

SIMPOSIO

Dal pregiudizio all'obiettività: impatto dello stigma sull'approccio clinico e sociale dell'obesità

From prejudice to objectivity: the impact of stigma on the clinical and social approach to obesity

Paola Orsini¹, Monia Garofolo¹, Graziano Di Cianni¹

¹Diabetologia Aziendale ATNO

Corresponding author: paola.orsini@uslnordovest.toscana.it

Summary

Obesity, a chronic progressive and relapsing disease, is one of the main public health challenges globally, with prevalence more than doubling between 1990 and 2022 (men 4.8% vs 14.0%; women 8.8% vs 18.5%), with over 890 million adults and 160 million children classified as obese in 2022, according to data from the World Health Organization (WHO). Despite the significant increase in prevalence, many people with obesity are not treated. This issue is a consequence of various barriers that limit access to effective care; among these, stigma, social disapproval, biases associated with obesity, lack of healthcare or insurance coverage, as well as a lack of proper training for both healthcare personnel and patients regarding the weight loss journey, treatment options, and unrealistic expectations about weight loss rates from individuals. In particular, the prejudice against weight, the stigma, leads to actions against people with obesity that can cause exclusion, marginalization and inequality in treatment and access to care. All these factors can contribute to the difficulty experienced by the subject with obesity in adhering to evidence-based therapeutic pathways, preventing the achievement of weight loss goals.

KEY WORDS obesity; stigma; effective communications; global changes.

Riassunto

L'obesità, malattia cronica progressiva e recidivante, è una delle principali sfide di salute pubblica a livello globale con prevalenza più che raddoppiata tra il 1990 e il 2022 (uomini 4.8% vs 14.0%; donne 8.8% vs 18.5%) con oltre 890 milioni di adulti e 160 milioni di bambini classificati come obesi nel 2022, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Nonostante il notevole aumento della prevalenza, molte persone con obesità non vengono trattate. Questo problema è la conseguenza di diverse barriere che limitano l'accesso a cure efficaci; tra queste, lo stigma, la disapprovazione sociale, i pregiudizi associati all'obesità, la mancanza di copertura sanitaria o assicurativa, oltre alla mancanza di un'adeguata formazione, sia del personale sanitario che dei pazienti, sul percorso di perdita di peso, opzioni di trattamento,



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation Orsini P, Garofolo M, Di Cianni G. Dal pregiudizio all'obiettività: impatto dello stigma sull'approccio clinico e sociale dell'obesità. JAMD 28:220–226, 2025.

DOI 10.36171/jamd.25.28.3.9

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received July, 2025

Accepted September, 2025

Published October, 2025

Copyright © 2025 P Orsini. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Authors received no specific funding for this work.

Competing interest The Authors declare no competing interests.

nonché aspettative irrealistiche sul tasso del calo ponderale da parte delle persone. In particolare il pregiudizio nei confronti del peso, lo stigma, porta ad azioni contro le persone con obesità che possono causare esclusione, emarginazione, disuguaglianza nei trattamenti e nell'accesso alle cure. Tutti questi fattori possono contribuire alla difficoltà da parte del soggetto con obesità ad aderire a percorsi terapeutici basati sull'evidenza impedendo il raggiungimento degli obiettivi di perdita di peso.

PAROLE CHIAVE obesità; stigma; comunicazioni efficaci; cambiamenti globali.

Introduzione

L'obesità, malattia cronica progressiva e recidivante, è una delle principali sfide di salute pubblica a livello globale con prevalenza più che raddoppiata tra il 1990 e il 2022 (uomini 4.8% vs 14.0%; donne 8.8% vs 18.5%)⁽¹⁾, con oltre 890 milioni di adulti e 160 milioni di bambini classificati come obesi nel 2022 secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁽²⁾. Un recente rapporto pubblicato su *The Lancet Diabetes and Endocrinology* propone una nuova definizione di obesità introducendo due concetti fondamentali:

1 - *Obesità preclinica*: senza compromissione della funzionalità degli organi, ma con rischio aumentato di sviluppare malattie correlate al peso, come diabete di tipo 2 o malattie cardiovascolari;

2 - *Obesità clinica*: malattia in cui l'eccesso di adiposità provoca alterazioni funzionali misurabili, quali difficoltà respiratorie, disfunzioni cardiovascolari o limitazioni nelle attività quotidiane⁽³⁾. D'altra parte l'obesità compromette la salute nel suo più ampio spettro, incluso il benessere fisico⁽⁴⁾ e psichico^(5,6). Nonostante il notevole aumento della prevalenza e la formulazione di una corretta diagnosi, molte persone con obesità non sono ancora trattate. Questo problema è la conseguenza di diverse barriere che limitano l'accesso a cure efficaci: da una parte la mancanza della copertura sanitaria o assicurativa, di percorsi integrati tra specialisti, di un'adeguata formazione sulla patologia e sulle opzioni di trattamento; dall'altra aspettative irrealistiche da parte dei pazienti sul tasso del calo ponderale. L'attribuzione dell'eccesso ponderale solamente a un non corretto stile di vita delle persone con obesità e la percezione negativa o stigma (parola di origine greca che significa impronta, marchio) dell'obesità di-

scrimina nell'accesso alle cure e ai trattamenti e finisce per condizionare la qualità di vita⁽⁷⁾. Riconoscere e definire l'obesità come "malattia" conseguente a complessi fattori genetici, biologici, sociali, economici, ambientali, oltre a portare importanti effetti sulle cure, trattamenti, nuove direttive politiche, contribuirà a ridurre la disapprovazione sociale e la discriminazione verso chi ne è affetto.

Cause, ambiti, influenza della società e conseguenze dello stigma

La complessa multifattorialità nella patogenesi dell'obesità contribuisce alla difficoltà a perdere peso, ma soprattutto a mantenere un peso corporeo inferiore una volta raggiunto. È una patologia che espone la persona che ne è affetta al pregiudizio e al disprezzo dell'altro, impattando negativamente sulla salute fisica e psichica, coinvolgendo molti ambiti della vita. In questo contesto, è verosimilmente importante contrastare lo "stigma interiorizzato", cioè contrastare la tendenza delle persone con obesità a far propri gli stereotipi e i pregiudizi negativi associati allo stigma legato al peso. Ad oggi infatti, nonostante le evidenze scientifiche, è ancora diffusa la convinzione che il peso corporeo sia interamente sotto il controllo individuale e che l'obesità sia una condizione facilmente reversibile per scelta, semplicemente correggendo le proprie abitudini alimentari e modificando il proprio stile di vita⁽⁸⁻¹⁰⁾. Questa convinzione errata è sicuramente il principale input allo stigma. Le persone affette da obesità sono frequentemente sottoposte ad alti livelli di stress sostenuti dagli ambienti circostanti, sono altamente stigmatizzate e sperimentano frequentemente svalutazione sociale, denigrazione e discriminazione^(11,12). Tutto questo porta i soggetti con obesità incontro a condizioni psicopatologiche che vanno dalla depressione all'ansia, dalla bassa autostima all'isolamento sociale⁽¹³⁾. Anche il comportamento alimentare è profondamente influenzato^(14,15) alterando eccessi compulsivi, con aumento del consumo calorico, a comportamenti disfunzionali per il controllo del peso^(16,17). È chiaro comunque che non sempre l'obesità è associata a disturbi alimentari, ma essi sono presenti laddove viene riscontrata una sintomatologia con un quadro clinico da riferire a un disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED). Si verifica inoltre una ridotta motivazione a fare attivi-

tà fisica, per sentimenti di vergogna verso il proprio corpo (vergogna corporea) o discriminazione sociale (Figura 1). L'interiorizzazione dello stigma porta queste persone a essere molto severe con sé stesse e a rispondere alle pressioni negative subite colpevolizzandosi e disprezzandosi⁽¹³⁾. Durante l'attività ambulatoriale, non è difficile trovare un paziente con obesità che si colpevolizza della sua condizione e si descrive come un perdente, un fallito, una persona che ci deluderà o farà perdere tempo. È stato stimato che il 40% degli adulti statunitensi con sovrappeso od obesità aveva interiorizzato lo stigma sul peso e che il 20% mostrava alti livelli di interiorizzazione dello stesso⁽¹⁸⁾. Le esperienze di stigmatizzazione legate al peso sono presenti in diversi contesti sociali, quali ambiente domestico o scolastico, assistenza sanitaria e mass media^(18,19), ma anche in ambienti di lavoro. A livello interpersonale tali esperienze sono presenti nei comportamenti, commenti, espressioni verbali e altri aspetti della comunicazione, fino alla trasposizione intrapersonale con auto-stigma o stigma interiorizzato.

Lo stigma si manifesta in tutte l'età, ma può interessare una persona in modo continuo fin dall'infanzia. Gli studi sullo stigma legato al peso in adolescenza, e in particolare nella popolazione generale, sono

scarsi nell'area del Mediterraneo. Anastasiadou e coll. dimostrano che rispetto agli adolescenti normopeso, tutti gli stati ponderali hanno mostrato un rischio più elevato di stigma. Questo rischio è risultato 3.4 volte maggiore negli adolescenti sottopeso fino a 11.4 volte maggiore in quelli obesi; in particolare le ragazze presentano un rischio 6.6 volte superiore rispetto ai ragazzi⁽⁶⁾. Il bullismo, verbale o fisico, non incoraggia un sano cambiamento comportamentale, ma al contrario conduce all'isolamento sociale, all'insoddisfazione corporea e ai problemi di salute mentale^(19,20) nelle persone più vulnerabili a questa problematica. Allo stesso tempo, l'interiorizzazione del pregiudizio legato al peso, il processo di consapevolezza e di accettazione di stereotipi negativi^(15,16), rappresentano ulteriori sfide per la gestione efficace dell'obesità, condizione che è associata a una peggiore salute psicosociale, fisica e comportamentale⁽¹⁷⁾, a comportamenti alimentari disadattivi⁽²¹⁻²³⁾ e a condizioni psicopatologiche, soprattutto nei giovani. La ricerca condotta su adulti nella popolazione generale ha riportato un'alta prevalenza di esperienze di stigmatizzazione del peso (oltre il 40%), maggiore nelle donne^(23,24). La nostra società, esercitando un'importante pressione sociale a conformarsi all'ideale di magrezza che viene proposta



Figura 1 | Conseguenze sulla salute psico-fisica derivanti dalla stigmatizzazione del peso (modificata da: ⁴⁷).

come più attraente, aumenta il pregiudizio sul peso soprattutto nel genere femminile^(25,26). Questo rende i giovani, indipendentemente dalle loro dimensioni corporee, particolarmente vulnerabili a problemi di salute emotiva e fisica nel tempo^(15,23). Studi su adulti^(23,25) hanno indicato che le esperienze di stigma legato al peso erano meno diffuse tra gli individui più anziani. Le persone con obesità spesso vengono percepite come pigre, golose, prive di forza di volontà e autodisciplina, poco motivate a migliorare la salute, non aderenti alle cure mediche e personalmente responsabili del loro peso corporeo elevato⁽²⁷⁾. Anche gli operatori sanitari (OS) di tutte le specialità sono spesso portatori inconsapevoli del pregiudizio legato al peso^(13,15). Esempi in ambito sanitario vanno dal rifiuto di cure alle persone obese, alle comunicazioni inadeguate, spesso irrispettose o sprezzanti⁽¹⁶⁾. Gli OS devono impegnarsi attivamente per prevenire e ridurre pregiudizi e stigmatizzazioni legati al peso, al fine di migliorare l'assistenza e la salute delle persone con obesità.

Cosa sta cambiando a livello internazionale

L'obesità viene sempre più riconosciuta come una malattia cronica complessa progressiva e recidivante³. Già dal 2015, la World Obesity Federation ha istituito la Giornata Mondiale dell'Obesità (World Obesity Day) con ricorrenza il 4 marzo, con lo scopo di sensibilizzare cittadini e istituzioni alla prevenzione dell'obesità, senza discriminazioni o pregiudizi ovvero senza l'uso di un linguaggio stereotipato e stigmatizzante sulle persone che vivono con questa patologia⁽²⁸⁾.

È degno di nota che organizzazioni come la World Obesity Federation⁽²⁹⁾ e l'UNICEF⁽³⁰⁾ abbiano recentemente sostenuto un cambiamento nella narrativa globale sull'obesità per riconoscere e ridurre lo stigma legato al peso. Le loro raccomandazioni includono: riformulare i messaggi che semplificano le cause dell'obesità attribuendola esclusivamente al controllo individuale; distinguere tra dimensioni corporee e obesità; mettere al primo posto la persona e immagini non stigmatizzanti; evitare un linguaggio che incolpi genitori o figli; concentrarsi sul miglioramento delle opzioni delle persone piuttosto che sulle loro scelte; promuovere iniziative sanitarie neutrali rispetto al peso incentrate sui risultati di salute piuttosto che sul peso; aumentare la consa-

pevolezza sullo stigma legato al peso attraverso opportunità di formazione professionale continua nei contesti educativi e sanitari per migliorare l'equità per bambini e adolescenti.

Inoltre, nel febbraio 2023, nel contesto del Programma europeo EU4Health per il periodo 2021-2027, è partita l'azione europea triennale "Joint Action for the implementation of best practices and research results on Healthy Lifestyle for the health promotion and prevention of non-communicable diseases and risk factors" (JA-Health4EUkids), dedicata all'attuazione delle buone pratiche e dei risultati della ricerca sugli stili di vita sani per la promozione della salute nell'infanzia e la prevenzione delle malattie non trasmissibili e dei fattori di rischio⁽³¹⁾.

Infine, l'Associazione per l'Obesità dell'American Diabetes Association (ADA) ha sviluppato linee guida complete per affrontare il pregiudizio legato al peso in ambito sanitario, riconoscendolo come un ostacolo significativo alla gestione efficace della patologia. Queste linee guida si concentrano su tre aree critiche principali: 1. istruzione e formazione continua di tutti gli OS già dai primi anni dei corsi di laurea⁽³²⁻³⁶⁾, implementazione di protocolli per ridurre al minimo il rischio di stigmatizzazione durante l'erogazione dei servizi sanitari, 2. adeguare il contesto clinico sanitario/ambulatoriale con arredi e attrezzature mediche conformi a creare un ambiente inclusivo⁽³⁷⁻⁴¹⁾, 3. comunicazione, collaborazione efficaci garantendo privacy e sensibilità in ogni prestazione^(42,43). Soprattutto queste ultime azioni sono essenziali per ridurre al minimo la stigmatizzazione insieme ad un linguaggio incentrato sulla persona, non giudicante e coinvolgente le persone nel processo decisionale, sia in termini di obiettivi che di approcci terapeutici^(39,40,43-45). Tutto questo enfatizza il riconoscimento delle complesse interazioni tra fattori genetici, biologici, comportamentali⁽⁴⁶⁾, sociali e ambientali che influenzano il peso e la sua gestione piuttosto che una visione semplicistica dell'obesità causata esclusivamente da un'alimentazione di scarsa qualità e da uno stile di vita sedentario. La metodologia e le procedure degli Standard di Cura per il Sovrappeso e l'Obesità si concentrano su raccomandazioni cliniche basate sull'evidenza scientifica al fine di supportare gli OS, i ricercatori e le persone con obesità nella gestione della patologia^(47,48). L'obesità è un argomento complesso e spesso delicato, che rende la comunicazione difficile sia per gli OS che per i soggetti con obesità. Ciò rende essenziale coinvolgere il paziente nel processo decisionale condiviso (shared

decision-making, SDM) diagnostico e terapeutico, così come nella definizione degli obiettivi, usando una terminologia che mitighi i pregiudizi sul peso. In particolare l'obesità deve essere definita utilizzando stadi di gravità (I, II, III)⁽⁴⁹⁾. Il SDM si basa sulla collaborazione tra le persone coinvolte per sviluppare un piano di cura specifico che tenga conto dello stato di salute, delle preferenze, dei valori e degli obiettivi individuali^(50,51), includendo la discussione di tutte le opzioni terapeutiche ed interventi comportamentali, medici e chirurgici, con valutazione dei rischi e benefici di ciascuna opzione, sebbene gli obiettivi delle due parti possano differire. Ad esempio, l'obiettivo della persona potrebbe essere quello di raggiungere la capacità funzionale di essere attivamente coinvolta nelle attività e nei giochi dei propri cari (figli, nipoti), rispetto a quello del medico solo incentrato sullo stato di salute complessivo. La definizione degli obiettivi rafforza ulteriormente la collaborazione e contribuisce al successo a lungo termine. È importante per l'individuo valorizzare le vittorie, non solo quelle basate sulle indicazioni fornite dalla bilancia, in modo che la persona si senta apprezzata dall'OS⁽⁵²⁻⁵³⁾. Queste nuove linee guida promuovono cambiamenti globali, dando priorità al rispetto, alla dignità e all'equità nell'assistenza alla persona con obesità; la loro applicazione contribuirà alla riduzione, fino all'eliminazione, dei pregiudizi legati al peso favorendo un sistema sanitario inclusivo ed efficace.

Cosa sta cambiando a livello nazionale

In Italia, il 7 maggio 2025 è stata approvata dalla Camera dei deputati, per la prima volta a livello mondiale, la legge n.741 della XIX Legislatura del 28 dicembre 2022 su "Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità" di iniziativa dell'On. Roberto Pelà⁽⁵⁴⁾. La legge, ora all'esame del Senato, conferma la recezione dell'obesità come malattia e non come scelta comportamentale, finalizza l'adozione di una politica di prevenzione e contrasto dell'obesità, al fine di rispondere alle esigenze dei cittadini che soffrono di questa patologia. Il provvedimento prevede infatti il riconoscimento dell'obesità come malattia progressiva e recidivante, inserendone le prestazioni nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)⁽⁵⁵⁾ e ponendole quindi a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Si caratterizza per un approccio integrato alla lotta alla malattia che comprende prevenzione,

cura e sensibilizzazione sociale, garantendo equità ed accesso alle cure. La legge pone attenzione alla prevenzione fin dalla promozione dell'allattamento al seno, quale nutrimento necessario a prevenire l'obesità infantile, alla responsabilizzazione dei genitori nella scelta di un'alimentazione equilibrata per i propri figli. Agevola l'inserimento delle persone con obesità nelle attività scolastiche, lavorative e sportivo-ricreative; nelle scuole promuove iniziative didattiche extracurricolari per rendere consapevoli gli studenti sull'importanza di un corretto stile di vita. Promuove campagne di informazione, tramite i mass media e reti di prossimità, in collaborazione con enti locali, farmacie, medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta. La legge promuove la formazione e l'aggiornamento in materia di obesità e sovrappeso degli studenti universitari, dei MMG, dei pediatri di libera scelta e di tutto il personale del SSN. È prevista anche l'istituzione dell'Osservatorio per lo Studio dell'Obesità (OSO) presso il Ministero della Salute, con compiti di monitoraggio, studio e diffusione degli stili di vita nella popolazione italiana, operando con strutture, mezzi e personale in dotazione al Ministero della Salute. Anche in Italia quindi, l'obesità passa da semplice condizione di esclusiva responsabilità del paziente a vera malattia che, come tale, va affrontata assicurando ai pazienti un accesso migliore alle cure.

Conclusioni

Nel complesso, la letteratura ha contribuito in modo significativo alla nostra comprensione dell'impatto dello stigma legato all'interiorizzazione del peso sui risultati in termini di salute fisica e psicologica. Permangono aree di incertezza, basate sulla mancanza di coerenza nella terminologia e nelle definizioni dello stigma legato all'interiorizzazione del peso, ma vengono forniti spunti di riflessione per il futuro. Complessivamente, le evidenze a disposizione suggeriscono che è necessaria una gestione e una formazione efficaci, incentrate sul trattamento individualizzato attraverso un colloquio tra il personale sanitario e il soggetto con obesità senza pregiudizi, semplice, inclusivo, che ponga il paziente al centro del processo decisionale diagnostico/terapeutico con una definizione condivisa degli obiettivi. Il SDM per l'obesità si basa infatti sulla collaborazione tra personale sanitario e persona che convive con la patologia, per sviluppare un piano di cura specifico che tenga conto dello stato di salute, delle preferen-

ze, dei valori e degli obiettivi individuali. Le nuove linee guida promuovono cambiamenti globali dando priorità al rispetto, alla dignità e all'equità nell'assistenza alla persona con obesità e la loro applicazione contribuirà alla riduzione fino all'eliminazione dei pregiudizi legati al peso e favorendo un SSN inclusivo ed efficace.

Bibliografia

1. Fitch A Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes, 2025.
2. www.epicentro.iss.it/obesita/2022.
3. Rubino F, Cummings DE, Eckel RH et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol* 13(3): 221-262, 2025.
4. Bhaskaran K, dos-Santos-Silva I, Leon DA et al. Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3.6 million adults in the UK. *Lancet Diabetes Endocrinol* 6: 944-53, 2018.
5. Avila C, Holloway AC, Hahn MK et al. An overview of Links between Obesity and Mental Health. *Curr Obes Rep* 4:303-10, 2015.
6. Anastasiadou D, Tárrega S, Fornieles-Deu A, Moncada-Ribera A et al. Experienced and internalized weight stigma among Spanish adolescents. *BMC Public Health* 24:1743, 2024.
7. Crandall CS, D'Anello S, Sakalli N, Lazarus E, Wiczorkowska G, Feather NT. An attribution-value model of prejudice: anti-fat attitudes in six nations. *Pers Soc Psychol Bull* 27: 30-7, 2001.
8. Hagan S, Nelson K. Are current guidelines perpetuating weight stigma? A weight-skeptical approach to the care of patients with obesity. *J Gen Intern Med* 38: 793-98, 2022.
9. Solmi F, Sharpe H, Gage SH et al. Changes in the prevalence and correlates of weight-control behaviors and weight perception in adolescents in the UK, 1986-2015. *JAMA Pediatr* 175: 267-75, 2021.
10. Batterham RL. Weight stigma in healthcare settings is detrimental to health and must be eradicated. *Nat Rev Endocrinol* 18, 387-388, 2022.
11. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 17(5): 941-64, 2009.
12. Rubino F et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature Medicine* 26: 485-497, 2020.
13. Di Pauli D. "Obesità e Stigma" Edizioni Positive Press, 2021.
14. Busetto L, Carbonelli M, Caretto A et al. Lo stigma clinico dell'obesità. *22_IHPB_Speciale_2020*.
15. Pearl RL, Puhl RM. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obes Rev* 19: 1141-63, 2018.
16. Romano KA, Heron KE, Sandoval CM, MacIntyre RI, Howard LM, Scott M et al. Weight bias internalization and psychosocial, physical, and behavioral health: a meta-analysis of cross-sectional and prospective associations. *Behav Ther* 54: 539-56, 2022.
17. Butt M, Harvey A, Khesroh E, Rigby A, Paul IM. Assessment and impact of pediatric internalized weight bias: a systematic review. *Pediatr Obes* 18: e13040, 2023.
18. Tanas R, Gil B, Marsella M, Nowicka P, Pezzoli V, Phelan SM et al. Addressing Weight Stigma and Weight-based discrimination in children: preparing pediatricians to meet the challenge. *J Pediatr* 248: 135-e1363, 2022.
19. Pont SJ, Puhl RM, Cook SR, Slusser W. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics* 140: e20173034, 2017.
20. Puhl RM, Lessard LM. Weight stigma in Youth: prevalence, consequences and considerations for clinical practice. *Curr Obes Rep* 9: 402-11, 2020.
21. Puhl RM, Himmelstein MS, Pearl RL. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Am Psychol* 75: 274-89, 2020.
22. Puhl RM, Himmelstein MS. Weight bias internalization among adolescents seeking weight loss: implications for eating behaviors and parental communication. *Front Psychol* 9: 2271, 2018.
23. Prunty A, Clark MK, Hahn A, Edmonds S, O'Shea A. Enacted weight stigma and weight self stigma prevalence among 3821 adults. *Obes Res Clin Pract* 14: 421-7, 2020.
24. Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing Weight Stigma: Prevalence and Sociodemographic considerations in US adults. *Obesity* 26: 167-75, 2018.
25. Stewart SJF, Ogden J. The role of social exposure in predicting weight bias and weight bias internalisation: an international study. *Int J Obes* 45:1259-70, 2021.
26. Cash TF, Smolak L. Body image and muscularity. In: Cash TF, Smolak L, editors. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*. 2nd ed. Guilford Press, 2011.
27. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 26: 485-97, 2020.
28. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev* 18: 715-23, 2017.
29. Nutter S, Eggerichs LA, Nagpal TS, Ramos Salas X, Chin Chea C, Saiful S et al. Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: a position statement from the World Obesity Federation. *Obes Rev* 25: e13642, 2024.
30. United Nations Children's Fund. Shifting the narrative: a playbook for effective advocacy on the Prevention of Childhood overweight and obesity. New York; UNICEF 2022.
31. www.epicentro.iss.it/en/obesity/joint-action-health4EUkids.
32. Wijayathunga NN, Kim Y, Butsch WS et al. The effects of a teaching intervention on weight bias among kinesiology undergraduate students. *Int J Obes (Lond)* 43: 2273-81, 2019.
33. Vela MB, Erondur AI, Smith NA et al. Eliminating Explicit and Implicit Biases in Health Care: Evidence and Research Needs. *Annu Rev Public Health* 43: 477-501, 2022.
34. Onyeador IN, Hudson STJ, Lewis NA Jr. Moving Beyond Implicit Bias Training: Policy Insights for Increasing Organizational Diversity. *Policy Insights Behav Brain Sci* 8: 19-26, 2021.
35. Hagiwara N, Kron FW, Scerbo MW et al. A call for grounding implicit bias training in clinical and translational frameworks. *Lancet* 395: 1457-60, 2020.
36. Velazquez A, Coleman KJ, Kushner RF et al. Changes in Healthcare Professionals' Practice Behaviors Through an Educational Intervention Targeting Weight Bias. *J Gen Intern Med*, 2024.
37. Amy NK, Aalborg A, Lyons P et al. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes (Lond)* 30: 147-55, 2006.

38. Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student CHANGES study. *Obesity* (Silver Spring) 22: 1201–8, 2014.
39. Agaronnik ND, Lagu T, DeJong C et al. Accommodating patients with obesity and mobility difficulties: Observations from physicians. *Disabil Health J* 14: 100951, 2021.
40. Boland W, Li WS, Dilly CK. Accommodating patients with obesity in ambulatory care: a clinical environment checklist. *Obes Sci Pract* 10: e70006, 2024.
41. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM et al. Weight bias among health-care professionals: a systematic review and meta-analysis. *Obesity* (Silver Spring) 29: 1802–12, 2021.
42. Philip SR, Fields SA, Van Ryn M et al. Comparisons of Explicit Weight Bias Across Common Clinical Specialties of US Resident Physicians. *J Gen Intern Med* 39: 511–8, 2024.
43. 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* 7: e48448, 2012.
44. Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky ACI et al. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity* (Silver Spring) 23: 46–53, 2015.
45. Wignall D. Design as a critical tool in bariatric patient care. *J Diabetes Sci Technol* 2: 263–7, 2008.
46. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* 16: 319–263, 2015.
47. Raveendhara R Bannuru. Weight stigma and bias: standards of care in overweight and obesity-2025. *BMJ Open Diab Res Care* 13: e004962, 2025.
48. Obesity Canada. Assessment of clinical space checklist. Available: https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/08/5-Activitiesof-Daily-Life-Table-1-with-links_FINAL.pdf [Accessed 01 Jul 2025].
49. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes (Lond)* 33: 289–95, 2009.
50. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making* 35:114–31, 2015.
51. Saheb Kashaf M, McGill ET, Berger ZD. Shared decision-making and outcomes in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2017; 100: 2159–71 Pearl RL, Donze LF, Rosas LG. Ending Weight Stigma to Advance Health Equity. *Am J Prev Med* 67: 785–91, 2024.
52. Robinson KM, Robinson KA, Scherer AM et al. Patient Perceptions of Weight Stigma Experiences in Healthcare: a Qualitative Analysis. *Health Expect* 27: e70013, 2024.
53. Nutter S, Eggerichs LA, Nagpal TS et al. Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: a position statement from the World Obesity Federation. *Obes Rev* 25: e13642, 2024.
54. https://documenti.camera.it/apps/commonServices/getDocumento.ashx?sezione=lavori&tipoDoc=testo_pdl&idlegislatura=19&codice=leg.19.pdl.camera.741.19PDL0018030.
55. <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/cosa-sono-i-lea/>.