.1001/jama.293.1.43
- Donini, L. M., Brunani, A., Capodaglio, P., Carbonelli, M. G., Cuzzolaro, M., Gentili, S., . . . Rovera, G. M. (2016). Riabilitazione Metabolica-nutrizionale-psicologica. In P. Sbraccia, F. Muratori, C. A., F. Santini, L. Caregaro, L. Busetto, & B. Paolini (Eds.), *Standard Italiani per la Cura dell'Obesità SIO-ADI* (pp. 139-154).
- Durrer Schutz, D., Busetto, L., Dicker, D., Farpour-Lambert, N., Pryke, R., Toplak, H., . . . Schutz, Y. (2019). European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obesity Facts*, 12(1), 40-66. doi:10.1159/000496183
- Garvey, W. T., Mechanick, J. I., Brett, E. M., Garber, A. J., Hurley, D. L., Jastreboff, A. M., . . . Plodkowski, R. (2016). American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients with Obesity. *Endocrine Practice*, 22 Suppl 3, 1-203. doi:10.4158/ep161365.G1
- Global, B. M. I. M. C., Di Angelantonio, E., Bhupathiraju Sh, N., Wormser, D., Gao, P., Kaptoge, S., . . . Hu, F. B. (2016).

- Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*, 388(10046), 776-786. doi:10.1016/s0140-6736(16)30175-1
- ISTAT. (2016). Anno 2015. Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà. Retrieved from <https://www.istat.it/it/archivio/189498>
- Jansen, A., Houben, K., & Roefs, A. (2015). A cognitive profile of obesity and its translation into new interventions. *Frontiers in Psychology*, 6, 1807. doi:10.3389/fpsyg.2015.01807
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., . . . Yanovski, S. Z. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(25 Pt B), 2985-3023. doi:10.1016/j.jacc.2013.11.004
- Makris, A., & Foster, G. D. (2011). Dietary approaches to the treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(4), 813-827. doi:10.1016/j.psc.2011.08.004
- Marchesini, G., Marzocchi, R., & Dalle Grave, R. (2006). Outcome research in obesity: lessons from the QUOVADIS study. *Drug Development Research*, 67(3), 260-270. doi:10.1002/ddr.20084
- National Health and Medical Research Council. (2013). *Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia*. Melbourne: National Health and Medical Research Council.
- Peeters, A., Bonneux, L., Nusselder, W. J., De Laet, C., & Barendregt, J. J. (2004). Adult obesity and the burden of disability throughout life. *Obesity Research*, 12(7), 1145-1151. doi:10.1038/oby.2004.143
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Quinn, D. M. (2018). Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic Considerations in US Adults. *Obesity* (Silver Spring), 26(1), 167-175. doi:10.1002/oby.22029
- Sbraccia, P., Nisoli, E., & Vettor, R. (2016). *Clinical management of overweight and obesity: Recommendations of the Italian Society of Obesity (SIO)*. Cham: Springer.
- Semlitsch, T., Stigler, F. L., Jeitler, K., Horvath, K., & Siebenhofer, A. (2019). Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines. *Obesity Reviews*, 20(9), 1218-1230. doi:10.1111/obr.12889
- Visser, M., Langlois, J., Guralnik, J. M., Cauley, J. A., Kronmal, R. A., Robbins, J., . . . Harris, T. B. (1998). High body fatness, but not low fat-free mass, predicts disability in older men and women: the Cardiovascular Health Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 68(3), 584-590. doi:10.1093/ajcn/68.3.584
- World Health Organization. (2017). *Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Updates for the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*. Geneva: World Health Organization, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization. (2020). Obesity and overweight. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Mamic, D., & Toplak, H. (2015). European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obesity Facts*, 8(6), 402-424. doi:10.1159/000442721