

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

Il rischio di obesità nella popolazione di immigrati in Italia: uno studio campione

The risk of obesity in the immigrant population in Italy: a sample study

Luisa Nadalini*, Luigi Alberto Gozzi**

*Responsabile Unità S. Dipartimentale (USD) Psicologia Clinica BT, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI), Verona, **Psicologo e Specializzando in Psicoterapia presso l'USD Psicologia Clinica BT, AOUI-Verona

PAROLE CHIAVE

Immigrati, obesità, valutazione psicologica, cibo-cultura, chirurgia bariatrica

KEYWORDS

Migrants, obesity, psychological assessment, food and culture, bariatric surgery

RIASSUNTO

Il presente lavoro fa riferimento all'aumento della richiesta di chirurgia dell'obesità da parte di migranti e alla loro alimentazione, che non è solo fonte di nutrimento ma uno degli aspetti dell'identità culturale di ogni popolo, che si tramanda. Obiettivi: Approfondire le condizioni culturali, cliniche, sociali, le abitudini alimentari e gli aspetti psicologici e relazionali, in corso di valutazione psicologica, dei pazienti immigrati con richiesta di chirurgia dell'obesità. Metodi: Analisi dei dati relativi a 87 pazienti stranieri con obesità grave che hanno effettuato la valutazione psicologica per l'accesso alla chirurgia bariatrica, da gennaio 2016 a settembre 2019. Risultati: La loro presenza è aumentata progressivamente dal 16,1% fino al 25%. Le abitudini alimentari d'origine sono parzialmente mantenute e tramesse, integrate con l'alimentazione locale. In tutti loro si è verificato un aumento ponderale dopo l'immigrazione. Tra le comorbidità: ipertensione arteriosa (55,5%), artropatia da carico (39%) e diabete(27,7%). Conclusioni: I risultati suggeriscono di prestare particolare attenzione agli aspetti culturali legati all'alimentazione nella popolazione di immigrati con sovrappeso per il rischio di diventare obesi.

ABSTRACT

Food is not only nutrition, it's also cultural identity of people that is handed down. Our study analyze the growing increase in bariatric surgery within migrants. Aims: To explore the cultural, clinical, social and psychological conditions during the psychological counseling, eating habits of immigrant foreign patients asking for bariatric surgery. Methods: 87 immigrants with severe obesity recruited from January 2016 to September 2019, they received a psychological evaluation to access surgery. Results: The severe obese immigrants have increased progressively from 16.1% to 25%. The original eating habits are

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

partially maintained and handed down, integrated with the local diet. In all of them there was a ponderal increase since immigration and among comorbidities are: hypertension (55.5%), arthropathy (39%) and diabetes (27.7%). Conclusions: The results suggest to pay particular attention to cultural aspects related to feeding in the overweight immigrant population for the risk of becoming obese.

Introduzione

Durante gli ultimi anni, l'aumento della richiesta di accedere a interventi di chirurgia bariatrica da parte di immigrati con obesità ci ha indotto ad approfondire quali siano le condizioni che portano a questa domanda. Innanzitutto, abbiamo preso in considerazione i dati che emergono dalla letteratura. Inoltre, abbiamo considerato le Linee Guida della Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche (www.SICob.org, 2016) e il documento sui Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le persone affette da obesità della Regione Veneto (B.U.R n.415, 28 aprile 2017), avendo conferma che contengono elementi epidemiologici, raccomandazioni e percorsi per la presa in carico e non differenziano tra nativi e immigrati, ma in base ad altri parametri (età, grado di obesità, comorbidità, trattamenti, ecc...).

Com'è noto, l'obesità è una malattia dovuta a eccesso ponderale per accumulodi grasso e di tessuto adiposo. Il livello di patologia si misura attraverso lo scostamento dalla norma dell'indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI) che si misura attraverso la formula kg/m^2 . Il range di norma è tra 18 e 24,9 BMI kg/m^2 , l'obesità di I grado è 30-34,9, è di II grado se 35-39,9, è di III grado o grande obesità con BMI dal 40.

La chirurgia dell'obesità è una scelta terapeutica cui possono accedere, dopo numerosi fallimenti nel migliorare lo stile di vita e l'alimentazione, coloro che hanno una grande obesità spesso associata a complicanze come ipertensione arteriosa, diabete, disturbo metabolico, cardio-vascolare, respiratorio, dislipidico. L'idoneità avviene con una valutazione multidisciplinare: chirurgica, internistica/endocrinologica, psicologico/psichiatrica e del nutrizionista.

L'intervento consente dei risultati duraturi e una diminuzione del peso che incide, altresì, sulla eventuale presenza correlata di malattie, in particolare del diabete (Sudlow et al., 2020). Tale riduzione delle comorbidità è stata dimostrata come esito anche dal Gruppo Multidisciplinare della Chirurgia dell'obesità dell'AOUI-Verona (Zenti et al., 2015), che ha altresì rilevato come con il calo duraturo del peso migliori la qualità della vita (Nadalini et al., 2014).

Il cibo non è semplicemente fonte di alimentazione ma rappresenta uno degli aspetti dell'identità culturale di ogni popolo, pieno di significati, un mezzo che rappresenta l'individuo e la comunità (Neresini, Rettore, 2008). È uno degli elementi della vita individuale più sensibile e adattabile alla variazione della realtà, tuttavia è legato alle abitudini e alle tradizioni (Montanari, 2004).

A livello internazionale, rispetto alla ricchezza del soggetto migrante, si rileva che questo dato influenza il tipo di cibo assunto sia nel paese di origine sia in quello di arrivo. Ma, nel momento in cui gli immigrati si collocano nella nuova realtà, dato che si spostano prevalentemente per povertà, l'accesso al cibo buono è limitato. I poveri, dunque, in un paese ricco mangiano prevalentemente cibo-spazzatura (Dinsa et al., 2012). Questo avviene anche nelle popolazioni del centro e del sud America, quando i cittadini si spostano nella migrazione interna dalla

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

realità rurale a una urbana. Gli autori concludono che è lo stato socio-economico, ma non il livello culturale, a correlare positivamente con l'aumento del BMI (Hilmers et al., 2016).

Parametri importanti emergono essere la percezione dell'immagine corporea, l'attività fisica, la scelta del cibo, mentre il livello culturale può essere associato a un aumento del BMI sia in presenza di maggiore cultura sia in carenza di scolarità, a seconda della scelta del cibo e dell'attività fisica (Delavari et al., 2013).

Uno studio inglese, che ha utilizzato un gruppo di controllo di 20.000 bianchi su circa 6000 tra caraibici, africani-black, pakistani, indiani, bangladeshi e cinesi, ha rilevato che c'è una forte associazione tra lo stato di migrante e l'aumento della circonferenza giro-vita parzialmente attenuata dalle caratteristiche culturali e aggiunge che, oltre allo stato economico, incidono sull'aumento ponderale lo stress e la (carente) attività fisica. Se in origine c'era povertà prima della migrazione poi si verifica un associato aumento della quantità di cibo assunto e quindi progressivamente del sovrappeso e dell'obesità (Higgins et al., 2019).

Quando i migranti arrivano nel nuovo paese hanno un BMI inferiore dei nativi: il 58% normo, il 30% sovrappeso, circa il 12%, ma con il trascorrere degli anni aumenta la percentuale di sovrappeso e dell'obesità fino quasi a solo il 5% in meno dei nativi. Rischiano meno l'obesità i maschi e coloro che hanno un'istruzione e un salario maggiore (Argys, 2015). In una review, che ha rilevato in 35 lavori pubblicati nell'arco di 15 anni la correlazione tra il livello culturale e il sovrappeso nei migranti di numerose nazioni, gli autori concludono che gli interventi per la salute devono tenere in considerazione i migranti di prima generazione (nati nella loro nazione e trasferiti in seguito) per promuovere il mantenimento del comportamento alimentare e uno stile di vita orientato alla salute (Alidu, Grunfeld, 2018).

L'Europa è la prima per numero di migranti, davanti al Nord America, ha il maggior numero di spostamenti rispetto al resto del mondo (Altraeconomia, 2019) e riceve la migrazione di 82 milioni di persone (FIG.1). Un recente studio italiano sottolinea che in Italia la popolazione straniera immigrata è per il 30.9% in sovrappeso e il 7.5% è obesa. Sono dati tratti dall'Istat relativi agli anni 2011-2012, da cui è stato estratto un campione significativo di cittadini stranieri tra i 18 e i 64 anni dell'est Europa fino all'Ucraina, dei Balcani, del nord Africa e Asia. La conclusione degli autori è che sono auspicabili interventi di sanità pubblica multifattoriali, cioè in grado di agire sia sulle abitudini alimentari sia sulla promozione dell'attività fisica all'interno delle varie comunità provenienti dalle diverse nazioni. (Petrelli et al., 2017).

Una rilevazione effettuata a Modena con un questionario anonimo consegnato nei Consultori Familiari a 97 donne, precedentemente testato in uno studio pilota, ha rilevato l'aumento del consumo di alimenti prima non utilizzati, con i seguenti risultati: il 58% dichiara un aumento ponderale dopo l'arrivo con tendenza verso il sovrappeso/obesità; i fattori associati sono: età, livello di studio, etnia africana con aumento di consumo di dolci e formaggi. Questo studio arriva alla conclusione, già proposta a livello internazionale, di adottare strumenti culturalmente sensibili volti a promuovere stili di vita salutari. Per rendere accettabili ed efficaci tali interventi risulta essenziale che *“tutti gli operatori della*

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

sanità pubblica tengano in forte considerazione la cultura e le tradizioni dei migranti?” (Casali et al., 2015).

Per quanto riguarda l'attività di valutazione psicologica delle donne e degli uomini che chiedono di accedere alla chirurgia dell'obesità è importante creare una relazione di fiducia, capace di far sì che la persona si esprima, si senta accolta e accettata, nonostante la precisazione che la conclusione potrebbe non essere favorevole alla richiesta, ma responsabilmente adeguata ai bisogni prevalenti di cura che emergessero dalla consultazione, come ad esempio la proposta di un percorso di preparazione o di sospensione dell'iter verso altro tipo di trattamento o proprio di inidoneità al percorso bariatrico e/o della tecnica chirurgica da loro auspicata.

La situazione relazionale è assai complessa, tenuto conto che l'aspettativa da parte dei consultandi è di essere operati e presto, mentre da parte dello Psicologo c'è la necessità di avere il tempo per conoscere e comprendere il bisogno che li motiva, le risorse, gli stati emotivi che correlano con l'impulso alimentare, quale disturbo è presente, i tentativi falliti della riduzione del peso, se ci sia uso di sostanze psicotrope, alcol, psicofarmaci e di altre dipendenze, disturbi psichiatrici personali e familiari. A questi necessari approfondimenti, deve associarsi la capacità di fare vivere tutte le persone con obesità in valutazione per la chirurgia bariatrica, l'esperienza di una relazione che li consideri come persone indipendentemente dal peso, esperienza che per molti risulta di tipo straordinario, non usuale.

Potrà emergere, allora, se ci sia una motivazione consapevole e realistica di volere fare un cambiamento radicale dello stile di vita tenuto conto del momento attuale, il livello di maturazione, la consapevolezza di Sé, la condizione di equilibrio/disequilibrio, se ci sia la capacità di distinguere i propri pensieri ed emozioni interni da ciò che è esterno, l'aderenza ai dati di realtà, come affrontano i problemi e i conflitti. Un focus particolare merita, altresì, l'approfondimento delle relazioni familiari e sociali, che vanno sempre considerate.

A riguardo, ogni professionista usa modelli legati alla teoria della tecnica su cui si è preparato. Tra gli autori di riferimento di orientamento psicodinamico, G. Lai (1976) evidenzia aspetti interessanti riguardo alla proposta di approfondimento del primo colloquio. Egli accentua l'importanza di accedere al mondo dei significati, di incontrare l'altro essendo chiari nel differenziare ciò che appartiene al raccogliere dei dati e invece ascoltare, recepire, condividere, arrivando a un processo di indentificazione. Per le fratture che possono segnare l'adolescenza e permanere nell'età adulta ed essere una concausa dello stato di disequilibrio attuale, tra cui si può associare il comportamento alimentare, sono significativi gli studi M.e M.E. Laufer sul breakdown evolutivo (1986), i quali sottolineano che il colloquio deve avere degli aspetti trasformativi rispetto alla conoscenza di sé. Mentre, per approfondire il livello di maturazione del soggetto, il livello di aderenza ai dati di realtà, la comprensione di ciò che appartiene ai propri processi mentali e affettivi, la presenza di eventuali stati patologici, è interessante la procedura di colloquio strutturale con “chiarificazione”, “messa a confronto” e collegamento interpretativo di dati contraddittori (O.Kernberg 1987).

L'approccio cognitivo-comportamentale presenta molti modelli, tra questi la tecnica di Terapia Comportamentale-Dialettica (DBT) di Mascha M. Linehan, che analizza i comportamenti disfunzionali e i motivi relativi al loro mantenimento, allo scopo di fornire attraverso l' psico- educazione e gli skills

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

training strategie alternative per gestire gli impulsi, in questo caso alimentari, con riferimento agli inadeguati stili di vita (Linehan, 2011). Rispetto all'approccio con i migranti i problemi di comprensione linguistica e le diversità culturali impongono un'attenzione speciale.

Obiettivi

Rilevare la numerosità e le caratteristiche del campione dei migranti grandi obesi, che hanno avuto una valutazione psicologica per accedere a un intervento bariatrico. I criteri, relativamente al grado di obesità, fanno riferimento alle linee guida della SICob: accesso con BMI $>40\text{kg/m}^2$, in assenza di ogni altra comorbidità, oppure con BMI $>35\text{kg/m}^2$ in presenza di comorbidità classicamente considerate associate, con ripetuti fallimenti di calo ponderale, di maggiore età fino ai 65 anni (salvo eccezioni).

I soggetti dello studio sono stati reclutati consecutivamente nell'arco di 3 anni e 9 mesi (2016-2019). I risultati attesi sono: la presenza di correlazione tra aumento ponderale e immigrazione, secondo quanto riportato dalla letteratura; l'associazione tra alimentazione della propria cultura con i cibi resi disponibili nella nuova realtà, sull'aumento ponderale, a conferma che il cibo attiene alla cultura di un popolo che si tramanda e non è solo fonte di nutrimento. Questo è costituisce anche un aspetto innovativo della ricerca.

Metodi e strumenti

Il campione è di 87 stranieri immigrati (74 F e 13 M), afferenti al Servizio di Psicologia Clinica da gennaio 2016 a settembre 2019, prenotati dopo la visita endocrinologica nella quale è avvenuta la rilevazione del peso, delle comorbidità, dei trattamenti precedenti, e di ogni altro dato rilevante per la presa in carico da parte del Gruppo Interdisciplinare di Chirurgia dell'obesità, compresi gli esami ematologici per approfondire la presenza di patologie associate.

Lo studio è il risultato di colloqui orientati alla raccolta dati, alla conoscenza della persona ed eventualmente a un trattamento breve di sostegno psicologico. Lo studio è di tipo retrospettivo, con analisi della percentuale di afferenza anno per anno, analisi dei dati socio-anagrafici e clinici. La raccolta di informazioni è di tipo qualitativo, per quanto riguarda riferite abitudini alimentari prima di venire in Italia e dopo il trasferimento. Per il resto, l'analisi è di tipo quantitativo, con medie e percentuali riguardanti età, nazione di provenienza, scolarità, lavoro, grado di obesità e percentuale di presenza di comorbidità.

Risultati

La provenienza del campione è di 35 persone dall'Europa dell'est (Romania, Moldavia, Albania), 18 dal nord Africa (Marocco, Tunisia), 5 dal centro Africa (Nigeria, Congo, Senegal), 14 dal centro America (Repubblica dominicana e 1 Cuba) e 15 dal sud-America (Brasile). La sproporzione di genere corrisponde circa al dato nazionale. A parte 3 giovani (2 di 22 e 1 di 23 anni) nati in Italia, il campione è di prima generazione e comprende 4 donne sui 30 anni arrivate nella prima infanzia. La media dell'età del campione è di 45 anni. Il livello di scolarizzazione è medio-alto e non corrisponde all'attività che svolgono in Italia: il

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

22,1% ha la quinta elementare, il 30,2% ha la terza media, il 33,7% è in possesso di un titolo simil-diploma superiore o scuola professionale, i laureati sono il 13,9%. Svolgono il lavoro di casalinghe, donne delle pulizie, badanti, operai, trasportatori, alcuni con turni di lavoro diurno e notturno. L'86,2% vive in città e provincia di Verona, il 5,3% in regione e l'8,5% in altre regioni. Tutti sono aumentati di peso dopo l'arrivo in Italia. I tentativi dietetici effettuati in passato sono stati vari e ripetuti, in qualche caso con un ottimo calo ponderale ma altrettanto veloce ripresa del peso e attuale protratta incapacità di risolvere l'obesità in modo definitivo con una dieta e il cambiamento dello stile di vita. Nel 2016 gli immigrati che sono giunti in consulenza erano il 16,1%, nel 2017 il 17,1%, nel 2018 il 22,3% e nel 2019 sono aumentati al 25%.

Il livello di obesità media è un BMI kg/m² di 44. Nella percentuale di complicanze correlate prevale l'ipertensione arteriosa (55,5%), segue l'artropatia da carico (39%) con alcuni casi di riconosciuta parziale disabilità e il diabete (Diabete Mellito Tipo 2 - DMT2) per il 27,7%. Il 30% dei pazienti valutati da un punto di vista psicologico non risulta ancora operato, perché ha ancora in corso la valutazione multiprofessionale, oppure è risultato inidoneo oppure perché ha in corso l'avvio al percorso di miglioramento dello stile di vita e/o in fase di approfondimento e/o di adesione alla alimentazione raccomandata in fase pre-chirurgica.

Tra coloro che sono stati operati il 10% presenta un drop out dopo 1 anno dall'intervento bariatrico. Il drop out è un fattore prognostico negativo che di solito avviene con l'aumento ponderale. Durante l'indagine sulle abitudini alimentari compare la tendenza a riferire un'alimentazione mediterranea, com'è abitudine nel nostro paese, approfondendo emerge invece la conservazione di alcuni alimenti della cultura d'origine sempre o talvolta presenti in tavola. Infatti, gli immigrati di prima generazione, nati nella loro nazione di origine, precisano che c'è spesso almeno un membro della famiglia che li esige per cui sono accessibili a tutti. Tendono a parlare nel dettaglio del loro modo di mangiare legato alla cultura quando si crea empatia. Chi è nato in Italia (3 soggetti), perciò di seconda generazione, e anche chi è arrivato piccolissimo (4 soggetti), riferisce abitudini come i coetanei nativi, lontane dalla cultura familiare ma, approfondendo, emerge anche in questi una mescolanza con l'inserimento di alcuni alimenti tradizionali presenti in tavola insieme a quelli accessibili nel nostro paese.

L'attenzione rivolta alla persona, e non riferita solo al disturbo, crea apertura e disponibilità a parlare degli aspetti culturali legati all'alimentazione e problematici in senso lato, a condividere in modo non conflittuale la conclusione della valutazione, anche quando sospesa o negata verso l'intervento bariatrico.

Rispetto ai vari tentativi dietetici, effettuati in più occasioni da soli e/o con l'aiuto di specialisti, taluni dichiarano che la dieta standard che hanno ricevuto non sono riusciti a prostrarla anche perché lontana dalle loro preferenze alimentari. I popoli dell'est hanno in comune la tendenza a mangiare un piatto unico di carne con ortaggi, patate e/o riso, che accompagnano con il pane. Stessa tendenza al piatto misto unico hanno in nord e centro Africa, carne con pesce, riso e verdure, couscous al nord. Anche in Brasile e nella Repubblica Dominicana c'è la predilezione per il piatto unico misto, con un mix di carne e fagioli accompagnata al riso e/o altre verdure e molti dolci con frutta esotica, platano fritto, succhi di frutta. Coloro che effettuano il periodo di Ramadan cambiano

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

l'alimentazione per un mese, che diventa concentrata durante la notte, ipercalorica, iperproteica e dolce. Dicono di non avere mai ricevuto chiarimenti sulla quantità calorica notturna che assumono durante questo periodo, di cui però non riferiscono dettagliatamente e vanno aiutati a farlo. Un po' tutti ammettono che imparano a gradire in particolare i nostri dolci, il pane, la pasta, la pizza e nel contempo mantengono abitudini culturali che da sole nel luogo d'origine non provocavano aumento ponderale. Sottolineano che avendo imparato a mangiare di solito un piatto con proteine insieme ai carboidrati (compreso il corrispettivo del pane, dei nativi), per loro è difficile disgiungerli o comunque capita di mangiarli ancora così e a questotendono ad associare molto pane, pasta e pizza. Sottolineano che le proposte di dieta che hanno ricevuto in Italia non considerano il mantenimento dell'abitudine alimentare culturale, ma anche di non avere approfondito le preferenze accettando le proposte.

Da un punto di vista psicologico emerge in taluni il disagio legato alla disillusione rispetto alle aspettative che li hanno spinti a migrare, per lo più per motivi economici, la difficoltà di inserimento da vari punti di vista socio-culturale-lavorativo, il peso per il distacco dalla famiglia d'origine. Ma tutto sommato, per lo più, presentano complessivamente un giudizio positivo verso il loro attuale progetto di vita. La maternità delle donne è uno degli elementi che correla con l'inizio dell'aumento ponderale, che può insorgere altresì in varie fasi del ciclo di vita per un insieme di concause, tra cui la complessa esperienza di cambiamento dovuta alla migrazione.

Quasi tutte/tutti hanno un problema riguardo all'attività fisica che è molto ridotta, fatto salvo l'impegno lavorativo. Molte donne rimangono in casa a occuparsi delle mansioni domestiche e, se sono presenti, dei figli.

Discussione e conclusioni

L'aumento ponderale nel nostro campione è avvenuto dopo l'immigrazione, con un'alimentazione mista tra quella della cultura di origine e quella assimilata con l'arrivo in Italia, cui accedono anche i figli. Per lo più è composta di un piatto unico (riso, proteine, pane, verdure) con l'aggiunta di alimenti accessibili nella nuova realtà, e che diventa perciò nell'insieme ipercalorica, iperproteica, con aumento di assimilazione di grassi e di zuccheri.

Gli errori alimentari prevalenti sono di tipo quali-quantitativo. C'è la tendenza alla sedentarietà, fatto salvo il movimento dovuto all'attività lavorativa, se presente. Sono da aggiungere, inoltre, aspetti psicologici e relazionali legati alla complessa esperienza di integrazione nella nuova realtà, cui si associa in varie fasi del ciclo di vita la prevalenza di una soluzione a livello corporeo con il cibo.

Lo studio conferma la necessità di tenere in forte considerazione il rischio già noto in letteratura dell'aumento ponderale dei migranti dopo l'arrivo nella nuova realtà, di effettuare politiche di prevenzione e interventi a favore del benessere e della salute individuale e collettiva dei migranti, in Italia, tenendo in considerazione le abitudini alimentari legate alla loro cultura e le tradizioni legate all'alimentazione.

Gli errori alimentari vanno considerati nell'approccio con la persona e nelle prescrizioni alimentari. Una relazione empatica favorisce l'esplicitazione dei bisogni e questo può aiutare la persona a fare un processo di autorevisione del comportamento, ad evidenziare e concordare le modificazioni possibili, adeguando

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

gli interventi educativi a una vera possibilità di cambiamento dello stile di vita, in merito alla chirurgia dell'obesità necessario per il mantenimento dei risultati.

I limiti del presente lavoro, retrospettivo e di tipo preliminare, stanno nella numerosità del campione e nell'assenza di significatività statistica.

I risultati sono suggestivi della necessità di proseguire lo studio attraverso il confronto con un gruppo di controllo di nativi e una numerosità che consenta un'analisi statistica, in modo da evidenziare al meglio le criticità e l'eventuale differenza di efficacia della chirurgia bariatrica nei due gruppi.

Bibliografia

- [1] Alidu, L., & Grunfeld, E. A. (2018). *A systematic review of acculturation, obesity and health behaviours among migrants to high-income countries*. *Psychology & Health*, 33(6), 724-745.
- [2] *Altraeconomia*, n. 218 (1 September 2019).
- [3] Argys, L. (2015). *Consequences of the obesity epidemic for immigrants*. IZA World of Labor.
- [4] Casali, M. E., Borsari, L., Marchesi, I., Borella, P., & Bargellini, A. (2015). *Lifestyle and food habits changes after migration: a focus on immigrant women in Modena (Italy)*. *Seu-Annali di Igiene* doi:10.7416/ai
- [5] Delavari, M., Sønderlund, A. L., Swinburn, B., Mellor, D., & Renzaho, A. (2013). *Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries—a systematic review*. *BMC public health*, 13(1), 458.
- [6] Dinsa, G. D., Goryakin, Y., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2012). *Obesity and socioeconomic status in developing countries: a systematic review*. *Obesity reviews*, 13(11), 1067-1079.
- [7] Higgins, V., Nazroo, J., & Brown, M. (2019). *Pathways to ethnic differences in obesity: The role of migration, culture and socio-economic position in the UK*. *SSM-population health*, 7, 100394.
- [8] Hilmers, A., Bernabé-Ortiz, A., Gilman, R. H., McDermott, A. Y., Smeeth, L., & Miranda, J. J. (2016). *Rural-to-urban migration: socioeconomic status but not acculturation was associated with overweight/obesity risk*. *Journal of immigrant and minority health*, 18(3), 644-651.
- [9] Kernberg, O., (1984), *Disturbi gravidi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, tradit 1987, *Psicologia Psichiatria Psicoterapia*, 15-40.
- [10] Lai, G. (1980). *Le parole del primo colloquio*. Boringhieri.
- [11] Laufer, M., & Laufer, E. (1984). *Adolescenza e breakdown evolutivo* tradit. 1986 Boringhieri.

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

- [12] *Lifestyle and food habits changes after migration: a focus on immigrant women in Modena (Italy)*. Ann Ig, 10.
- [13] Linehann, M., (1993). *Trattamento cognitivo comportamentale del disturbo borderline* trad.it 2011, Raffaello Cortina Editore.
- [14] Montanari, M., (2004). *Il cibo come cultura*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- [15] Nadalini, L., Zenti, M. G., Masotto, L., Indelicato, L., Fainelli, G., Bonora, F., ... & Bonora, E. (2014). *Improved quality of life after bariatric surgery in morbidly obese patients. Interdisciplinary group of bariatric surgery of Verona (GICOV)*. Il Giornale di chirurgia, 35(7-8), 161.
- [16] Neresini, F., & Rettore, V. (Eds.). (2008). *Cibo, cultura, identità* (Vol. 436). Carocci.
- [17] Petrelli, A., Di Napoli, A., Rossi, A., Spizzichino, D., Costanzo, G., & Perez, M. (2017). *Sovrappeso e obesità nella popolazione immigrata adulta residente in Italia*. EpidemiolPrev, 41(3), 26-32.
- [18] Sudlow, A., le Roux, C. W., & Pournaras, D. J. (2020). *The metabolic benefits of different bariatric operations: what procedure to choose?*. Endocrine Connections, 9(2), R28-R35.
- [19] Zenti, M. G., Rubbo, I., Ceradini, G., Rinaldi, E., Nadalini, L., Battistoni, M., ... & Zoppini, G. (2015). *Clinical factors that predict remission of diabetes after different bariatric surgical procedures: interdisciplinary group of bariatric surgery of Verona (GICOV)*. Acta diabetologica, 52(5), 937-942.

Sitografia

- [1] www.sicob.org, linee guida 2016
- [2] Regione Veneto PDTA obesità B.U.R n.41S, 28 aprile 2017
Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità nel paziente adulto ed approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità pediatrica.

APPENDICE

FIG 1 - Flusso migratorio: in arancio l'immigrazione e in blu l'emigrazione

Fonte Altraeconomia, 2019

Doi: 10.23823/jps.v4i2.77

