



UNIVERSITÀ
degli STUDI
di CATANIA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE
CORSO DI LAUREA IN TECNICHE DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO
PRES. PROF.^{SSA} CATERINA LEDDA

FERRAUTO ROSARIO JUNIOR

IL SOVRAPPESO E L'OBESITÀ NEL CONTESTO LAVORATIVO
“LE BARRIERE INVISIBILI”

ELABORATO FINALE

Relatrice: Prof.ssa Santina Città

ANNO 2025

*Non esiste produttività senza rischio, ma
ciò che cambia è la distribuzione del
rischio: alcuni corpi sono
sistematicamente più esposti, altri
sistematicamente protetti.¹*

¹ Cit. di Giulia Paganelli, @evastaizitta

Indice

1. Il sovrappeso e l'obesità	7
1.1.Lo stigma del peso	8
1.2.Lo stigma del peso nell'ambiente sanitario	9
1.3 Rischi del sovrappeso e dell'obesità nei luoghi di lavoro	11
1.4 Il tacito problema della discriminazione del peso nei luoghi di lavoro	16
2. La ricerca	21
2.1 Metodologia: partecipanti e strumenti.	21
2.2 Dati demografici e risultati al test	22
2.3 Limiti della ricerca	26
3 Conclusioni e riflessioni future	27
4. Bibliografia	28
5. Appendice1	32

1. Il sovrappeso e l'obesità

«L'eccesso ponderale, inteso come sovrappeso e obesità, favorisce l'insorgenza di numerose patologie e/o aggrava quelle preesistenti, riducendo la durata della vita e peggiorandone la qualità. Secondo le ultime stime disponibili dell'Institute for Health Metrics and Evaluation in concomitanza alla condizione di sovrappeso e obesità sarebbero attribuibili oltre 5 milioni di decessi in tutto il mondo (pari al 9% di tutti i decessi) e complessivamente oltre 40 milioni di anni vissuti con disabilità (2019). Nel nostro Paese, si stima che suddetta condizione sia responsabile di oltre 64.000 decessi (ovvero del 10% di tutti i decessi) e di oltre 571.000 anni vissuti con disabilità»² [1]. Nonostante gli sforzi della sanità pubblica, questi disturbi sono in aumento e le loro conseguenze si stanno aggravando. Indagini più approfondite indicano che esistono disparità tra gruppi razziali ed etnici, e che ulteriori differenze emergano in base ad altri fattori come età, genere e status socioeconomico [2]. Il termine obesità indica una condizione clinica caratterizzata da un eccesso di peso in relazione all'altezza di un individuo che si può misurare con l'indice di massa corporea (IMC) in kg/m². L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito diversi stadi dell'obesità:

- sovrappeso per un IMC tra 25 e 29,9 kg/m²
- obesità di primo grado per un valore tra 30 e 34,9 kg/m²
- obesità di secondo grado tra 35 e 39,9 kg/m²
- obesità di terzo grado dal 40 kg/m² in su

² Tratto da Masocco M, Minardi V, Contoli B, Minelli G, Manno V, Cobellis L, Greco D. Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta in Italia: trend temporali, differenze socio-anagrafiche e regionali con focus sulla Regione Campania. Boll Epidemiol Naz 2023;4(1):1-8. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_059

1.1. Lo stigma del peso

Lo stigma del peso è definito come il rifiuto sociale e la conseguente svalutazione che deriva dal non avere quel peso e quella forma del corpo tipici dei canoni e dei modelli accettati, condivisi ed imposti dalla nostra società [3]. Si potrebbe ipotizzare che stigmatizzare gli individui con peso superiore alla norma possa incentivarli a perdere peso migliorandone la salute, al contrario lo stigma, porta come reazione sia a adottare modi di comportamento errati sia ad attuare una resistenza al cambiamento stesso con la possibile conseguenza di un ulteriore aumento di peso [4]. Inoltre, studi osservazionali hanno potuto constatare che tanto più forte è percepito lo stigma tanto più alcuni valori di riferimento come il cortisolo, il peso, l'emoglobina glicata, la sindrome metabolica, aumentano, mentre diminuisce la volontà di fare attività fisica [4]. Anche la sfera psicologica viene compromessa con probabilità di insorgenza di stati depressivi, ansia, cattivo umore ed alterazioni della percezione della fame e della sazietà [5]. Nel 2013 l'American Medical Association (AMA), la più grande società medica organizzata negli USA, ha riconosciuto l'obesità come una malattia cronica complessa che richiede particolari attenzioni e cure mediche [6]. Nonostante questo, non tutta la comunità medica e non tutte le persone percepiscono l'obesità come una malattia ma come una condizione che dipende dalla propria mancanza di autocontrollo. Ad oggi resta il fatto che molte delle figure in campo sanitario non è dotata di un'adeguata formazione ed istruzione per trattare questa malattia in quanto sovente ne sconoscono la reale fisiopatologia ed eziologia [7]. Lo stigma del peso è socialmente diffuso e raramente messo in discussione a differenza, per esempio, dello stigma della sessualità e della razza, e la discriminazione che ne consegue, basata sull'evidenza del peso, è aumentata del 66% negli ultimi anni. Ciò comporta che nell'immaginario collettivo le persone vengono incolpate per la loro malattia e giudicate come persone pigre, cattive, perdi tempo e poco intelligenti [8]. Questa realtà crea una barriera tale da ridurre quasi al minimo gli sforzi che si fanno per affrontare lo stigma, riducendo la possibilità che lo stigma venga riconosciuto

come erroneo dalla società. Realtà vuole che lo stigma sul peso non venga trattato negli scritti di sociologia fino al 1968, eccetto che in uno scritto di Cahnman W.J., omissione che comunque rimane per ulteriori 50 anni dopo (pur essendo considerata l'obesità a quell'epoca come una realtà dannosa, un difetto fisico ed una disgrazia sociale) [9]. Uno studio su 2400 donne, in sovrappeso e con obesità, che facevano parte di un'organizzazione di supporto alla perdita di peso, ha osservato che il 79% di queste donne, in risposta allo stigma, mangiava di più del normale mentre il 75% aveva rifiutato di seguire la dieta [10]. L'evidenza scientifica indicherebbe quindi che lo stigma del peso può essere predittivo di abbuffate e di comportamenti alimentari non corretti. In un ulteriore studio sperimentale, due gruppi di donne, 34 in sovrappeso e 39 non in sovrappeso, distribuite in modo del tutto casuale vennero invitate a guardare due filmati, uno in cui il peso veniva stigmatizzato e l'altro con un contenuto non stigmatizzante. Dopo la visione del filmato, i partecipanti erano stati invitati a mangiare *ad libitum* degli spuntini, e si è rilevato che le donne in sovrappeso che avevano preso visione del filmato stigmatizzante avevano mangiato tre volte di più (302.82 kcal) rispetto a quelle che avevano visto il filmato non stigmatizzante (89.00 kcal) [11]. Queste evidenze portano a considerare come la vergogna e lo stigma possono condurre a comportamenti alimentari non corretti.

1.2. Lo stigma del peso nell'ambiente sanitario

Secondo alcuni autori l'ambiente sanitario è un'ambiente in cui lo stigma del peso è particolarmente pervasivo: aggettivi come pigro, debole, cattivo, perdi tempo, infruttuoso, sono molto utilizzati dagli operatori sanitari sui loro pazienti, dedicando anche poco tempo della loro visita all'ascolto. Questa realtà porta i pazienti a rimandare le cure ed a peggiorare la loro qualità di vita. I pazienti quindi, si sentono spesso sgraditi e svalutati ed inoltre, alcuni dichiarano di non avere ricevuto cure mediche adeguate, ammettendo allo stesso tempo di non seguire il

trattamento consigliato, con una notevole riduzione della compliance medico-paziente [12]. Amy e collaboratori hanno intervistato 498 donne in sovrappeso e con obesità indagando la loro difficoltà a sottoporsi allo screening per il cancro dell'utero. Il 68% ha riferito di rimandare la visita per via del peso mentre l'83% aveva dichiarato di aver ricevuto commenti negativi e consigli non richiesti durante la visita, dopo essere state pesate. Dichiararono anche che si sono sentite in imbarazzo perché i lettini e gli apparecchi erano troppo piccoli per le loro reali dimensioni [14]. Infatti, l'ambiente fisico sanitario ha un ruolo importante, poiché dovrebbero essere forniti adeguati spazi e strumenti per persone con grandi dimensioni corporee, quali sedie appropriate o larghi corridoi per facilitare il passaggio. Oggi, purtroppo, la società e le architetture spesso non sono impostati per tenere in considerazione anche i corpi non conformi [14]. Infatti, come si evince dalla figura 1, pubblicata sul sito dell'AIDAP (Associazione italiana disturbi dell'alimentazione e del peso), lo stigma sul peso comporta una serie di comportamenti non salutari che portano ad un peggioramento della condizione di salute della persona influenzandone anche la condizione di obesità.

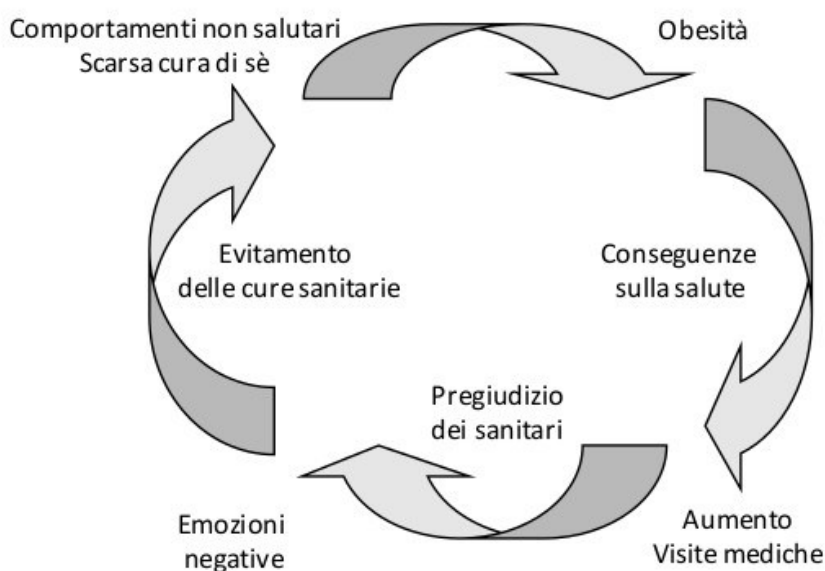


Figura 1 Il ciclo del pregiudizio dei sanitari

1.3 Rischi del sovrappeso e dell'obesità nei luoghi di lavoro

L'obesità sembra avere una significativa associazione positiva con l'assenteismo (misurato come giorni di assenza dal lavoro) [15]. In uno studio del 1998, condotto con i lavoratori di una società bancaria, i dipendenti con un BMI elevato presentavano rischi per la salute aggiuntivi, assenze di breve durata per disabilità, malattia e costi sanitari più elevati rispetto ai lavoratori che non erano in sovrappeso (nessun BMI elevato) [15]. L'Insurance Information Institute ha previsto costi più elevati per i lavoratori in sovrappeso: *“Poiché le persone in sovrappeso e con obesità soffrono di una maggiore incidenza di malattie croniche, tra cui disturbi muscoloscheletrici, il recupero da qualsiasi infortunio o malattia, compresi quelli che si verificano sul posto di lavoro o a seguito di esposizioni professionali, è probabilmente più difficile e più costoso rispetto agli individui di peso normale”* [16]. In un'analisi condotta in uno studio di R. Sturm, si è dimostrato che l'obesità possa essere associata a costi sanitari più elevati rispetto a fumo, alcol e povertà [17]. È importante, tuttavia, rendersi conto che non esiste un semplice nesso causale tra obesità e queste caratteristiche. Piuttosto, le relazioni sono complesse e di difficile spiegazione [18].

Ad esempio, negli Stati Uniti, circa 1,5 milioni di lavoratori svolgono mansioni che li espongono a vibrazioni degli arti superiori. A seconda della professione, dal 6% al 95% (in media, il 46%) dei lavoratori esposti a vibrazioni degli arti superiori svilupperà la sindrome da vibrazioni mano-braccio (HAVS) [19]. Studi epidemiologici che valutano la massa corporea dimostrano che l'incidenza di obesità e diabete è maggiore nelle persone con HAVS ed altri disturbi muscoloscheletrici degli arti superiori. I danni derivanti dall'obesità o da alterazioni fisiologiche correlate all'obesità possono compromettere i tessuti muscolari, neurali e vascolari, rendendoli più suscettibili alle lesioni indotte dalle vibrazioni [20]. Inoltre, il tessuto adiposo in eccesso compromette le funzioni

ventilatorie, sebbene si pensi che ciò sia relativamente lieve, tranne nei casi di obesità grave [21]. Le associazioni tra obesità ed asma negli esseri umani sono poco chiare; diversi studi prospettici hanno mostrato un'associazione limitata o più forte nelle donne che negli uomini. Nessuno studio epidemiologico ha specificamente indicato che l'obesità sia un fattore di rischio per le infezioni microbiche negli adulti, ma diversi studi mostrano un aumento delle infezioni negli adolescenti con obesità, il che suggerisce che il sistema immunitario sia influenzato dall'obesità [22]. Esperimenti di laboratorio supportano la plausibilità biologica di questa relazione. La maggior parte degli studi sperimentali sugli effetti dell'obesità sul sistema immunitario si è di fatti concentrata sull'uso di modelli animali [22]. Alcune esposizioni sul posto di lavoro sono collegate inoltre ad un aumento del rischio di contrarre disturbi muscoloscheletrici correlati al lavoro. Tra queste, l'esposizione a movimenti ripetitivi, carichi eccessivi, sovraccarico muscolare e vibrazioni. Anche lo stato di salute di un lavoratore può influenzare il rischio di contrarre un disturbo muscoloscheletrico correlato al lavoro. Solo pochi studi epidemiologici hanno studiato esplicitamente gli effetti congiunti di lavoro, obesità e disturbi muscoloscheletrici. Vari disturbi muscoloscheletrici, come la sindrome del tunnel carpale e l'osteoartrite, sono stati associati ad un aumento dell'indice di massa corporea (BMI) o ad obesità, in studi che controllano i fattori di rischio lavorativi e non lavorativi [23]. Si potrebbe ipotizzare che i parametri patofisiologici associati all'obesità aumentino il rischio di contrarre un disturbo muscoloscheletrico e ne compromettano i meccanismi di recupero. Sebbene nessuno studio epidemiologico abbia indagato il rischio di neurotossicità nei lavoratori in funzione dell'IMC, studi recenti forniscono prove che dimostrano che un basso apporto calorico riduce il rischio di malattia di Parkinson [24] e malattia di Alzheimer [25], mentre un aumento dell'adiposità nella mezza età funge da fattore di rischio per lo sviluppo della malattia di Parkinson [26]. Infatti, nell'ultimo decennio, dati aneddotici e sperimentali

ottenuti su animali suggeriscono spesso che ratti e topi con massa corporea aumentata mostrino risposte neurotossiche esagerate a diverse classi di sostanze chimiche neurotossiche. Pertanto, dato il legame tra obesità e fattori noti o sospettati di danneggiare il sistema nervoso, si potrebbe ipotizzare che l'obesità possa aumentare la suscettibilità del sistema nervoso alle sostanze chimiche tossiche presenti nell'ambiente di lavoro [26].

Sebbene vi sia un grande interesse nel comprendere le interazioni tra stress e obesità, la maggior parte della ricerca si è concentrata sul ruolo dello stress nell'aumento di peso e sulla determinazione del suo ruolo nel controllo del deposito di grasso, infatti, lo stress altera le scelte alimentari negli esseri umani, indirizzandole verso alimenti ad alta densità energetica che contengono grassi saturi e zuccheri [27]. Lo stress cronico provoca l'accumulo di grasso intra-addominale (piuttosto che sottocutaneo) negli esseri umani, nei primati non umani e nei roditori. Le riserve di grasso intra-addominale sembrano causare una maggiore risposta allo stress, incluso il rilascio di glucocorticoidi ed altre sostanze chimiche legate allo stress [28]. Tuttavia, lo stress eccessivo è considerato dannoso per la salute cerebrale ed è associato a condizioni come la depressione. Studi sperimentali indicano che lo stress è legato ad un rimodellamento cerebrale disadattivo, che include l'atrofia dei neuroni e il restringimento delle aree e degli elementi neuronali responsabili della comunicazione. Non è noto se il cervello delle persone con obesità o in sovrappeso sia più suscettibile all'impatto dello stress. Un importante quesito di ricerca è se l'obesità (in particolare l'accumulo di grasso intra-addominale) aumenti la suscettibilità del cervello al rimodellamento indotto dallo stress [28]. Si potrebbe ipotizzare che le persone con obesità, in particolare quelle con grasso intra-addominale, presentino una segnalazione di stress elevata nel cervello e siano più suscettibili al rimodellamento cerebrale indotto dallo stress [28].

È stata studiata l'interazione tra stress psicosociale sul lavoro e malattie

cardiovascolari [29]. Nonostante vari problemi metodologici, diversi revisori e ricercatori hanno supportato l'ipotesi che gli aspetti psicosociali del lavoro siano correlati al rischio di sviluppare malattie cardiovascolari. La massa del tessuto adiposo, in particolare il grasso viscerale, oltre alla disfunzione endocrina e metabolica, è anche collegata ad una maggiore produzione di mediatori proinfiammatori. Pertanto, le risposte infiammatorie mediate dall'obesità e dall'esposizione occupazionale a sostanze chimiche o polveri possono interagire sinergicamente per aumentare il rischio di malattie cardiovascolari correlate all'arteriosclerosi attraverso l'induzione di effetti ossidativi e infiammatori [30-31-32].

È noto da tempo che la restrizione energetica influisce sullo sviluppo di vari tumori. Tuttavia, non sono stati identificati studi specifici che esplorino la relazione tra BMI e sviluppo di tumori correlati al lavoro in coorti occupazionali. Nonostante l'associazione tra un elevato apporto energetico e vari tumori come quello al seno, al colon, al retto, ai reni, alla tiroide e alla prostata, i tumori professionali più tradizionali, come il cancro al polmone e alla vescica, sono risultati inversamente associati al peso corporeo. Tuttavia, queste analisi non hanno generalmente tenuto conto del fumo di sigaretta o di cause concorrenti di morte [33].

Sulla base della letteratura descritta, è possibile suggerire diversi modi di considerare l'interrelazione tra lavoro, obesità e malattia, tra cui citiamo il modello di Mead (vedi Figura 2):

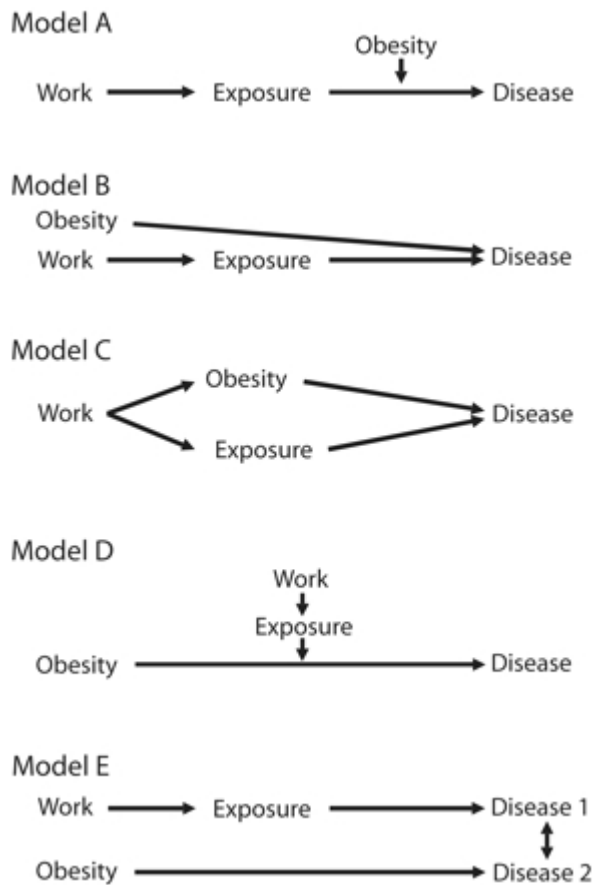


Figura 2 Interrelazione tra lavoro, obesità e malattia [34]

«Nel modello A, un'esposizione sul posto di lavoro porta ad una malattia professionale. Questa relazione può essere modificata dall'obesità o dall'aumento di peso; quindi, il rischio sarà maggiore (o minore) nei lavoratori con obesità.

Il modello B illustra due percorsi di malattia indipendenti e potenzialmente additivi. L'obesità può fungere da fattore di rischio indipendente in un percorso, e l'esposizione sul posto di lavoro in un altro.

Il modello C mostra una combinazione dei modelli A e B, con il lavoro come fonte di esposizioni ambientali avverse e come fattore che contribuisce all'obesità, e la combinazione di ciascun fattore, indipendentemente, determina una modifica del rischio di malattia.

Il modello D esemplifica che l'esposizione sul posto di lavoro può essere un modificatore dell'effetto di una relazione obesità-malattia.

Il modello E illustra come l'obesità possa causare una particolare malattia e l'esposizione sul posto di lavoro possa causarne un'altra, e come possa esserci una certa interazione tra le due malattie»³ [34]. In altre parole, la presenza di una malattia può esporre un lavoratore ad un rischio maggiore di contrarre l'altra. Questi modelli in uno studio di Mead (2004) sono presentati a scopo euristico, ma necessitano comunque di test e validazione.

1.4 Il tacito problema della discriminazione del peso nei luoghi di lavoro

Oltre ai fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro c'è da considerare anche la discriminazione sul lavoro a causa del peso, conosciuta anche come "fat shaming" o "discriminazione sul peso", che si verifica quando un lavoratore viene trattato in modo sfavorevole o penalizzato a causa del suo peso o del suo aspetto fisico. Questa forma di discriminazione può manifestarsi in diversi modi, come nel non essere assunto, nel non essere promosso, nel subire commenti e atteggiamenti negativi o ad operare in condizioni di lavoro peggiori. Esistono numerose prove che dimostrano pregiudizi e stigmatizzazione nei confronti delle persone sovrappeso [35]. Ciò può portare a discriminazioni nelle pratiche lavorative, con conseguenti limitazioni nella scelta del lavoro ed anche ad avere salari più bassi. Finora, il Michigan è l'unico stato che ha legiferato vietando la discriminazione sul lavoro basata sul peso [36].

Il luogo di lavoro è uno dei luoghi più comuni dopo l'ambiente domestico in cui si verifica la WBD (body weight discrimination), cioè la discriminazione basata sul peso. Circa il 50% degli adulti reclutati da un'organizzazione nazionale di supporto per la perdita di peso ha riferito di aver sperimentato la WBD dai colleghi e il 43%

³ Tratto da Work, Obesity, and Occupational Safety and Health | Paul A. Schulte, PhD, Gregory R. Wagner, MD, Aleck Ostry, PhD, Laura A. Blanciforti, PhD, Robert G. Cutlip, PhD, Kristine M. Krajnak, PhD, Michael Luster, PhD, Albert E. Munson, PhD, James P. O'Callaghan, PhD, Christine G. Parks, PhD, Petia P. Simeonova, MD, PhD, and Diane B. Miller, PhD

dai loro supervisori. Utilizzare i luoghi di lavoro come contesto per l'erogazione di interventi contro la discriminazione sul lavoro ha il potenziale di migliorare la salute fisica e mentale di un numero significativo di adulti.

Una delle principali preoccupazioni è che l'attenzione all'obesità nei lavoratori si trasformi in un "colpevolizzare la persona". In altre parole, solo il comportamento e le caratteristiche di un lavoratore possono essere considerati fattori di intervento. Questo approccio nega la consapevolezza che l'obesità è influenzata da fattori ambientali e organizzativi, nonché genetici, sociali, culturali ed economici. L'obesità può essere una legittima condizione da attenzionare nel predisporre il collocamento lavorativo dopo una decisione di assunzione (così come altre considerazioni relative alla salute), ma in genere non dovrebbe essere un fattore determinante nella decisione di assunzione [37].

Se l'obesità viene considerata una malattia, una disabilità o una condizione legata allo stile di vita influenzerà il modo in cui viene trattata sul posto di lavoro [37]. Non esiste alcuna documentazione coerente che indichi l'obesità come una disabilità ai sensi dell'Americans With Disabilities Act 139. Analogamente, i Centers for Medicaid and Medicare Services (ex Health Care Financing Administration) storicamente non consideravano l'obesità una malattia e non erogavano pagamenti per i trattamenti per l'obesità, tranne in alcuni casi in cui l'obesità era conseguenza di un'altra malattia o causa diretta di un'altra condizione grave [38]. Tuttavia, una sentenza del 2004 ha rimosso la clausola secondo cui "l'obesità di per sé non può essere considerata una malattia". Una maggiore consapevolezza delle conseguenze dell'obesità sulla salute potrebbe indurre alcuni datori di lavoro a considerare l'obesità e l'aumento di peso quando si tratta di assicurazione, assunzione, collocamento e promozione, indipendentemente dal fatto che l'obesità sia una malattia o una disabilità [39]. Inoltre, in Italia vige la legge 741 nota come la "legge sull'obesità", che è stata approvata in via definitiva

dal Senato il 1° ottobre del 2025. Questa legge riconosce ufficialmente l'obesità come una malattia cronica, progressiva e recidivante, ed introduce misure per la prevenzione e la cura.

Quindi l'obesità e il sovrappeso sono tematiche che datori di lavoro e governi non possono più ignorare. Al contrario, essi sono chiamati a svolgere un ruolo più attivo per migliorare lo stato di salute generale e l'andamento del mercato del lavoro, adottando misure volte a combattere l'obesità sul posto di lavoro con un diverso servizio di ristorazione, incentivi per il peso forma, creazione di centri fitness sul posto di lavoro, e modificando l'ergonomia dell'ambiente di lavoro.

Da ciò, assumono nuovamente importanza le indicazioni che l'Organizzazione Internazionale del Lavoro rivolgeva già nel 2005 ai datori di lavoro e ai sindacati, sottolineando il ruolo chiave che il luogo di lavoro può svolgere nel contenere "obesity epidemic" e promuovere l'attività fisica ed una sana alimentazione.

Come viene descritto nel rapporto *Obesità e lavoro* "un problema emergente", pubblicato nel 2011 sul *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*:

".....Un piano di lavoro regolabile in altezza consentirebbe un alloggiamento adeguato della massa addominale secondo le caratteristiche individuali. Le caratteristiche della seduta (altezza, dimensioni, presenza di braccioli, schienale, eventuale presenza di poggiatesta e poggia gambe) in riferimento ai parametri antropometrici (lunghezza di coscia e tibia, larghezza dei fianchi e del tronco, circonferenza addominale) influenzano la tollerabilità di posizioni di lavoro sedute prolungate, resa possibile da una corretta distribuzione delle pressioni di appoggio. La postazione di lavoro dovrebbe essere adeguatamente dimensionata (sufficiente spazio libero e assenza di intralci per consentire i movimenti del corpo), dotata di punti di appoggio robusti e stabili (per facilitare i passaggi di posizione), munita di pavimentazione antisdrucchiolo..."

Attualmente non sono disponibili dati specifici cui fare riferimento per la progettazione di posti di lavoro adeguati a soggetti affetti da grande obesità anche se alcune indicazioni utili vengono fornite dall'ergonomia. Le linee guida SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale) suggeriscono di utilizzare valori cautelativi, ad esempio, per compiti di sollevamento da parte soggetti con obesità o in sovrappeso, 15 kg per i maschi e 10 kg per le femmine oppure ridurre la richiesta energetica dei compiti lavorativi, limitando le fasi di lavoro a 15-30 minuti intervallati da adeguate pause di recupero. Inoltre, i dispositivi di protezione individuale sono spesso poco confortevoli a causa delle fattezze inappropriate e possono aumentare il rischio di sovraccarico respiratorio. Perciò le attrezzature di lavoro per le persone con obesità severa dovrebbero essere scelte ponendo particolare attenzione ai requisiti di portata, solidità, adattabilità e regolazione, in merito ai criteri di sicurezza ed accessibilità con il fine di ridurre il rischio di infortuni.

«L'attività di sorveglianza sanitaria svolta in azienda rappresenta un'occasione importante per attuare programmi di prevenzione e promozione della salute mirati a questi lavoratori. Nella normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs. 81/08) troviamo diversi riferimenti indiretti alle problematiche del lavoratore con obesità:

- la necessità di considerare tutti i rischi (art. 28)
- analizzare l'ergonomia del posto di lavoro (art. 174, comma 1)
- adattare le misure di prevenzione alle esigenze dei lavoratori appartenenti a “gruppi particolarmente sensibili al rischio” (art. 183).

Il medico competente tramite la raccolta di alcuni parametri (altezza, peso, pressione arteriosa) deve valutare i possibili rischi per la salute e informare i lavoratori sui rischi della non corretta alimentazione. I fattori di rischio

modificabili (peso, attività fisica, alimentazione) dovrebbero essere considerati dalla medicina di base e occupazionale per attuare interventi preventivi multidisciplinari, promuovendo nei lavoratori uno stile di vita corretto e misure preventive precoci»⁴ [2].

Poiché l'obesità può essere una conseguenza delle esposizioni sul luogo di lavoro, un modificatore di effetto, un fattore di rischio indipendente, un cofattore o un fattore confondente, le comunicazioni dovranno essere specifiche per le circostanze e basate sulle migliori informazioni disponibili. La comunicazione del rischio di gruppo può avere un focus diverso rispetto alla comunicazione del rischio individuale. Per il gruppo, potrebbero predominare concetti di popolazione come prevalenza e variabilità. Per il singolo lavoratore, sono importanti l'interpretazione clinica ed il rischio individuale.

La gamma di opinioni e percezioni sulla relazione tra obesità, responsabilità personale, determinismo genetico e pressioni ambientali dovrebbe essere considerata nella comunicazione del rischio [40]. Se è noto che l'obesità modifica l'effetto di un'esposizione professionale, come dovrebbe un datore di lavoro illustrare i rischi senza scaricare in modo inappropriato la responsabilità sul lavoratore? Quali sono i pregiudizi che i lavoratori e i datori di lavoro hanno nei confronti delle persone in sovrappeso? Quali sono le difficoltà che riscontrano le persone con grave obesità nel contesto lavorativo?

⁴ <https://www.tecsam.com/obesita-e-idoneita-al-lavoro-un-problema-emergente-con-alti-costi-sociali/>

2. La ricerca

Dalla letteratura scientifica presa in esame si è potuto constatare che le persone che vivono una condizione di sovrappeso e obesità oltre ad avere problemi logistici e strutturali nel mondo del lavoro possono avere anche problemi sociali relativi allo stigma nell'ambiente di vita e di lavoro, cioè l'insieme di pregiudizi, stereotipi, considerazioni, idee, che si possono avere riguardo ad un individuo con un corpo non conforme agli standard.

L'obiettivo della ricerca è quello di mettere in evidenza sia le reali e possibili difficoltà che i lavoratori in sovrappeso e obesità vivono nel contesto lavorativo sia rilevare come questi lavoratori dal punto di vista lavorativo vengono considerati dai colleghi e dai datori di lavoro. Inoltre, viene indagato quali siano le varie ed eventuali strategie di intervento da poter utilizzare per migliorare le condizioni lavorative dei lavoratori che vivono una condizione in sovrappeso e obesità.

2.1 Metodologia: partecipanti e strumenti.

Sono state reclutate, con adesione volontaria 719 persone che hanno compilato un questionario creato appositamente dallo scrivente in collaborazione con la relatrice della presente tesi, per valutare la percezione sociale inerente al sovrappeso e l'obesità nel contesto lavorativo.

I dati sono stati raccolti attraverso la piattaforma di Google drive utilizzando un questionario anonimo, presentato in Appendice 1, compilato direttamente da Pc o Smartphone e trasmesso via internet. Tutti i partecipanti, preliminarmente alla compilazione del questionario, hanno aderito, dando elettronicamente il loro consenso informato, al trattamento dei dati.

Il questionario comprende domande che chiedono il genere, l'età e la provenienza della persona che lo compila ed approfondisce in seguito anche l'idea che si ha del

sovrappeso e obesità sia del lavoratore che vive tale condizione sia del collega del lavoratore in sovrappeso e obesità; da ultimo esplora tali considerazioni nel datore di lavoro garante della sicurezza dei lavoratori.

È stata utilizzata una pagina personale di divulgazione scientifica su Instagram per diffondere il questionario; e sono stati contattati vari professionisti come biologi, medici, psicoterapeuti, psicologi e dietisti invitandoli a compilare il questionario ed a condividerlo nelle loro pagine in modo tale che più persone possibili potessero accedervi. L'accesso al test è stato facilitato dalla creazione di un link di condivisione che garantiva l'anonimato. Il questionario è stato diffuso anche tramite i miei canali privati di Facebook e Whatsapp. I dati sono stati elaborati con il server Google driver e messi a confronto.

2.2 Dati demografici e risultati al questionario

La *tabella 1* illustra le condizioni demografiche del campione:

	n	%		n	%
Genere			Provenienza		
Uomini	50	7,0	Nord Italia	364	50,8
Donne	668	93,0	Centro Italia	122	17,0
Età			Sud Italia	230	32,1
18-29	62	8,7			
30-49	499	69,7			
50-70	155	21,6			

Tabella 1. Distribuzione per genere, età e provenienza

La *tabella 2* riporta i risultati relativi alla percezione del sovrappeso e dell'obesità nel contesto lavorativo:

Percezione del lavoratore in sovrappeso e obesità			Percezione del lavoratore non in sovrappeso e obesità		
	n	%		n	%
Senti di non essere valido come gli altri	79	15,8	Ti senti a disagio lavorandoci insieme	8	1,8
Pensi di non poter avere successo come gli altri	101	20,2	Pensi che non possa avere successo come gli altri	45	10,6
Hai avuto problemi nell'avanzamento di carriera	49	9,8	Avrà problemi nell'avanzamento di carriera	38	8,9
Ti è capitato di assentarti da lavoro per problemi di discriminazione sul peso da parte di colleghi o datore di lavoro	11	2,2	Lo reputi poco affidabile, negligente e pigro	17	3,8
Hai avuto difficoltà nel trovare DPI (dispositivi di protezione individuale)	66	13,2	Avrà difficoltà nel trovare DPI	187	43,9
Nessuna delle precedenti	309	61,9	Nessuna delle precedenti	416	93,1

Tabella 2. Percezione del sovrappeso o obesità nei lavoratori

Come si evince dalle percentuali riportate sopra la percezione del lavoratore che vive una condizione di sovrappeso e obesità è positiva sia da parte dei lavoratori che vivono tale condizione sia da parte dei lavoratori che hanno un collega in sovrappeso, di fatti in entrambe le categorie è minima la percentuale di coloro che pensano che essere in sovrappeso o obesità crei disagio, possa bloccare la progressione lavorativa o aumentare l'assenteismo. Tuttavia, al di là di quanto positivamente venga considerato un lavoratore in sovrappeso e obesità, il 13,2% di questi lavoratori dichiara che ha difficoltà nel trovare i DPI (dispositivi di protezione individuale) e il 43,9% dei lavoratori non in sovrappeso e obesità pensa che sia una delle problematiche principali da dover attenzionare, un dato che è in

linea con la letteratura scientifica.

Quindi, nel contesto lavorativo quali sono le misure di prevenzione che possono essere considerate prioritarie per questi lavoratori? Nel seguente *grafico 1*, sono riportate le frequenze delle varie strategie di intervento pensate dai datori di lavoro e dai lavoratori stessi che hanno preso parte alla compilazione del questionario.

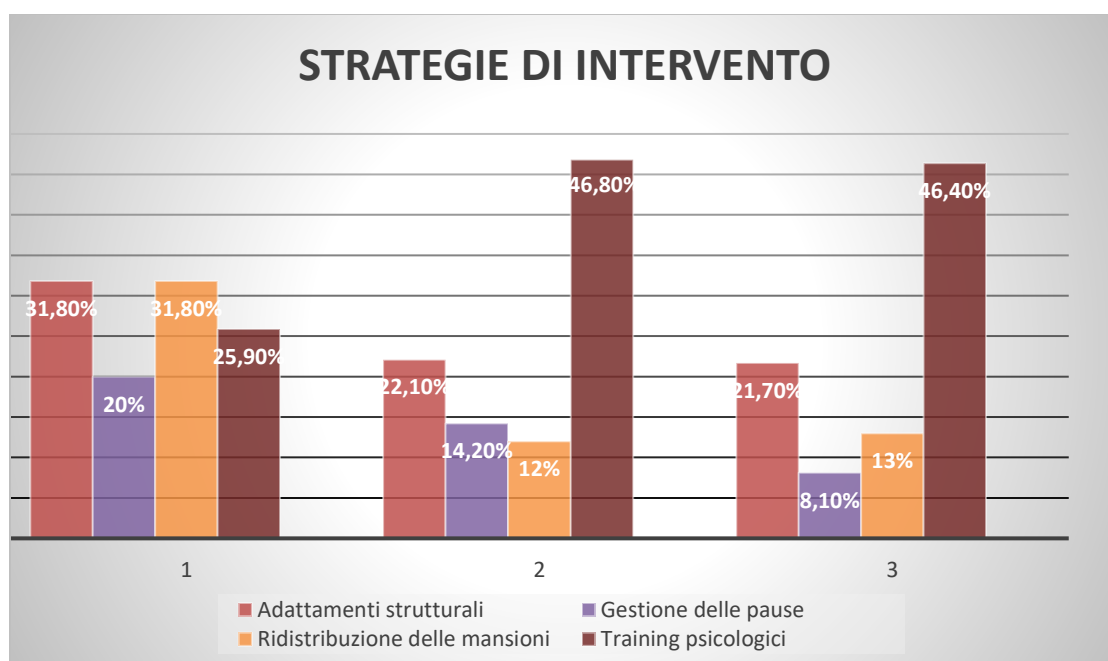


Grafico 1. Strategie di intervento da adottare quando presente un lavoratore in sovrappeso o obesità

Legenda grafico:

1 Datore di lavoro

2 Lavoratori in sovrappeso

3 Lavoratori non in sovrappeso

Dal grafico riportato si nota come per i datori di lavoro contano di più gli “Adattamenti strutturali” e la “Ridistribuzione delle mansioni” rispetto a quello che viene ritenuto prioritario dai lavoratori. Quest’ultimi, indipendentemente dal loro stato di normopeso o sovrappeso, ritengono opportuno invece investire sui “Training psicologici” per affrontare la problematica del sovrappeso e obesità.

Rispetto alla domanda del questionario *“Se sei un datore di lavoro hai adottato delle misure di promozione alla salute per questa categoria di lavoratori?”* alcuni datori di lavoro hanno consigliato alla voce *“Altro”* anche l’importanza di investire sull’alimentazione facendo delle convenzioni con professionisti della salute, incentivando i controlli periodici in azienda ed anche dando la possibilità di usufruire di sconti sulle varie ed eventuali visite specialistiche. Da queste risposte dal punto di vista teorico sembrerebbero ben chiare quali devono essere le strategie da adottare, ma si è anche indagato se concretamente qualche azione pratica da questi datori di lavoro è stata fatta. A tal proposito alla domanda prevista nel questionario: *“Se sei un datore di lavoro hai adottato delle misure di promozione alla salute per questa categoria di lavoratori?”*, i datori di lavoro avevano due possibilità di risposta: 1. *“Si, quali”* e 2. *“No, perché”*. I risultati delle due opzioni sono riassunti ed illustrati nel seguente grafico 2, da cui possiamo desumere le possibili e reali difficoltà che nella pratica possono esserci nell’adottare le varie strategie di intervento per contrastare il sovrappeso e l’obesità nel contesto lavorativo (vedi grafico2):

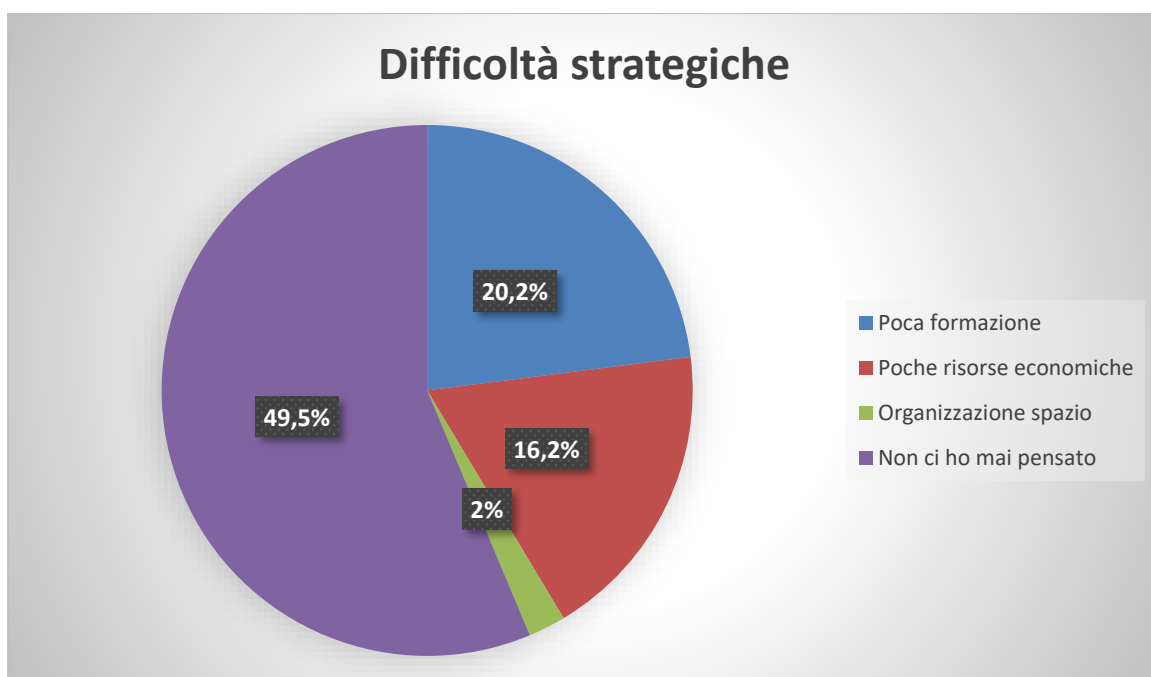


Grafico 2. Difficoltà strategiche percepite dai datori di lavoro, nel contrastare il sovrappeso e l’obesità nel contesto lavorativo

Come si evince dai risultati, la quasi metà del campione di datori di lavoro non ha mai pensato a questo aspetto, i restanti sottolineano come la poca formazione e le poche risorse economiche siano degli aspetti molto importanti da considerare quando si parla di prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro. Di conseguenza, senza una formazione specifica e senza un capitale sufficiente a garantire quelle risorse e quei requisiti minimi che garantiscono il benessere del lavoratore non si può parlare di sicurezza. La poca formazione, offerta nei contesti di lavoro, può di fatti essere spiegata anche dal fatto che, come si evince dalle risposte date dal campione di riferimento, una gran parte dei datori di lavoro, pari al 49,5% del campione, non ha mai pensato al problema relativo al sovrappeso e obesità, questo fa sì che ignorando l'esistenza del problema non ci si investe e non si fa formazione. L'onere economico dell'obesità e del sovrappeso per datori di lavoro e lavoratori è ingente se si pensa alle spese mediche, all'aumento dell'assenteismo, alla riduzione della produttività (presentismo), ai costi per l'invalidità e alle spese per i programmi di indennizzo per infortuni sul lavoro. Supportare i dipendenti nella gestione dell'obesità e del sovrappeso può essere una strategia per produrre importanti risultati economici e produttivi garantendo anche una forza di lavoro più resiliente e anche una società-lavoro più sana.

2.3 Limiti della ricerca

Dal punto di vista metodologico, lo strumento di raccolta dei dati della ricerca, essendo un questionario creato ad hoc con i moduli di Google drive non ha consentito il controllo sistematico di chi lo compila, determinando una rappresentazione probabilmente non conforme alla distribuzione della popolazione.

Di fatti, in primis, si nota una notevole differenza di genere con la prevalenza quasi totale del sesso femminile, probabilmente indicativa dal poco utilizzo dei social del genere maschile riguardo le tematiche di salute e prevenzione.

Il campione inoltre, seppur numeroso, potrebbe risultare poco rappresentativo della realtà lavorativa italiana ed i risultati ottenuti nei termini di valutazione delle barriere invisibili del sovrappeso e dell'obesità nel contesto lavorativo per completezza sarebbero da approfondire in altri contesti.

3 Conclusioni e riflessioni future

Parlare di lavoro senza parlare dei corpi è un atto di rimozione, *“nel capitalismo il corpo è stato subordinato alla logica dell'accumulazione: una risorsa da ottimizzare, disciplinare e rendere produttiva”* (vedi *Calibano e la strega, 2024*) [41]. Il corpo viene valutato in base alla capacità di performare e spesso indipendentemente dalla salute, dalla sicurezza e dalla dignità. Il corpo del lavoratore non è spesso percepito come portatore di bisogni ma come funzione logistica in cui il rischio si stratifica e si differenzia individuo per individuo. Il sovrappeso e l'obesità modificano l'esposizione ai rischi nei luoghi di lavoro ed altresì i meccanismi biochimici e fisiologici non sono del tutto compresi, ma rimane comunque un aspetto da tenere in considerazione quando si parla di sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro. Quando si parla di sicurezza, bisognerebbe chiedersi, se tale sicurezza sia rivolta a tutti i lavoratori o solo a quei lavoratori che rientrano in quei parametri, misurazioni standardizzate e normalizzate dalla società lavorativa? Oppure si fa riferimento ad una sicurezza inclusiva che comprende tutti i lavoratori anche quelli che non rientrano nei parametri, misure standardizzate e normalizzate dalla società lavorativa? Questo è un importante quesito, perché come sopra scritto nell'introduzione: *“non esiste produttività senza rischio, ma ciò che cambia è la distribuzione del rischio: alcuni corpi sono sistematicamente più esposti, altri sistematicamente protetti”* [42].

4. Bibliografia

1. Masocco M, Minardi V, Contoli B, Minelli G, Manno V, Cobellis L, Greco D. Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta in Italia: trend temporali, differenze socio-anagrafiche e regionali con focus sulla Regione Campania. *Boll Epidemiol Naz.* 2023; 4(1):1-8. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_059.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Results Tool. 2019.
3. Richardson SA, Goodman N, Hastorf AH, Dornbusch SM. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *Am Sociol Rev.* 1961;26(2):241–7.
4. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity.* 2009;17(5):941–64.
5. Hackman J, Maupin J, Brewis AA. Weight-related stigma is a significant psychosocial stressor in developing countries: evidence from Guatemala. *Soc Sci Med.* 2016; 161:55–60.
6. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2016; 45(3):511–20.
7. Jensen MD, Ryan DH. New obesity guidelines: promise and potential. *JAMA.* 2014; 311(1):23–4.[PubMed: 24381963].
8. <https://sisdca.it/novita/news/obesita/item/gli-effetti-negativi-dello-stigma-basato-sul-peso>.
9. Cahnman WJ. The stigma of obesity. *Sociol Q.* 1968; 9:283–299.
10. Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring).* 2006;14(10):1802–1815.
11. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring).* 2011;19(10):1957–62.
12. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev.* 2015;16(4):319–26.
13. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: a cross-sectional study of overweight and obese patients. *Prev Med (Baltim).* 2014;62:103–7.

14. Amy NK, Aalborg A, Lyons P, Keranen L. Barriers to routine gynecological cancer screening for White and African-American obese women. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30(1):147–155.
15. Burton WN, Chen CY, Schultz AB, Edington DW. The economic costs associated with body mass index in a workplace. *J Occup Environ Med*. 1998;40:786–792.
16. Insurance Information Institute. Obesity, Liability & Insurance. Available at: <http://www.iii.org/media/hottopics/insurance/obesity>. Accessed November 1, 2004.
17. Sturm R. The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21:245–253.
18. Sturm R, Wells KB. Does obesity contribute as much to morbidity as poverty and smoking? *Public Health*. 2001;115:229–235.
19. Bernard B, ed. *Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors: A Critical Review of Epidemiologic Evidence for Work-Related Musculoskeletal Disorders of the Neck, Upper Extremities and Low Back*. Cincinnati Ohio: National Institute for Occupational Safety and Health, Centers for Disease Control and Prevention;1997. DHHS (NIOSH) publication 97-141.
20. Wieslander G, Norback D, Gothe CJ, Juhlin L. Carpal tunnel syndrome (CTS) and exposure to vibration, repetitive wrist movements, and heavy manual work: a case-referent study. *Br J Ind Med*. 1989;46: 43–47.
21. Poulain M, Doucet M, Major GC, et al. The effect of obesity on chronic respiratory diseases: pathophysiology and therapeutic strategies. *CMAJ*. 2006;174:1293–1299.
22. Jedrychowski W, Maugeri U, Flak E, Mroz E, Bianchi I. Predisposition to acute respiratory infections among overweight preadolescent children: an epidemiologic study in Poland. *Public Health*. 1998;112 189–195.
23. Michael K, Baldry J. The association between musculoskeletal disorders and obesity. *Aust Health Rev*. 2002; 25:207–214.
24. Logroscino G, Marder K, Cote L, Tang MX, Shea S, Mayeux R. Dietary lipids and antioxidants in Parkinson's disease: a population-based, case-control study. *Ann Neurol*. 1996;39:89–94.
25. Mayeux R, Costa R, Bell K, Merchant C, Tang MX, Jacobs D. Reduced risk of Alzheimer's disease among individuals with low caloric intake. *Neurology*. 1999;52(suppl 2): A296–A297.
26. Abbott RD, Ross GW, White LR, et al. Midlife adiposity and the future risk of Parkinson's disease. *Neurology*. 2002; 59:1051–1057.

27. Wardle J, Steptoe A, Oliver G, Lipsey Z. Stress, dietary restraint and food intake. *J Psychosom Res.* 2000; 48:195–202.
28. McEwen BS. Glucocorticoids, depression, and mood disorders: structural remodeling in the brain. *Metabolism.* 2005;54(5 suppl 1):20–23.
29. Olsen O, Kristensen TS. Impact of work environment on cardiovascular diseases in Denmark. *J Epidemiol Community Health.* 1991; 45:4–9.
30. Simeonova PP, Hulderman T, Harki D, Luster MI. Arsenic exposure accelerates atherogenesis in apolipoprotein E mice. *Environ Health Perspect.* 2003;111:1744–1748.
31. Pope CA III, Burnett RT, Thurston GD, et al. Cardiovascular mortality and long-term exposure to particulate air pollution: epidemiological evidence of general pathophysiological pathways of disease. *Circulation.* 2004; 109:71–77.
32. Wisse BE. The inflammatory syndrome: the role of adipose tissue cytokines in metabolic disorders linked to obesity. *J Am Soc Nephrol.* 2004;15:2792–2800.
33. Albanes D. Caloric intake, body weight and cancer: a review. *Nutr Cancer.* 1987;9:199–217.
34. Paul A. Schulte, PhD, Gregory R. Wagner, MD, Aleck Ostry, PhD, Laura A. Blanciforti, PhD, Robert G. Cutlip, PhD, Kristine M. Krajnak, PhD, *Work, Obesity, and Occupational Safety and Health*
35. Carr D, Friedman MA. Is obesity stigmatizing? Body weight, perceived discrimination, and psychological well-being in the United States. *J Health Soc Behav.* 2005;46:244–259.
36. Mich. Elliot–Larsen Civil Rights Act §453.
37. N. R Kelly, M. Osa, G. Luther, C. Guidinger, A. Ffolger, G Williamson, J Esquivel, E Budd. Preliminary evaluation of a brief worksite intervention to reduce weight stigma and weight bias internalization.
38. Primack A. Future of obesity and disease management in health care: the government perspective. *Obes Res.* 2002;(10 suppl 1): S82–S83.
39. Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obes Res.* 1998;6:97–106.
40. Tsai SP, Donnelly RP, Wendt JK. Obesity and mortality in a prospective study of a middle-aged industrial population. *J Occup Environ Med.* 2006;48: 22–27.
41. Silvia.F Calibano e la strega, 2024. Nimesis ed.

42. Citazione di Giulia Paganelli, @evastaizitta

Appendice 1

Barriere invisibili per i lavoratori in sovrappeso e obesità nel contesto lavorativo

La compilazione del questionario sarà utile al fine di raccogliere informazioni sui lavoratori in sovrappeso o obesità relativamente alle eventuali difficoltà riscontrate nel mondo del lavoro. Le informazioni sono raccolte in maniera anonima e saranno discusse in una commissione di laurea sulla sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro per portare alla luce eventuali difficoltà (spesso ignorate) che questi lavoratori vivono.

1 Genere

Uomo

Donna

1. Età

18-29

30-49

50-70

2. Domanda 1

Lavoratore che soffre di sovrappeso o obesità

Collega di un lavoratore con sovrappeso o obesità

Datore di lavoro

Altro

4 Domanda 2

Provenienza nord Italia

Provenienza centro Italia

Provenienza sud Italia

5 Se sei un lavoratore in sovrappeso o obesità

- Senti di non essere valido come gli altri
- Pensi di non poter avere successo come gli altri
- Hai avuto problemi nell'avanzamento di carriera
- Ti è capitato di assentarti da lavoro per problemi di discriminazione sul peso da parte dei colleghi o datore di lavoro
- Hai avuto difficoltà nel trovare dei DPI (Dispositivi di protezione individuale) come mascherine, guanti, tute ecc.... conformi al tuo corpo
- Nessuna delle precedenti

6 Se sei un lavoratore in sovrappeso o obesità quali misure di miglioramento della tua qualità del lavoro consiglieresti?

- Adattamenti strutturali
- Gestione delle pause
- Ridistribuzione delle mansioni
- Training psicologici
- Altro

7 Se non sei un lavoratore in sovrappeso o obesità quali misure di miglioramento della qualità del lavoro consiglieresti per questa condizione?

- Adattamenti strutturali
- Gestione delle pause
- Ridistribuzione delle mansioni
- Training psicologici
- Altro

8 Se sei lavoratore non in sovrappeso o obesità, come immagini che si senta un lavoratore in tale condizione:

- Pensi che non possa avere successo come gli altri
- Avrà problemi di avanzamento di carriera
- Non si sente valido come gli altri
- Avrà difficoltà nel trovare DPI (Dispositivi di protezione individuale) come mascherine, guanti, tute ecc.... conformi al tuo corpo

9 Se sei un collega di un lavoratore che vive una condizione di sovrappeso o obesità

- Ti senti a disagio lavorandoci insieme
- Provi dei risentimenti di fastidio e/o vergogna nei suoi confronti
- Lo reputi poco affidabile, negligente e pigro
- Nessuna delle precedenti, pensi che sia un lavoratore come tutti gli altri

10 Se sei un datore di lavoro

- Hai mai pensato alle difficoltà che possono avere i tuoi lavoratori che vivono una condizione di sovrappeso o obesità?
- Hai adottato delle misure di promozione alla salute per questa categoria di lavoratori?

11 Se sì, quali?

- Adattamenti strutturali
- Gestione delle pause
- Ridistribuzione delle mansioni
- Training psicologici

12 Se no, perché?

- Motivi di organizzazione dello spazio
- Poca formazione
- Poche risorse economiche
- Non ci ho mai pensato

Altro: _____

Google Moduli