

## Psicologia clinica della salute e bisogni emergenti

*Caterina Lombardo\**

### *Abstract*

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito al succedersi di eventi (p.e. pandemia, invecchiamento della popolazione, aumento delle *noncommunicable diseases*, ecc.) che hanno profondamente modificato il tessuto sociale e fatto emergere, nei confronti della psicologia, bisogni di salute accanto al classico bisogno di cura. L'articolo descrive come la psicologia clinica della salute risponde a questi bisogni. La psicologia clinica della salute è una parte applicativa della psicologia della salute, che riguarda la promozione del benessere nei contesti di cura e in particolare in presenza di malattie croniche non trasmissibili. L'articolo, inoltre, esemplifica le competenze e le azioni tipiche svolte dallo psicologo clinico della salute nell'ambito dei contesti di cura dell'obesità, una delle malattie non trasmissibili più diffuse e fra le principali cause di morte, considerata anche fra i fattori di importante vulnerabilità per gli effetti avversi della COVID-19. Infine, l'articolo propone alcuni temi di discussione come i cambiamenti nel setting e nelle tecniche di intervento conseguenti all'emergenza sanitaria della pandemia.

*Parole chiave:* Psicologia clinica della salute, promozione del benessere, malattie croniche non trasmissibili

---

\* Caterina Lombardo è Professore di I fascia di Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma. È delegata della Rettore per le disabilità e i DSA e membro della CNUDD, Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia della salute per i contesti clinici e sanitari, coordina i servizi clinici del Dipartimento di Psicologia ed è membro del Direttivo della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare (SISDCA). È autrice di centinaia di pubblicazioni nazionali e internazionali.

Lombardo, C. (2021). Psicologia clinica della salute e bisogni emergenti. *Rivista di Psicologia Clinica*, 16(2), 40-46.

### *Introduzione*

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito al succedersi di eventi, che hanno profondamente modificato il tessuto sociale non solo dell'Italia ma del mondo intero. Fenomeni come la pandemia o i grandi flussi migratori, conseguenti a gravi crisi politiche, economiche e belliche o l'impoverimento graduale di una vasta porzione della popolazione fanno emergere nuovi bisogni che richiedono risposte appropriate, anche alla luce del fatto che il setting psicoterapeutico tradizionale appare non sempre adatto a rispondere a questi mutati bisogni.

### *Il contesto che cambia*

Già nel 2013 uno studio condotto sul territorio nazionale (Bosio e Lozza, 2013) ha dimostrato che la comunità professionale degli psicologi era rapidamente cresciuta in pochi decenni e che, parallelamente si cominciava a registrare una riorganizzazione della professione in forme marcatamente plurali, che si esprimevano in una offerta flessibile e prevalentemente focalizzata sull'attività di consulenza. Nel 2015 l'ENPAP ha realizzato un'indagine di mercato, che ha evidenziato come la crisi al tempo valoriale, lavorativa, economica ed esistenziale, e la precarietà che ne era conseguita, avessero creato nella popolazione nuovi bisogni di psicologia. In particolare, accanto al classico bisogno di cura era emerso un positivo bisogno di salute e di benessere. Questo bisogno di salute veniva intercettato, all'epoca dell'indagine, più da altre figure, dal momento che lo psicologo veniva principalmente identificato con la figura professionale responsabile della cura non della crescita della salute e del benessere individuale e organizzativo. Il senso di precarietà e il bisogno di un aiuto professionale per migliorare il benessere e la salute anche in condizioni ambientali e personali avverse, dal 2015 ad oggi sono cresciuti, come evidenzia l'indagine ENPAP 2020. Inoltre, gli eventi connessi con la pandemia da SARS-CoV-2 li hanno amplificati.

Studi epidemiologici, rassegne e meta-analisi (e.g. Musacchio Schafer et al., 2022) documentano l'incremento di disturbi mentali quali ansia, depressione, insonnia, in seguito alla pandemia. Anche in Italia, un'ampia survey condotta dall'Istituto Superiore di Sanità, che ha coinvolto circa 2700 gemelli adulti (età media 45 anni, 64% donne) e 878 famiglie con gemelli minorenni (età media 9 anni), ha evidenziato che i sintomi depressivi o da stress si presentavano rispettivamente nell'11 e nel 14% degli intervistati mentre i livelli di ansia hanno superato il range di normalità in circa la metà dei degli intervistati (ISS, 2021). Tuttavia, gli effetti diretti dell'infezione sembrano assenti o molto piccoli (e.g. Wallbridge Bourmistrova et al., 2022). Pertanto, l'aumento dei tassi di prevalenza dei disturbi mentali ragionevolmente non sono da considerare una conseguenza diretta della malattia ma il risultato indiretto della pandemia ovvero una conseguenza dell'incertezza economica e sociale, dalla preoccupazione per il contagio, dell'interruzione o riduzione delle cure, nonché delle misure di lockdown adottate dai vari paesi per contenere la diffusione del virus e i tassi di contagio (p.e. Musacchio Schafer et al., 2022). Abitudini e stili di vita sono cambiati, le misure di prevenzione quali il distanziamento sociale e la riduzione di alcune attività sociali potrebbero aver acuito ulteriormente i bisogni di salute e benessere già evidenti nelle indagini condotte dall'ENPAP prima della pandemia.

Infine, vanno citati i bisogni di salute, presenti già prima della pandemia, emersi come conseguenza dell'aumento delle malattie non trasmissibili (*noncommunicable diseases*, ovvero tutte quelle malattie croniche, conseguenti a stili di vita errati), delle malattie degenerative e oncologiche (WHO, 2018), nonché di tutte le malattie connesse con l'invecchiamento. Le malattie croniche non trasmissibili rappresentano la principale causa di mortalità fra gli adulti in tutti i Paesi del mondo, con un trend in progressiva ascesa anche a causa dell'invecchiamento della popolazione; alle malattie croniche è attribuibile il 71% della mortalità globale, con un peso maggiore, nell'ordine, rispettivamente per patologie cardiovascolari, cancro, patologie respiratorie, diabete (WHO, 2018). Queste malattie, seppur prevalenti nelle fasce d'età superiori, sono le principali cause di morte tra i 30 ed i 70 anni. La loro caratteristica distintiva è che sono prevenibili in tutte le fasce d'età e controllabili intervenendo su alcuni fattori di rischio quali il consumo di alcool e tabacco, errate abitudini alimentari, insufficiente attività fisica e sedentarietà, cambiamenti in alcune caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale. Inoltre, a questi fattori di rischio si aggiunge

l'inquinamento atmosferico, considerato dall'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO, 2018) il principale fattore di rischio ambientale e tra le cause principali dei decessi dovuti a malattie croniche non trasmissibili. Il nostro Ministero della Salute ha pubblicato un documento di strategia che evidenzia come, prima della pandemia da SARS-CoV-2, siano stati compiuti progressi significativi per aumentare l'aspettativa di vita e ridurre i rischi associati alla mortalità dovuta alle malattie non trasmissibili. La pandemia ha rallentato questi progressi aumentando il rischio di mortalità soprattutto nella popolazione anziana. Proprio sulla promozione della salute, la riduzione dei fattori di rischio per le malattie non trasmissibili e la promozione di un'alimentazione sana e sostenibile come strumento di miglioramento del benessere il nostro Governo ha incentrato una delle azioni previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Una possibile cornice teorica e paradigmatica per le azioni che lo psicologo clinico può intraprendere sia in ambito accademico che professionale per rispondere a questi bisogni emersi dai cambiamenti fin qui descritti è quella della psicologia clinica della salute.

### *La psicologia clinica della salute: un ossimoro?*

A primo acchito i due termini “clinica” e “salute” inclusi nell’etichetta “Psicologia clinica della salute”, appaiono come un ossimoro, due termini in chiara contraddizione. La psicologia della salute, disciplina che si è imposta dagli anni '70 del secolo scorso come un paradigma che sposta il focus dalla psicopatologia alla salute (intesa come il raggiungimento del pieno benessere psicologico) e l’ottica dell’intervento dalla cura alla prevenzione della malattia ed alla promozione del benessere, sembra incompatibile con la psicologia clinica, classicamente interessata alla cura.

In realtà la psicologia clinica della salute è una parte applicativa della psicologia della salute, che riguarda la promozione del benessere nei contesti di cura (p.e. Belar, 1997; Llewelin e Kennedy, 2003). L’American Psychological Association (APA 2008) la definisce come quella disciplina che studia il benessere come risultato dell’interazione fra fattori psicologici, sociali, culturali e biologici e applica questa conoscenza all’offerta di azioni professionali e servizi che mirano a promuovere il benessere nei contesti di cura, soprattutto i contesti di cura delle malattie croniche non trasmissibili. Fra i problemi primariamente affrontati dalla Psicologia clinica della salute c’è come i processi cognitivi (quali l’apprendimento, la memoria, la percezione, il pensiero) e motivazionali influenzano i comportamenti di salute e modulano l’impatto delle malattie croniche sul benessere o sulla disabilità. La Psicologia clinica della salute, ad esempio, studia in che modo gli aspetti cognitivi e motivazionali influiscono sul controllo del peso, sul fumo, sulla gestione del dolore, sull’accettazione della diagnosi, sull’aderenza alla cura; oppure ancora l’impatto che ha sul benessere la comunicazione di una diagnosi di malattia cronica o degenerativa. Gli interventi per la promozione della salute e per la prevenzione si basano su conoscenze scientificamente valide, che spiegano quali azioni, attuabili sui fattori bio-psico-sociali, favoriscono il benessere e la qualità della vita, riducono la vulnerabilità alla malattia, promuovono l’aderenza attiva alle cure in presenza di patologie, promuovono cambiamenti comportamentali che favoriscono il benessere e la qualità della vita anche in presenza di una malattia. Le popolazioni a cui si indirizzano le azioni professionali sono sia le persone che hanno sviluppato una malattia cronica o degenerativa sia le persone apparentemente in buona salute. In entrambi i casi l’obiettivo delle azioni professionali è il miglioramento del benessere, la riduzione delle condizioni bio-psico-sociali che peggiorano la qualità della vita e aumentano la vulnerabilità alla malattia, il potenziamento delle risorse individuali (p.e. delle strategie di coping) e sociali (p.e. delle reti di supporto).

### *Quali competenze deve avere uno psicologo clinico della salute*

La legge 56/89, che ha istituito la professione dello psicologo, così definisce le competenze che caratterizzano la nostra professione: “La professione di psicologo comprende l’uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito”. Lo psicologo clinico della salute, per potere svolgere la sua attività professionale, oltre a possedere le competenze tipiche della professionalità dello psicologo, deve possedere conoscenze e competenze complesse, che garantiscano la possibilità di svolgere le attività di

valutazione e intervento nelle equipe multiprofessionali che caratterizzano la promozione della salute nei contesti sanitari.

Di seguito, nel descrivere le specifiche competenze richieste allo psicologo clinico della salute, si farà riferimento a scopo esemplificativo a una delle tante aree di intervento proprie di questa professionalità: l'ambito dell'obesità. Si tratta di una malattia cronica che offre, a scopo esemplificativo, il vantaggio di descrivere le azioni di promozione della salute che uno psicologo può svolgere nell'ambito della cura di un disturbo che non è un disturbo mentale, sebbene possa frequentemente associarsi a condizioni psicopatologiche rilevanti. L'obesità è una malattia che si manifesta con un eccessivo accumulo di tessuto adiposo in vari distretti corporei, e la cui etiologia comprende un'interrelazione di fattori biologici, genetici, metabolici e psicosociali (Bray et al., 2017). Costituisce essa stessa un fattore di rischio per lo sviluppo di altre malattie come il diabete e le malattie cardiovascolari, ed è uno dei principali predittori di mortalità anche in seguito ad infezione da SARS-CoV-2 (p.e. Recalde et al, 2021).

### *Valutazione*

Fra gli atti tipici dello psicologo vi è la valutazione psicodiagnostica. Lo psicologo clinico della salute, in quanto psicologo deve sapere svolgere un colloquio clinico, raccogliere dati osservativi ed anamnestici senza suggerire né dare per scontate le risposte, valutare la personalità, raccogliere informazioni sui sintomi e sulla percezione e attribuzione di significato ai suddetti sintomi. Accanto a queste competenze tipiche della professionalità psicologica, lo psicologo clinico della salute deve sapere usare strumenti di valutazione psicofisiologica nonché conoscere e comprendere le cartelle cliniche contenenti dati e parametri biomedici associati allo specifico disturbo per il quale sta svolgendo la valutazione. Per calare queste competenze nell'ambito esemplificativo prescelto, la valutazione medica e clinica dell'obesità non rientra fra le competenze dello psicologo clinico della salute. Tuttavia, lavorando fianco a fianco con chi si occupa della cura dell'obesità, lo psicologo deve saper distinguere i vari livelli di gravità del disturbo (sovrappeso vs obesità di I, II, III grado) e valutare:

1. quali fattori di rischio psico-sociale hanno favorito lo sviluppo della malattia (ad esempio il paziente ha una storia familiare di obesità? una storia di abusi e violenze? ha subito bullismo e stigma basato sul peso?);
2. quali fattori psico-sociali attualmente agiscono nel mantenerla (ad esempio il paziente ha uno stile di vita sedentario? abitudini alimentari errate? uno stile di vita disregolato e che lascia poco spazio al sonno? un livello socio-economico basso? una professione che favorisce la sedentarietà? condizioni psicopatologiche che possono complicare il quadro clinico e ridurre il benessere e la qualità di vita? Caratteristiche di personalità che favoriscono la disorganizzazione e il discontrollo?);
3. quali fattori di protezione sono presenti (il paziente può contare su una buona rete sociale di riferimento? relazioni affettive e di supporto? caratteristiche personali e stili di coping che possono favorire l'adesione alle cure? ha una motivazione intrinseca al cambiamento dei suoi comportamenti e stili di vita?);
4. nel caso dei grandi obesi una delle cure tipiche è la chirurgia bariatrica (SICOB, 2016). Tuttavia, le linee guida internazionali tipicamente sconsigliano il ricorso alla chirurgia bariatrica qualora le caratteristiche personali ne prevedano, nel medio e lungo termine, un insuccesso (ovvero il ritorno ad un'alimentazione disregolata che favorisca il recupero ponderale nonostante la perdita iniziale di peso dovuta all'intervento chirurgico). Lo psicologo clinico della salute dovrebbe sapere usare strumenti che permettano di escludere o ammettere la chirurgia bariatrica nel caso in esame.

### *Intervento*

Sono competenze specifiche della professionalità dello psicologo clinico della salute l'uso di programmi di intervento per la prevenzione e la promozione del benessere rivolti a individui, gruppi, famiglie, contesti. Tipicamente si tratta di programmi di provata efficacia, basati su conoscenze scientifiche aggiornate. I suddetti programmi possono riguardare fattori di rischio o di protezione transdiagnostici, implicati nella promozione

del benessere o nella prevenzione di molte condizioni di malattia oppure riguardare fattori di rischio o di protezione specifici.

Gli interventi tipicamente svolti da uno psicologo clinico della salute nel campo dell'obesità possono essere ricondotti a quello che viene indicato come "lifestyle counselling", ovvero un gruppo di interventi che tipicamente mirano a ridurre abitudini disfunzionali e promuovere abitudini e stili di vita sani (stili di vita attivi e alimentazione sana), favorire l'aderenza a un regime o pattern alimentare (p.e. dieta mediterranea) in grado di mantenere nel tempo uno status nutrizionale il più possibile compatibile con la salute (e.g. Franzman, 2016). Le linee guida internazionali (p.e. NHLBI & NAASO, 2000) indicano che gli interventi di *lifestyle counselling* sono l'opzione principale per gestire le comorbidità e migliorare il benessere e la salute nei pazienti con problemi di obesità. Si tratta di interventi che agiscono sui fattori cognitivi, comportamentali e sugli atteggiamenti che possono svolgere una funzione di ostacolo o di facilitatori al cambiamento degli stili di vita, consapevoli del fatto che non basta consigliare alle persone cosa e come mangiare per modificare i comportamenti disfunzionali (e.g. Lombardo e Vacca, in press). Sempre le linee guida internazionali (e.g. NIH, 1998), però, raccomandano di non attuare queste tipologie di intervento quando l'obesità si presenta in comorbidità con gravi disturbi mentali (p.e. depressione, disturbi alimentari, ecc. che lo psicologo clinico della salute deve saper riconoscere e valutare).

Inoltre, lo psicologo clinico della salute agisce anche attuando programmi finalizzati alla riduzione e al contrasto dello stigma e del bullismo basato sul peso. La condizione di obesità viene spesso attribuita ad una personale responsabilità, basandosi sulla credenza che il peso possa venir controllato agevolmente attraverso scelte di restrizione alimentare e con un'adeguata attività fisica. Questa eccessiva semplificazione favorisce lo sviluppo di quello che viene indicato come "*weight bias*" ovvero l'insieme degli atteggiamenti e delle credenze negative nei confronti dell'obesità, atteggiamenti negativi che vengono estesi alle persone a causa del loro peso corporeo (World Health Organization, 2017). Il *weight bias* e la preferenza sociale verso la magrezza fanno sì che la persona con sovrappeso o obesità venga stigmatizzata e discriminata a causa del suo peso. Un ampio corpus di studi ha evidenziato come l'internalizzazione dello stigma negli individui discriminati sia associato ad una varietà di conseguenze negative quali: minore qualità di vita, bassa autostima, riduzione del benessere psicologico, insorgenza di disturbi dell'alimentazione con particolare riferimento al binge eating disorder, minor qualità delle cure mediche (p.e. a causa dell'evitamento dei servizi di cura) ed un aumentato rischio di mortalità (p.e. Lombardo, 2018; Kahan & Puhl, 2017; Sutin, Stephan & Terracciano, 2015). L'azione su questi fattori è uno degli ambiti di intervento tipici dello psicologo clinico della salute.

### *Lavoro in equipe*

La maggior parte del lavoro dello psicologo clinico della salute si svolge in equipe multiprofessionali. Pertanto, fra le competenze tipiche di questa figura professionale ci sono il sapere lavorare in gruppo, conoscere e usare con competenza e confidenza le azioni tipiche della propria professione ma dialogando e rispettando le azioni tipiche degli altri professionisti della salute.

Per tornare al caso esemplificativo, la cura dell'obesità è molto complessa ed è tipicamente multidisciplinare e multiprofessionale (e.g. Llewelin e Kennedy, 2003). Lo psicologo clinico della salute dovrà sapere interagire con endocrinologi, medici e biologi nutrizionisti, dietisti, chirurghi, con lo scopo di garantire al paziente la migliore cura possibile e favorire il miglioramento della qualità della vita.

### *Verifica e apertura verso l'innovazione tecnologica*

Lo psicologo clinico della salute usa programmi di dimostrata efficacia e fa riferimento a linee guida che documentano quali siano le azioni efficaci ed efficienti in determinati contesti e condizioni. Tuttavia, sa anche usare in autonomia metodi e tecniche appropriate per mettere a punto programmi innovativi e dimostrarne l'impatto prodotto sulla salute e sul benessere in termini di efficacia ed efficienza.

Per esempio, lo psicologo clinico della salute, tradizionalmente aperto all'innovazione tecnologica, ha potuto con facilità adattarsi e sperimentare modalità di cure innovative in risposta alle esigenze emerse in seguito alla pandemia. La pandemia da SARS-CoV-2 e le misure adottate dai governi di molti paesi per contenerla, hanno

prodotto, come si è già detto, effetti negativi sulla salute in termini di aumento dei tassi di prevalenza di molte condizioni cliniche come depressione, ansia, distress, insonnia. Hanno, però, soprattutto determinato un aumento delle difficoltà di accesso alle cure sanitarie per i gruppi più vulnerabili (p.e. pazienti con disturbi psichiatrici, pazienti con condizioni di obesità o altre condizioni mediche pregresse, ecc). Entrambi questi fenomeni hanno messo sempre di più in evidenza la necessità di disporre di programmi di cura e promozione del benessere efficaci anche quando somministrati in modalità diverse dal setting faccia a faccia tradizionale. L'uso dei dispositivi tecnologici ai fini della gestione del paziente attraverso metodiche di e-health, prima molto dibattuto, è diventato una necessità, tanto che tutti gli organismi di controllo (p.e. in Italia il CNOP e gli ordini regionali) hanno prodotto linee guida per un uso consapevole dei dispositivi tecnologici ai fini della valutazione e dell'intervento clinico. Quello che prima era un dibattito accademico (setting tradizionale vs setting on line), che vedeva contrapposti quanti ne paventavano i rischi e le limitazioni (p.e. mancanza del contatto diretto, mancanza delle informazioni non verbali) a quanti ne decantavano le opportunità (p.e. possibilità di raggiungere una porzione di utenza prima totalmente inaccessibile) oggi è diventata una realtà cui tutti ci siamo dovuti adeguare. I pro (p.e. ci permettono di garantire le cure anche quando l'interazione personale non è possibile oppure ancora ci permettono di osservare le espressioni facciali altrimenti nascoste, nell'interazione faccia a faccia dall'uso delle mascherine) e i contro (es. favorisce l'evitamento del contatto personale) degli interventi on line sono oggi più chiari. Ma è anche chiaro che il «setting tradizionale», considerato in passato il setting ideale è solo quello che ci era più consueto, per il quale avevamo sviluppato le nostre prassi, prassi che trasposte in altri setting possono non essere adeguate. L'esperienza della pandemia ha messo in luce come sia invece necessario sviluppare, per un setting diverso, anche prassi nuove e più appropriate al mezzo.

### *Chi paga? Dall'individuo al welfare*

Nel 2020 l'economia mondiale e quella italiana hanno sperimentato una profonda recessione dovuta alla pandemia. Le azioni intraprese per contenerne la diffusione hanno gravemente limitato le attività produttive, quelle formative e quelle sociali; nella prima parte dell'anno si è registrato un crollo dell'attività economica in quasi tutti i paesi; si è poi assistito a una generale ripresa economica che è proseguita anche nel 2021 in virtù sia della riduzione delle misure restrittive sia dell'aumento di interventi e investimenti da parte dello Stato. Il quadro economico e sociale italiano è stato caratterizzato, alla metà del 2021, da due fenomeni apparentemente opposti: da un lato ha registrato i contraccolpi negativi della crisi economica del 2020 e delle protratte condizioni di emergenza sanitaria, dall'altro, però, anche l'effetto positivo di molte misure di sostegno economico e il recupero delle attività produttive. La crisi ha riguardato anche il mercato del lavoro: è calata prima l'occupazione dei dipendenti a termine e dei lavoratori autonomi ma il calo ha coinvolto, poi, anche i lavoratori a tempo indeterminato. Ad aprile 2021, rispetto a prima dell'emergenza, gli occupati risultano in diminuzione di oltre 800 mila unità. I redditi sono diminuiti del 2,8% nonostante gli aiuti statali e, anche dopo la ripresa, si è assistito a una drastica riduzione dei comportamenti di consumo e un aumento della propensione al risparmio. In conseguenza della contrazione dei consumi, anche l'incidenza della povertà assoluta è cresciuta notevolmente (rapporto ISTAT 2021).

È difficile documentare oggi quali conseguenze nel lungo termine questa cornice socio-economica produrrà sull'accesso alle cure psicologiche. È pur vero, però, che l'aumento della povertà mette in risalto ancora di più la necessità di ripensare sia la modalità di offerta dell'intervento psicologico-clinico sia l'idea che il lavoro per il miglioramento del benessere, che riguardi non solo e non tanto il singolo quanto la comunità e i contesti, che miri a modificare le condizioni contestuali che favoriscono la malattia e riducono il benessere, debba essere finanziato da azioni di welfare piuttosto che dall'utente singolo.

### *Bibliografia*

Belar, C.D. (1997). Clinical health psychology: a specialty for the 21st century. *Health Psychology*, 16, 411–416.

- Bosio C.A., Lozza E.: Professionalizzazione della psicologia e professioni psicologiche. Il percorso e le prospettive in Italia. *Giornale Italiano di Psicologia*, 2013, 4, 675-688.
- Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18(7):715-723.
- Franzmann, E. (2016). U.S. Patent Application No. 14/908,822.
- Kahan S, Puhl RM. The damaging effects of weight bias internalization. *Obesity (Silver Spring)*. 2017;25(2):280-281. doi:10.1002/oby.21772.
- Llewelin S., Kennedy P. (Eds): *Handbook of Clinical Health Psychology*. 2003: John Wiley & Sons.
- Lombardo, C. (2018). *Studies on Body Image in Children and Adolescents with Overweight/Obesity: A Guide to Assessment, Treatment, and Prevention*. 10.1007/978-3-319-90817-5\_14.
- Lombardo C., Vacca M., Lifestyle counselling for obesity: an overview. In: Lenzi A., Migliaccio S., Donini L.M.: *Multidisciplinary Approach to Obesity: From Assessment to Treatment*. Springer Nature, in press.
- Musacchio Schafer K., Lieberman A., Anna C. Sever A.C., Joiner T. Prevalence rates of anxiety, depressive, and eating pathology symptoms between the pre- and peri-COVID-19 eras: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2022, 298: 364-372
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) and the North American Association for the Study of Obesity (NAASO), (2000) *The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. National Institutes of Health, Bethesda
- National Institutes of Health (1998) *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults—the evidence report*. *Obes Res* 6(Suppl 2):51S– 209S
- Recalde M. et al.: Characteristics and outcomes of 627 044 COVID-19 patients living with and without obesity in the United States, Spain, and the United Kingdom. *International Journal of Obesity*, 2021, 45: 2347-2357.
- SICOB (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche), 2016: *Linee guida di chirurgia dell'obesità*.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2015). Weight Discrimination and Risk of Mortality. *Psychological science*, 26(11), 1803–1811. <https://doi.org/10.1177/0956797615601103>.
- Wallbridge Bourmistrova N., Solomon T., Braude P., Strawbridge R, Carter B.: *Journal of Affective Disorders*, 2022, 299: 118-125

### *Sitografia*

- ENPAP, Indagine di Mercato sulla professione di psicologo, 2015: <https://www.enpap.it/DOC/IndagineMercatoProfessionePsicologo.pdf>
- ENPAP, Indagine di Mercato sulla professione di psicologo, 2020: <https://www.enpap.it/ebook/#IndagineMercato2020>
- APA, *Clinical Health Psychology*, 2008: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/health>
- ISS: L'impatto della pandemia COVID-19 sulla salute mentale: l'impegno in ISS: <http://go.microsoft.com/fwlink/p/?LinkId=255141>
- WHO, Noncommunicable diseases (2018): <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>