

Cibo, stili di vita, salute

Un'indagine empirica
nel territorio della ASL di Reggio-Emilia

a cura di
Riccardo Prandini,
Gianluca Maestri, Andrea Bassi

VITE PARALLELE

IBRIDAZIONI E SOCIETÀ MUTAGENA

Collana diretta da Riccardo Prandini

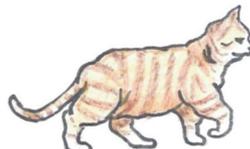


UNDERWEIGHT

AP



NORMAL WEIGHT



OBESITY

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

VITE PARALLELE

IBRIDAZIONI E SOCIETÀ MUTAGENA

Collana di Sociologia a cura di Riccardo Prandini

La società che generò come suo modo di auto-descrizione la sociologia – e che è poi diventata società moderna – sta mutando a ritmi così accelerati che è possibile prevederne solo l'imprevedibilità.

Al limite del pensabile esiste già una società mutagena, capace cioè di mutare i suoi stessi elementi costitutivi, in particolare gli esseri umani e le loro forme di comunicazione, sostituendoli con altro. Ma questa società – caratterizzata dalla potenza di un impianto tecno-scientifico pervasivo, dallo sviluppo accelerato dei nuovi media, dall'alba di una civiltà robotica assistita da forme di computazione artificiali, dalla reticolazione comunicativa del globo – convive con la persistenza e il ritorno di culture e modi di vita arcaici. È in questo unico globo – nebulizzato in molteplici e dissonanti di sfere di significato – in questa *unitas multiplex* confliggente, in questo poliedro complesso che coesistono le "Vite parallele".

Vite che scorrono indifferenti le une alle altre, che si sfiorano, si scontrano, si ibridano, convivono, si arricchiscono, si eliminano, si amano, generano nuova vita e morte. Vite incluse ed escluse nel sociale istituito; vite piene e vuote di significato; vite di scarto e d'abbondanza; vite culturalmente egemoni e subalterne; vite sane e malate; vite comunicanti e incomunicanti; vite abili e diversabili; vite che si nutrono di trascendenza e di immanenza; vite semplici e complesse; vite umane, disumane e post-umane; vite libere e schiave; vite in pace o in guerra; vite felici e infelici; vite naturali e artificiali, vite reali e virtuali, vite che abitano in un luogo o ovunque; vite connesse o sconnesse. Queste "Vite parallele" possono manifestarsi in spazi geopolitici diversi e separati, ma anche nello stesso spazio sociale, dentro a una sola a organizzazione, a una famiglia, a una stessa vita personale. Vite molteplici che non possono più fare affidamento su una sola definizione della realtà, da qualsiasi voce essa provenga. Ordini sociali che debbono fondarsi su una realtà fatta di possibilità e di contingenze, di livelli diversi che si intersecano, ibridano, intrecciano o che si dividono, fratturano e sfilacciano. Ordini che sono irritati costantemente dal disordine: ordini dove l'incontro può sempre trasformarsi in scontro e dove dagli scontri possono nascere costantemente incontri.

Queste “Vite parallele” necessitano di un nuovo modo di pensare il sociale, le sue linee di faglia, le sue pieghe, le sue catastrofi, i tumulti che fanno emergere nuove e inattese realtà. Una sociologia in cerca di una ontologia del sociale specifica; di metodi adatti per analizzarla e di teorie sufficientemente riflessive da comprendere se stesse come parte della realtà osservata. Una sociologia che sappia riacquisire uno spazio di visibilità nel dibattito pubblico, intervenendo con conoscenze solide, ma anche con riflessioni e proposte teoriche critiche e immaginative.

La Collana ospiterà saggi e ricerche che sapranno connettersi ai temi appena esplicitati, con particolare attenzione ai giovani ricercatori, ma anche a traduzioni di opere che siano di chiaro interesse per lo sviluppo del programma.

VITE PARALLELE

è una Collana diretta da Riccardo Prandini.

I testi sono sottoposti a una Peer Review double blind.

Comitato scientifico:

Maurizio Ambrosini (Università di Milano) - **Andrea Bassi** (Università di Bologna) - **Maurizio Bergamaschi** (Università di Bologna) - **Vando Borghi** (Università di Bologna) - **Paola Borgna** (Università di Torino) - **Matteo Bortolini** (Università di Padova) - **Alberto Cevolini** (Università di Modena e Reggio Emilia) - **Giancarlo Corsi** (Università di Modena e Reggio Emilia) - **Andrea Cossu** (Università di Trento) - **Luca Diotallevi** (Università di Roma Tre) - **Luca Fazzi** (Università di Trento) - **Rosangela Lodigiani** (Università Cattolica di Milano) - **Tito Marci** (Università di Roma, Sapienza) - **Luca Martignani** (Università di Bologna) - **Antonio Maturo** (Università di Bologna) - **Giorgio Osti** (Università di Trieste) - **Emmanuele Pavolini** (Università di Macerata) - **Luigi Pellizzoni** (Università di Pisa) - **Massimo Pendenza** (Università di Salerno) - **Luigi Tronca** (Università di Verona).

Cibo, stili di vita, salute

Un'indagine empirica
nel territorio della ASL di Reggio-Emilia

a cura di

Riccardo Prandini,

Gianluca Maestri, Andrea Bassi

VITE PARALLELE

IBRIDAZIONI E SOCIETÀ MUTAGENA

Collana diretta da Riccardo Prandini

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

Co-creation of service innovation in Europe, (COSIE) finanziato nell'ambito del programma Horizon 2020 Grant Agreement number 770492.



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 770492.

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Immagine di copertina di Marco Prandini

Riccardo Prandini, Gianluca Maestri, Andrea Bassi (a cura di), *Cibo, stili di vita, salute. Un'indagine empirica nel territorio della ASL di Reggio Emilia*, Milano: FrancoAngeli, 2021
Isbn: 9788835131083 (eBook)

La versione digitale del volume è pubblicata in Open Access sul sito www.francoangeli.it.

Copyright © 2021 Riccardo Prandini, Gianluca Maestri, Andrea Bassi. Pubblicato da FrancoAngeli srl, Milano, Italia, con il contributo del Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Bologna.

L'opera è realizzata con licenza Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>). Tale licenza consente di condividere ogni parte dell'opera con ogni mezzo di comunicazione, su ogni supporto e in tutti i formati esistenti e sviluppati in futuro. Consente inoltre di modificare l'opera per qualsiasi scopo, anche commerciale, per tutta la durata della licenza concessa all'autore, purché ogni modifica apportata venga indicata e venga fornito un link alla licenza stessa.

Indice

Presentazione , di <i>Riccardo Prandini, Andrea Bassi, Gianluca Maestri, Elena Macchioni e Giulia Ganugi</i>	pag.	9
1. Sovrappeso, obesità e obesità infantile. Un'introduzione "numerica" a una epidemia globale , di <i>Gianluca Maestri</i>	»	17
2. Il disegno della ricerca , di <i>Riccardo Prandini, Andrea Bassi, Gianluca Maestri ed Elena Macchioni</i>	»	64
3. La filiera del cibo e del movimento: politiche urbane e salute pubblica nella città di Reggio Emilia , di <i>Giulia Ganugi e Giovanna Russo</i>	»	77
4. Tra prevenzione e promozione. Un'analisi dei programmi di contrasto dell'obesità in età pediatrica in Italia , di <i>Arianna Radin</i>	»	104
5. La cultura del cibo tra genitorialità e stili di vita. Legami e semantiche famigliari , di <i>Gianluca Maestri ed Elena Macchioni</i>	»	124
6. Innovation from within: il progetto GET – Gruppi di Educazione terapeutica della ASL di Reggio Emilia. Il punto di vista delle famiglie , di <i>Andrea Bassi, Sara Lo Scocco e Marta Fontana</i>	»	224
7. So che c'è una "scatola nera", ma non ne conosco i confini. Riflessioni sulla improbabilità dei servizi socio-sanitari: o della irriducibile complessità della società in cui viviamo (e che non capiamo) , di <i>Riccardo Prandini</i>	»	267

8. Salute, tecnologia e obesità. Un'analisi dei principali interventi , di <i>Veronica Moretti</i>	pag.	352
Appendice con allegati	»	371
Note biografiche sugli autori	»	395

Questo testo presenta i risultati di una ricerca durata due anni. Al suo centro sta il rapporto complesso tra: la corpulenza – intesa come insieme di aspettative sociali inerenti la significazione, circolazione e gestione dei corpi – e la società – intesa come l’operare delle comunicazioni – attivate dai suoi sottosistemi differenziati per funzioni, dalle organizzazioni e nelle interazioni – per “socializzare” quei corpi. La “società della corpulenza” definisce quindi un programma di ricerca ambizioso: trasportare il rapporto tra società e corpulenza su un nastro di Moebius. La società comunica la corpulenza, creando – a partire da un “dato” di realtà bio-fisica – un “fatto sociale totale”; la corpulenza, a sua volta, da mero fatto percepito, si trasforma in un vettore di *performances* sociali che rappresentano, riproducono e in certi momenti criticano la società. L’iterazione società-corpulenza è talmente pervasiva che, nella contemporaneità, prende direzioni imprevedibili e del tutto contraddittorie: dalla vera e propria invenzione della obesità come pandemia globale, alla rivolta delle star afroamericane che rivendicano la loro *curvyness*; dalla esplosione di trattamenti sanitari per motivare a condurre stili di vita salubri, fino al *boom* della chirurgia bariatrica; dalla attribuzione di colpa a famiglie distratte e incapaci di educare i figli, alla accusa nei confronti della “società” obesogena. Questa proliferazione di eventi, significati, *performances*, ci restituisce a sua volta l’immagine di un corpo senza confini e in espansione, dove i valori della libertà e del controllo sono in costante conflitto: una società che si ingrassa comunicativamente, trasformandosi in una metafora dell’obesità.

Il volume è dedicato alla presentazione di una ricerca sul campo, un servizio per l’obesità in età pediatrica che è stato programmato nella città di Reggio Emilia. In seguito a un inquadramento del fenomeno dell’obesità, adulta e infantile, viene presentato il disegno della ricerca. A ciò segue l’analisi di come il territorio abbia incluso il problema nella sua visione di una “buona società” e quali *policies* abbia attivato cercando di ingaggiare e di responsabilizzare i più diversi *stakeholder*. Dopo una riflessione sui programmi nazionali e regionali dedicati alla prevenzione e alla lotta contro l’obesità infantile, seguono le parti dedicate alle culture e pratiche alimentari nelle famiglie e al *design* del servizio con anche una sua prima valutazione critica. La ricerca si conclude con una approfondita riflessione sulle aspettative realistiche (o meno) che si possono riporre su un servizio così complesso come quello studiato. Impreziosisce la riflessione un “carotaggio” sull’utilizzo delle tecnologie rivolte ai bambini nei trattamenti sanitari, un campo che nel prossimo futuro avranno un peso sempre più importante nella comunicazione della obesità.

Il servizio, trasportato sull’anello di Moebius, si trasforma così in una vera e propria “cartina di Tornasole” per capire meglio come è fatta la società in cui viviamo – che leggiamo con lenti ancora inadeguate, di cui sappiamo poco e a cui non siamo del tutto abituati – e che, se volessimo davvero

risolvere i problemi che genera, dovremmo ricostruire da capo. Ma proprio questa prospettiva radicalmente “riformista” – che gode di ottima pubblicità ovunque – è quanto di più inadeguato, inutile e velleitario si possa offrire all’attenzione dei lettori e di pubblici delle nostre società.

Riccardo Prandini

Presentazione

di Riccardo Prandini, Andrea Bassi, Gianluca Maestri, Elena Macchioni e Giulia Ganugi

1. L'indagine che presentiamo nasce nell'ambito del progetto di ricerca europeo intitolato CoSIE – *Co-creation of Service Innovation in Europe*¹. Il progetto CoSIE ha impegnato i ricercatori dei diversi team europei, nella riflessione, consulenza, analisi e valutazione necessari alla realizzazione di dieci progetti pilota². Tali progetti sono tutti finalizzati alla co-creazione di servizi pubblici mediante la cooperazione di attori della Pubblica amministrazione, della società civile e del mondo economico. In particolare, i progetti pilota sono stati pensati per includere gruppi vulnerabili e “difficili da raggiungere”, per affrontare sfide sociali rilevanti e per testare politiche pubbliche innovative rivolte alle diverse fasi del ciclo di vita personale e familiare degli utenti (bambini e giovani, adulti in età lavorativa e persone anziane). I gruppi vulnerabili hanno incluso: immigrati, rom, disoccupati di lunga durata, carcerati, persone che vivono in aree geografiche svantaggiate e persone con particolari problemi di salute. Il progetto CoSIE ha perciò perseguito due obiettivi: i) promuovere il ruolo attivo – nella individuazione delle priorità dei servizi oggetto della sperimentazione – degli utenti finali e delle loro reti di supporto informali; ii) coinvolgere i cittadini nella progettazione collaborativa di servizi pubblici locali³.

Il team di ricerca italiano ha svolto la sua parte collaborando allo sviluppo di un progetto dedicato al problema dell'obesità infantile che rappresenta sempre più un problema di salute pubblica. Il progetto si è radicato nella

¹ CoSIE - *Co-creation of Service Innovation in Europe*. Finanziato nell'ambito del programma Horizon 2020 – Schema di Finanziamento: Innovation Action. Di durata triennale 1/12/2017 – 30/11/2020. Il consorzio è costituito da undici partners accademici e tredici partner non accademici, provenienti da dieci paesi dell'Unione Europea. www.cosie-project.eu.

² Nei seguenti paesi dell'Unione Europea: Estonia, Finlandia, Italia, Olanda, Polonia, Svezia, Spagna, UK, Ungheria.

³ I principali risultati del progetto CoSIE riguardano: 1) un'analisi critica comparata delle definizioni del concetto di co-creazione, 2) l'individuazione e la tipologizzazione delle fasi di realizzazione del processo di co-creazione e 3) la valutazione partecipata del processo di implementazione della co-creazione nell'ambito dei servizi pubblici, anche attraverso l'utilizzo di metodi di visualizzazione innovativi per la condivisione e il trasferimento della conoscenza acquisita.

provincia di Reggio Emilia dove è stato sviluppato un programma per la prevenzione e la gestione dell'obesità infantile dal titolo BMInforma (Bimbi Molto In forma). L'obiettivo del "pilota" è stato quello di rafforzare la collaborazione tra gli *stakeholders* che operano nelle varie aree di prevenzione e trattamento dell'obesità infantile, dentro e fuori i servizi sanitari regionali. Per facilitare l'interazione con le famiglie, gli *stakeholders* si sono impegnati in un lungo ciclo di co-creazione che ha portato alla creazione di una App mobile di servizi indirizzati alla prevenzione dell'obesità e al supporto di sane abitudini di vita e alimentari. In parallelo a questa ricerca-azione, abbiamo voluto approfondire la conoscenza di come le famiglie esperiscono il problema dell'obesità dei loro figli e di come si impegnano nella partecipazione ai servizi e ai trattamenti pensati per motivarli a cambiare stile di vita e di alimentazione. Al centro di questa ricerca stanno due temi: quello del significato e della cultura del cibo, in specifico quello elaborato dalle famiglie entro le loro tradizioni culturali; e quello del rapporto tra gli "stili di vita" famigliari e "le culture organizzative" dei servizi sanitari che dovrebbero aiutare le famiglie e i loro figli a passare da uno stato di malessere a uno di benessere. È il difficile intreccio tra questi due mondi che abbiamo provato ad esplorare.

2. È impossibile ridurre la nutrizione a un fatto meramente biologico. Per vivere le persone ingeriscono delle sostanze nutritive, questa è una verità. Tuttavia, è altrettanto vero che possiamo fare ciò soltanto dopo avere trasformato tali sostanze in alimenti, ovvero in elementi naturali culturalmente elaborati e condivisi nell'ambito di pratiche culturali codificate.

La seconda metà del XX secolo ha significato, almeno per molti europei e americani, l'uscita dalla "scarsità" di cibo. In termini sociali e ambientali, il processo di trasformazione che ha riguardato l'organizzazione stessa della vita quotidiana ha coinvolto culture, strategie, stili e modi con cui guardiamo al cibo e all'alimentazione. Al contempo, i fattori di cambiamento sociodemografico hanno provocato trasformazioni rilevanti nei modi in cui consumiamo il cibo, i quali influiscono direttamente sugli stili di vita. Con la modernità alimentare assistiamo a un proliferare incessante di nuove culture del cibo e a una modificata organizzazione della giornata alimentare, che hanno cambiato l'importanza attribuita alle diverse "scadenze" relative all'assunzione del cibo: ad esempio, l'abitudine al "fuori pasto" si è gradualmente propagata, così come la propria abitazione non sembra più essere il luogo esclusivamente preposto al rituale della convivialità e del pasto famigliare. Non solo, la modernità alimentare ha riguardato anche l'immaginario alimentare, variando valori, gusti, preferenze e significati simbolici del cibo e della sua assunzione – sia essa individuale o collettiva. In modo analogo sono mutate le rappresentazioni del proprio corpo, il modo in cui percepiamo la nostra salute e il suo rapporto con l'alimentazione, così come si è trasformata

la consuetudine con cui ci orientiamo verso i prodotti industriali e, al contempo, la rilevanza che ciascuna persona attribuisce al “cosa” si mangia.

Siamo di fronte quindi a un quadro complesso ed emergente, a una riflessione tutt’altro che omogenea sul cibo e sull’alimentazione, soprattutto se guardiamo alle loro diverse declinazioni: dietetica, etica, critica, estetica, simbolica, psicopatologica, ansiogena, rischiosa, e così via. Attraverso tali declinazioni si comunicano la propria felicità o il proprio disagio, la propria identità o la propria crisi, cibandosi o non cibandosi in una certa modalità al posto di un’altra. In questo senso, il discorso alimentare, nonostante la frammentazione “a più voci”, talvolta anche in evidente contraddizione, emerge culturalmente con una centralità inedita. Questa nuova centralità, attraverso una semantica *giusto/sbagliato*, riconfigura intere prospettive che complessificano ulteriormente il fatto alimentare. Cibo e alimentazione divengono riflessioni che saturano una pleora sempre maggiore di rappresentazioni e pratiche: dal *fitness* al consumo critico, dallo *Slow Food* al *Food-design*, dai disturbi ai rischi alimentari, fino al *Food Porn* e oltre. Certamente, in questa direzione, il sistema dei media e il sistema scientifico hanno stimolato tale emergenza, almeno sotto il punto di vista di una spinta verso una riflessività alimentare difficilmente identificabile altrove. In sintesi, questa inedita centralità del cibo e dell’alimentazione è ormai un tratto tipico della nuova modernità alimentare, almeno nella misura in cui la riflessione sul cibo e sull’alimentazione si sviluppa in modo progressivamente *embedded* all’interno dei più generali processi di modernizzazione.

3. L’obesità, adulta e infantile, si inserisce in questo processo, in una frammentata quanto cacofonica modernità alimentare. Come tale, è infatti una condizione che fino a pochi decenni fa riguardava principalmente i paesi industrializzati ed era strettamente correlata a un elevato tenore socioeconomico. Tuttavia, negli ultimi vent’anni tale condizione è fortemente aumentata anche nei paesi in via di sviluppo. Tale aumento ha spinto l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a riconoscere ufficialmente la natura epidemica globale dell’obesità. Questo accadeva nel 1997. Solo tre anni più tardi, nel 2000, l’umanità si trovò di fronte a una grande svolta di cui era protagonista (in)consapevole. In quell’anno, per la prima volta nella storia, il numero degli adulti in sovrappeso ha superato il numero di quelli in sottopeso. Oggi, da quanto apprendiamo ormai costantemente dalla divulgazione dai dati epidemiologici, l’elevata prevalenza di sovrappeso, obesità e obesità infantile costituisce un grande problema di sanità pubblica a livello mondiale. Non solo l’obesità rappresenta un importante fattore di rischio di malattie croniche, ma se presente in età pediatrica si associa a una più precoce insorgenza di patologie tipiche dell’età adulta. Un recente studio dell’*Imperial College of London* e dell’OMS ha posto in evidenza come il numero di bambini e adolescenti obesi, tra i 5 e 19 anni, è aumentato di 10 volte negli ultimi 40 anni. Se l’obesità riguarda quasi 2 miliardi di persone a livello globale, di

questi circa 41 milioni sono bambini con meno di 5 anni, che vivono in famiglie con fasce di reddito medio-basse. Un impatto pandemico di tale rilevanza, insieme alle sue conseguenze, ha giustificato la necessità di intraprendere interventi urgenti e incisivi per contrastare la diffusione del fenomeno. Tali interventi sono stati effettuati attraverso un grande investimento nella prevenzione e nel coinvolgimento attivo di sottosistemi della società anche esterni al sistema sanitario, sia istituzionali, sia della società civile, attraverso strategie e piani d'azione. In un *framework* complesso di evidenze scientifiche ed epidemiologico, l'obesità è passata dall'essere una condizione dell'individuo a una malattia personale. Non solo, essa viene valutata anche come il risultato di una molteplicità di fattori ambientali e socioeconomici in grado di condizionare le abitudini alimentari e gli stili di vita di adulti e bambini, aumentando la diffusione epidemica. Inoltre, sempre più spesso si assegna all'insorgenza dell'obesità infantile una genesi multifattoriale. Essa è il risultato dell'interazione tra un'eccessiva e/o cattiva alimentazione e una ridotta attività fisico-motoria, che si possono sommare a fattori di tipo genetico-familiare. Numerosi studi clinici prospettano che l'obesità infantile costituisce un fattore predittivo dell'obesità in età adulta. Le istituzioni sovranazionali che si occupano dell'epidemia di obesità spesso offrono soluzioni mediante approcci "coraggiosi", mediante cui si può vincere la "guerra" contro l'obesità e l'obesità infantile: gli strumenti indicati vanno dalle politiche dei prezzi alle restrizioni di *marketing* – in particolare nella sfera digitale – dal cibo scolastico migliore a una maggior attività fisica dentro e fuori le scuole. Al contempo, viene enfatizzata l'importanza di un approccio processuale che stimoli l'implementazione di politiche "innovative" volte a promuovere stili di vita sani per tutta la famiglia, al fine di migliorare la salute e il benessere. Infatti, istituzioni ed esperti sembrano convergere sul fatto che molti fattori "ambientali" giocano un ruolo determinante nella diffusione dell'obesità, sia per gli adulti, sia per i bambini. Queste considerazioni trovano una loro concretizzazione nell'idea di "ambiente obesogenico", che include, tra gli altri, i seguenti elementi: meccanizzazione e automazione dei processi produttivi, struttura della mappa urbana, presenza diffusa di supermercati, di bar e di *fast-food*, disponibilità crescente di cibi pronti e spesso consumati fuori casa. In questo ambiente, a ragion veduta (o a ragione da rivedere), entra di fatto anche la famiglia.

4. Il fenomeno dell'obesità infantile tende a essere letto progressivamente attraverso l'importanza cruciale della cultura della famiglia, dove i significati, le semantiche e le rappresentazioni del cibo e dell'alimentazione sono trasmesse, condivise e negoziate, in particolare all'interno delle relazioni tra genitori e figli. Se la famiglia è il luogo privilegiato di apprendimento dell'educazione alimentare, ciò vuol dire che genitori attenti alla cura delle abitudini a tavola e all'attività fisica dei figli avranno bambini (e in futuro adulti) attenti al cibo e, soprattutto, in salute. Questo, almeno, sulla carta. In

sintesi, e in ragione di quanto detto, o si attribuisce la responsabilità dell'obesità e dell'obesità infantile a elementi interni ai diversi sottosistemi sociali, oppure la si attribuisce all'ambiente esterno.

Da questa consapevolezza polarizzante sono emersi una serie di interrogativi che hanno animato la ricerca che qui presentiamo. Tali interrogativi, declinati dal punto di vista della sociologia della cultura, hanno intrecciato gli aspetti salienti del cibo e dell'alimentazione nella modernità alimentare con la nuova emergenza dell'obesità infantile. In particolare, abbiamo privilegiato tre ambiti particolarmente sensibili in relazione a quanto descritto finora: la famiglia, il territorio e i servizi sanitari per la prevenzione all'obesità infantile.

Rispetto a tali ambiti abbiamo sollevato diversi interrogativi: qual è il ruolo svolto dalle rappresentazioni del cibo e dalle pratiche alimentari quotidiane delle famiglie nel creare un rischio di salute per il bambino? Quali sono quelle semantiche del cibo attorno alle quali si orientano e modificano i comportamenti alimentari? Qual è la relazione tra i nuovi *lifestyles* della famiglia e gli *habitus* alimentari trasmessi di generazione in generazione? Più ampiamente, guardando all'ambiente obesogenico esterno alla famiglia, qual è il ruolo svolto dai territori nell'individuazione di *policies* complesse che articolano questioni legate al cibo e agli stili di vita? Quali sono le caratteristiche dei servizi sanitari che si prendono cura dei cittadini con problemi di *management* del peso? E quali relazioni si generano fra le famiglie a "rischio alimentare" e i *design* più innovativi dei servizi rivolti all'obesità infantile? Queste sono solo alcune delle domande che hanno orientato la nostra ricerca e che hanno mosso le diverse prospettive articolate nei capitoli che compongono il presente volume.

Il presente testo è dedicato a uno studio di caso: si tratta del progetto sperimentale avviato nella città di Reggio Emilia, denominato GET - *Gruppi di Educazione Terapeutica*, presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale Santa Maria Nuova. Il progetto viene analizzato attraverso diverse prospettive che permettono di osservare il fenomeno dell'obesità infantile focalizzandosi sulla cultura e sul ruolo dei differenti attori in gioco: famiglia, territorio e servizi sanitari.

Nel capitolo uno si offre una descrizione introduttiva della portata dell'obesità e dell'obesità infantile guardando ai numeri più recenti di tali fenomeni. La prevalenza dell'obesità è notevolmente aumentata negli ultimi 30 anni. A un tale aumento ha fatto da eco, su scala globale, una vasta produzione di articoli scientifici e di reportistica. Attraverso i paragrafi il lettore verrà introdotto a ciò che viene definita una "epidemia globale", in modo da familiarizzare con le sue caratteristiche salienti e con le realtà in gioco in tale emergenza.

Il capitolo due è dedicato alla descrizione del disegno della ricerca empirica, evidenziandone il contesto, gli obiettivi e gli strumenti di rilevazione introdotti dai diversi ricercatori.

Il capitolo tre si interroga sulla possibilità che la città di Reggio Emilia possa rappresentare un esempio di Sistema Locale territoriale del cibo, utile a regolamentare le politiche della città in materia di alimentazione e sani stili di vita, grazie alla rete di attori territoriali – *stakeholder* pubblici, privati e di Terzo Settore – coinvolti. I risultati mostrano che, seppure non si sia costituita una rete che sviluppi politiche intersettoriali, la capacità di interazione e auto-organizzazione attivata e la costituzione di una prima rete di attori locali formalmente istituita potrebbero aver posto le basi per la nascita di un potenziale sistema dinamico di relazioni intersoggettive.

All'interno del capitolo quattro si riflette sull'eccesso di peso che può essere contrastato già dalla prima infanzia e poi lungo tutto il corso della vita. Le misure suggerite e adottate per contrastare il sovrappeso e l'obesità in età pediatrica in particolar modo sono semplici: dieta sana e movimento. A partire dal modello di promozione della salute di Tannahill e adottando l'approccio della *sociologie pour l'obesité* di Poulain, il capitolo si concentra nella prima parte sugli strumenti di contrasto – e sorveglianza – dell'eccesso di peso in età pediatrica in Italia a livello nazionale prima e a livello locale poi, in particolare attraverso l'analisi dei Piani di Prevenzione Regionali. Nella seconda parte vengono analizzati i progetti locali e regionali di contrasto al sovrappeso e all'obesità in età pediatrica che sono stati caricati sulla banca dati nazionale Pro.Sa.

Il capitolo cinque propone un'analisi della cultura del cibo tra genitorialità e stili di vita, in particolare rivolgendosi ai legami e alle semantiche familiari che organizzano la vita quotidiana. La famiglia si configura come il luogo dove si acquisiscono abitudini che si mantengono per la vita e dove l'alimentazione diviene una rappresentazione complessa, attraverso cui esprimere, condividere e trasmettere emozioni e aspettative, conflitti e pratiche di cura nelle loro ambivalenze. Gli autori mettono in evidenza i possibili legami tra l'obesità infantile e gli stili di vita genitoriali muovendosi tra i concetti di *habitus* e campo familiare. In questo modo viene messo a tema il rapporto tra le strutture sociali e i vissuti delle persone in un modo biunivoco: le une influiscono sulle altre e viceversa, in modo continuo. Tra generi e generazioni gli autori ci conducono nella realtà dell'esperienza quotidiana familiare, un contesto fondamentale per la formulazione di *habitus* alimentari, che divengono l'elemento centrale della riproduzione sociale e culturale.

Nel capitolo sei vengono presentati e commentati i risultati della rilevazione empirica concernenti le opinioni e il vissuto delle famiglie in merito al progetto sperimentale GET - *Gruppi di Educazione Terapeutica*, realizzato presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. La prima parte del capitolo è dedicata alla presentazione della genesi,

dei fondamenti teorici, del disegno progettuale, della struttura organizzativa e delle fasi di realizzazione della sperimentazione. La seconda parte riporta e analizza le risposte del campione di famiglie intervistate e vengono illustrate le risposte in merito a quattro nuclei tematici: a) approccio all'obesità; b) esperienza del percorso terapeutico; c) esperienze pregresse di rapporto con i servizi; d) valutazione complessiva dell'esperienza. La terza parte contiene considerazioni di sintesi con indicazioni operative utili al fine di prevedere aggiustamenti nell'organizzazione del servizio in vista di una sua futura implementazione al termine della fase sperimentale.

Nel capitolo sette si tenta di dare conto dei problemi che riguardano il rapporto tra famiglie e servizi sociosanitari nella consapevolezza che si tratta di connettere due mondi che costruiscono la realtà in modo diverso e autonomo. La numerosità sempre "irritante" dei *dropout* e dell'*attrition* nei servizi è solo il sintomo di un problema più nascosto. Ne deriva una modalità di osservazione critico-riflessiva che vorrebbe "straniare" il lettore rispetto al "dato per scontato": che i servizi davvero possano "riparare" i pazienti. Tale straniamento vorrebbe essere propedeutico a un maggior realismo rispetto al tema e, quindi, a indirizzare l'attenzione dei lettori verso un modo di pensare meno scontati.

Il capitolo otto si concentra in modo euristico sul rapporto tra obesità, infantile e adolescenziale, e l'utilizzo del *digital*. Negli ultimi decenni, la proliferazione delle tecnologie e di nuovi dispositivi digitali sempre più piccoli e performanti ha trasformato radicalmente la relazione tra gli individui e la possibilità di "stare in salute", conquistando in tal senso un terreno di studi scientifici fervido e movimentato. Sono presentate dall'autrice alcune delle principali iniziative volte a contrastare l'obesità infantile attraverso il potenziale tecnologico: l'utilizzo di *app*, *social network*, servizi di *e-mail* e siti internet. Il capitolo avanza proposte sperimentali sul ruolo che il *digital* è in grado di ricoprire nella sfera dell'*healthcare* e in particolare rispetto al fenomeno dell'obesità infantile, senza tuttavia dimenticare i profondi paradossi sociali del "soluzionismo tecnologico".

1. Sovrappeso, obesità e obesità infantile. Un'introduzione “numerica” a una epidemia globale

di Gianluca Maestri

1. Obesità e sovrappeso

Sovrappeso e obesità si possono definire secondo la *World Health Organization* (WHO) come un accumulo di grasso anormale o eccessivo, che presenta un rischio per la salute. Tali condizioni possono portare effetti negativi sulla salute, con una conseguente riduzione dell'aspettativa di vita (WHO, 2019, 2013b; 2007; 2000; IOTF, 2013). Un Indice di Massa Corporea (BMI – *Body Mass Index*) superiore a 25 è considerato sovrappeso, mentre superiore a 30 è considerato obeso¹. A essere importante è il punto in cui aumenta il rischio per la salute, perché i pesi corporei e le distribuzioni di grasso che portano all'espressione di malattie co-morbide si verificano a soglie diverse a seconda della popolazione (Must, Evans, 2011; Purnell, 2018; Ogden *et al.* 2007, Adair, Pleatman, 2008; Sbraccia, Finer, 2020; Encyclopedia of Obesity, 2008; Jialin, Zeng, 2020; Yusuf *et al.* 2005; Bosello, Cuzzolaro, 2013)².

Secondo la WHO sovrappeso e obesità sono cresciuti fino a raggiungere proporzioni epidemiche: al 2017 oltre 4 milioni di persone muoiono ogni anno a causa del sovrappeso o dell'obesità. I tassi di tali condizioni continuano a crescere sia negli adulti, sia nei bambini. Dal 1975 al 2016 la prevalenza di bambini e adolescenti in sovrappeso o obesi, di età compresa tra 5 e 19 anni, è aumentata di oltre quattro volte – dal 4% al 18% a livello globale (NCD-RisC, 2017).

L'obesità rappresenta un lato del cosiddetto *double burden of malnutrition* (DBM). Ciò è caratterizzato dalla coesistenza di sottanutrizione assieme a sovrappeso, obesità o *Noncommunicable diseases* legate all'alimentazione: a

¹ D'ora in poi abbreviato in BMI.

² La definizione di obesità della *Obesity Medicine Association* (cfr. Bays *et al.* 2020) parla di «una malattia neuro-comportamentale cronica, recidivante, multifattoriale, in cui un aumento del grasso corporeo favorisce la disfunzione del tessuto adiposo e forze fisiche anormali della massa grassa, con conseguenti conseguenze negative sulla salute metabolica, biomeccanica e psicosociale».

causa della rapidità dell'evoluzione dei sistemi alimentari sempre più persone sono esposte alle due forme di malnutrizione nelle diverse fasi di vita³.

Nel contesto di un panorama nutrizionale globale in evoluzione, influenzato dalla crescita economica e del reddito, dall'urbanizzazione, dal cambiamento demografico e dalla globalizzazione, l'epidemiologia legata all'alimentazione ha subito un cambiamento significativo negli ultimi decenni (Popkin *et al.* 2019). Le complesse questioni dell'obesità, della sotto-nutrizione e del cambiamento climatico sono state recentemente inquadrare come una «*global syndemic*», definita come due o più stati patologici che interagiscono negativamente tra loro per influenzare la traiettoria di ciascuna malattia (Kleinert, Horton, 2019).

L'obesità e la denutrizione condividono fattori sociali e politici di fondo che sono comuni e che richiedono approcci sistemici trasformativi per poterli affrontare. Ad esempio, si è osservato che l'obesità e il cambiamento climatico sono entrambi guidati dall'elevato consumo di fonti di energia a basso costo (cibo e combustibili fossili), da sistemi di trasporto orientati alle automobili e da sistemi economici che promuovono un consumo eccessivo e insostenibile.

Se in precedenza sovrappeso e obesità erano considerati problemi riguardanti solo i paesi ad alto reddito, ora sono in forte aumento nei paesi a basso e medio reddito, in particolare negli ambienti urbani. Si pensi al fatto che un grande numero di bambini in sovrappeso o obesi vive nei paesi in via di sviluppo, dove il tasso di aumento è stato di oltre il 30% superiore a quello dei paesi sviluppati (Ng *et al.* 2014; Lim *et al.* 2012).

L'obesità non costituisce solo un fattore di rischio per sviluppare altre patologie, ma possiede caratteristiche intrinseche che permettono di considerarla già di *per sé* una malattia, anche se su questo aspetto vi è un dibattito tutt'ora aperto (Bosello, Cuzzolaro, 2013). In questo senso, essa è causata nella maggior parte dei casi da stili di vita scorretti: da una parte, un'alimentazione errata e ipercalorica, mentre, dall'altra, un ridotto dispendio energetico a causa di inattività fisica (McAllister *et al.* 2009).

Lo stile di vita sempre più sedentario rappresenta uno dei fattori principali che portano all'obesità. Infatti, sia nella popolazione pediatrica, sia in quella adulta, è stata dimostrata una correlazione fra le ore trascorse davanti alla televisione e il rischio di obesità (European Commission, 2018; 2014; Council on Communications and Media, 2011; Jordan, 2019; Strasburger, Wilson, Jordan, 2009; Viner, Cole, 2005; Cumming *et al.* 2019; Kim *et al.* 2019; Guo *et al.* 2019; Christofolletti *et al.* 2019; Katzmarzyk *et al.* 2019;

³ Cfr. <https://www.who.int/nutrition/double-burden-malnutrition/en/> Il Global Nutrition Report 2017 ha rivelato che sull'88% dei Paesi gravano tre “fardelli” della malnutrizione: denutrizione, carenza di micronutrienti o sovrappeso/obesità.

Gray, Messer *et al.* 2018; Kohorst, 2018)⁴.

Secondo una recente indagine sponsorizzata dalla Commissione Europea, *Eurobarometro – Sport and physical activity*, l'Italia si colloca al quarto posto nella classifica dei più sedentari d'Europa, con il 60% della popolazione che non pratica mai attività fisica – definita dalla WHO come «ogni movimento del corpo generato dai muscoli scheletrici che richieda un dispendio di energia» (European Commission, 2014; 2018). Per tale indagine la mancanza di attività fisica è responsabile di 3,2 milioni di morti all'anno (cfr. WHO, 2014a; WHO 2014c). Dal 2000 la WHO ha inserito nella definizione di obesità una relazione evidente di tale condizione a una maggiore mortalità e morbilità (cfr. NHLBI, 1998; Garrow, 1988; Kyrou *et al.* 2018), come evidenziato precocemente da diversi studi clinici (cfr. de Lusignan *et al.* 2006; Heitmann *et al.* 2004; Calle *et al.* 2003; Peeters *et al.* 2003; Visscher *et al.* 2001; Seidell *et al.* 1999; Rissanen *et al.* 1990).

Un ampio *corpus* di evidenze medico-scientifiche documenta gli effetti di una regolare attività fisica sulla salute, tra cui la riduzione della mortalità per tutte le cause, la mortalità cardiovascolare e la morbilità (inclusa la malattia coronarica), nonché i rischi di cancro al colon e al seno e diabete di Tipo 2 (Seidell, 1997; Field *et al.* 2001; van Dam *et al.* 2001; Kyrou *et al.* 2018). Queste conoscenze fondate sull'evidenza scientifica hanno trasmesso, anche al grande pubblico, raccomandazioni riguardo la propria salute e la forma fisica. Dalla fine del XX secolo, infatti, l'obesità è sempre più associata a un aumentato rischio d'insorgenza di diverse patologie:

- metaboliche: ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete mellito, sindrome metabolica;
- vascolari: ictus cerebrali, infarto del miocardio;
- gastrointestinali: reflusso esofageo, colestitiasi, pancreatite, epatopatia;
- respiratorie apnee, insufficienze respiratorie;
- oncologiche: maggior incidenza di tumori (utero, prostata, colon, pancreas, rene, mammella in post-menopausa) e peggioramento della prognosi;
- osteoarticolari: osteoporosi, artrosi, iperuricemia, gotta;
- psicologiche: depressione, bassa autostima, problematiche relazionali.

Considerata la portata globale del fenomeno, le ricerche epidemiologiche offrono le informazioni necessarie attraverso lo studio statistico della frequenza, della distribuzione e dell'andamento nel tempo dell'obesità e dell'obesità infantile (cfr. Hu, 2008). Una condizione preliminare indispensabile per poter condurre studi e monitoraggi epidemiologici attendibili, ma

⁴ Nel maggio 2004 la WHO ha adottato la *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. La strategia descrive le responsabilità delle persone coinvolte e fornisce raccomandazioni per comportamenti e azioni dirette ai principali stakeholders, tra cui Stati membri, partner internazionali, società civile, ONG e settore privato.

soprattutto confrontabili, è che i criteri di riconoscimento della malattia in esame siano definiti in modo non ambiguo e che gli stessi criteri siano adottati da tutti i ricercatori (James, 2019). La diagnosi di obesità⁵, in particolare quella usata nella maggior parte delle indagini epidemiologiche, si basa oggi sul BMI⁶.

Tab. 1 – Classificazione BMI con cut-off points addizionali

Classification	BMI (kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 – 16.99	16.00 – 16.99
Mild thinness	17.00 – 18.49	17.00 – 18.49
Normal range	18.50 – 24.99	18.50 – 22.99
		23.00 – 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 – 29.99	25.00 – 27.49
		27.50 – 29.99
Obese	≥ 30.00	≥ 30.00
Obese class I	30.00 – 34.99	30.00 – 32.49
		32.50 – 34.99
Obese class II	35.00 – 39.99	35.00 – 37.49
		37.50 – 39.99
Obese class III	≥40	≥40

⁵ Il criterio diagnostico che ha definito gli eccessi ponderali e ha consentito inchieste sull'incidenza (numero di casi nuovi per anno), sulla prevalenza (numero di casi attivi in un certo momento), sulla distribuzione e sull'andamento nel tempo dell'obesità non è stato sempre il BMI. In precedenza, sono stati utilizzati altri metodi, più o meno sovrapponibili tra loro, come il peso ideale, le pliche cutanee e diverse versioni del rapporto peso/statura.

⁶ Idealmente, un sistema di classificazione dell'obesità avrebbe le seguenti caratteristiche: prevederebbe con precisione il rischio per la salute (prognosi) e potrebbe essere utilizzato per assegnare strategie e obiettivi di trattamento. Le misure più accurate del grasso corporeo (la componente principale del peso corporeo responsabile di esiti avversi) come la *underwater weighing*, la *dual-energy x-ray absorptiometry* (DEXA), la tomografia computerizzata (CT) e la risonanza magnetica (MRI) sono poco pratiche per l'uso negli incontri clinici quotidiani. Le stime del grasso corporeo, compreso l'indice di massa corporea (BMI) e la circonferenza della vita presentano limitazioni rispetto a questi metodi di *imaging*, ma forniscono comunque informazioni pertinenti e sono facilmente implementati in una varietà di *setting* pratici.

Solo alla fine del secolo scorso, su proposta dell'IOTF – *International Obesity Task Force*, la WHO ha stabilito che il calcolo del BMI doveva essere il metodo universale di riconoscimento dell'obesità e ha fissato i punti di *cut-off* tutt'ora in vigore: 18,5, 25 e 30 (WHO, 1998; 2015; Nuttall, 2015). Ciò significa che l'adozione di un criterio semplice e condiviso ha giovato agli studi epidemiologici e, in particolare, a quelli di epidemiologia comparata⁷. Tale indice si calcola dividendo il peso corporeo espresso in chilogrammi per il quadrato della statura espressa in metri. Secondo il BMI, una persona può essere classificata come si può osservare nella tab. 1.

Una persona con un BMI di 30 o più è generalmente considerata obesa. Una persona con un BMI uguale o superiore a 25 è considerata in sovrappeso. Va osservato che l'obesità è causata da fattori biologici, per almeno un 30% genetici, e da altri fattori psicologici e socio-ambientali. Certo, come abbiamo visto, l'eccesso ponderale è generalmente attribuito a uno squilibrio fra assunzione calorica e spesa energetica, a favore della prima. In sostanza, si mangia di più di quello che si dovrebbe, come documentato dalle ricerche più recenti. Tuttavia, uno degli orientamenti più recenti è di considerare l'obesità come una malattia a eziologia multifattoriale, in cui si distinguono molteplici fattori (Hruby, Hu, 2015; Chooi, Ding, Magkos, 2019):

fattori genetici: la ricerca scientifica è da tempo concentrata sullo studio della genetica dell'obesità nonché sui meccanismi di regolazione dell'appetito e del metabolismo energetico. È probabile che esistano fattori genetici combinati in grado di favorire o meno la capacità di perdere peso e di mantenerlo basso; i casi attualmente conosciuti di vera e propria eredità genetica dell'obesità sono rari;

fattori socio-ambientali e sedentarietà: la causa più frequente dell'obesità e del sovrappeso è uno squilibrio energetico fra le calorie introdotte con l'alimentazione e quelle consumate; in genere si associa un aumento dell'introduzione di cibi calorici ricchi di grassi e zuccheri e una riduzione dell'attività fisica in parte legata alla sempre maggiore sedentarietà.

fattori psicologici: spesso esistono forme patologiche di iperalimentazione che possono essere favorite da stress o da disturbi dell'emozionalità. In alcuni casi sono presenti dei veri e propri disturbi del comportamento alimentare quali la sindrome da alimentazione notturna e alcune forme di consumo compulsivo di cibo (*binge eating*, ecc.);

cause farmacologiche: alcuni farmaci possono contribuire allo sviluppo dell'obesità aumentando la fame, riducendo il metabolismo energetico o stimolando la proliferazione delle cellule adipose. Tra le classi farmacologiche più frequentemente coinvolte vi sono gli antidepressivi e i corticosteroidi;

⁷ Come conseguenza meno attesa la “volgarizzazione” del peso ideale prima e delle classi di BMI in seguito ha trasformato tali indicazioni statistiche in un aspetto fondante lo stigma sociale dell'obesità (Poulain, 2009).

cause endocrino-metaboliche: esistono alcune rare malattie ormonali che possono determinare obesità, come ad esempio condizioni di eccessiva produzione di cortisolo;

danni cerebrali: esistono condizioni molto rare in cui danni cerebrali nella zona dell'ipotalamo (regione del cervello coinvolta nella regolazione dell'appetito) possono portare all'obesità.

2. L'obesità in una prospettiva globale. Tra "epidemia" e "contagio"

Nei paragrafi che seguiranno descriveremo la portata del fenomeno in questione guardando ai suoi numeri e alla sua crescita. Infatti, la prevalenza dell'obesità è notevolmente aumentata negli ultimi 30 anni. A un tale aumento ha fatto da eco, su scala globale, una vasta produzione di articoli scientifici, di reportistica, ma anche di "materiale grigio", come ad esempio rapporti tecnici, rapporti di ricerca, pubblicazioni interne a organizzazioni (pubbliche o private), atti e *abstract* di congressi. Il lettore potrà confrontarsi, per quanto possibile, con esempi di tale produzione e, al contempo, con le diverse istituzioni (e sigle) che a diverso grado si sono occupate del fenomeno obesità. Anche alla luce di ciò, l'obiettivo di questi prossimi paragrafi è tracciare un ritratto che introduca all'entità del fenomeno e alle sue caratteristiche salienti, in modo da familiarizzare con le realtà in gioco di un fenomeno tanto ampio quanto emergente.

A maggio 2012 la WHO ha indicato sinteticamente cinque fatti *chiave* riguardo l'epidemia di obesità:

- 1) Nel 2008, gli adulti di età pari o superiore a 20 anni sovrappeso e obesi ($BMI \geq 25$) erano più di 1,4 miliardi. Di questi erano obesi ($BMI \geq 30$) più di 200 milioni di uomini e quasi 300 milioni di donne. Pertanto, più di un adulto su dieci è obeso.
- 2) Il numero delle persone attualmente obese nel mondo è più che raddoppiato rispetto al 1980.
- 3) Il 65% della popolazione mondiale vive in paesi dove sovrappeso e obesità uccidono, ormai, più della malnutrizione.
- 4) Nel 2010 più di 40 milioni di bambini sotto i 5 anni erano già sovrappeso o obesi.
- 5) La prevenzione dell'obesità è possibile.

Già osservando tali fatti comprendiamo distintamente la notevole portata numerica dell'epidemia di obesità.

L'*Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) ha offerto una valutazione su larga scala del fenomeno dell'obesità nel mondo. Fino al 1980 i tassi di prevalenza dell'obesità erano quasi dappertutto inferiori al 10%, mentre nei trent'anni seguenti si sono raddoppiati, o triplicati, in varie nazioni del mondo. Il tasso di prevalenza di obesità più basso

riguardava la Corea (3,8%), mentre il più elevato gli Stati Uniti (33,8%) (Sassi, 2010).

Cosa ci dicono i numeri più recenti? Se guardiamo al report *The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention* (OECD, 2019), in 34 paesi su 37 dell'OCSE, più della metà della popolazione è in sovrappeso e quasi 1 persona su 4 è obesa. Tale condizione, secondo le stime, nei prossimi trenta anni potrebbe riguardare 92 milioni di cittadini – obesi o con malattie correlate al sovrappeso⁸. A questo va aggiunto una riduzione della speranza di vita di 3 anni entro il 2050. Dall'analisi dei costi economici, sociali e sanitari legati all'eccesso ponderale della popolazione di 52 Paesi – tra cui i paesi dell'area dell'OCSE, Unione europea, UE28 e i Paesi del G20 – emerge che i paesi spendono, mediamente, l'8,4% del bilancio del sistema sanitario per curare le malattie legate al sovrappeso e che, in media, il sovrappeso è responsabile del 71% di tutti i costi delle cure per il diabete, del 23% dei costi delle cure per le malattie cardiovascolari e del 9% dei costi delle cure per i tumori. Nei paesi dell'OCSE i tassi medi di obesità negli adulti sono aumentati dal 21% nel 2010, al 24% nel 2016⁹. Dal rapporto emerge che ridurre del 20% il contenuto calorico negli alimenti ad alta intensità energetica, come patatine e dolci, potrebbe evitare oltre 1 milione di casi di malattie croniche all'anno, in particolare quelle cardiache. Inoltre, le iniziative rivolte a tutta la popolazione – come cibo e menu che mostrano informazioni nutrizionali, insieme a campagne mediatiche mirate – potrebbero portare a guadagni tra 51.000 e 115.000 anni di vita all'anno fino al 2050, nei 36 paesi inclusi nell'analisi.

Da questa prospettiva è interessante osservare la ricerca di Finucane e colleghi (2011). Tale studio è un importante contributo nella comprensione dell'obesità, perché ha osservato le variazioni regionali, nazionali e globali del BMI medio della popolazione adulta di 199 paesi per circa 9,1 milioni di soggetti adulti (età ≥ 20 anni), a partire dal 1980. Tra quest'ultima data e il 2008, il BMI medio, a livello mondiale, è aumentato di circa mezzo punto per decade, sia per gli uomini, sia per le donne. Nello studio gli Stati Uniti

⁸ Si noti che, in questa prospettiva, molti degli studi epidemiologici sono anche impegnati nell'osservazione della tendenza alla stabilizzazione dei tassi di prevalenza dell'obesità. Ad esempio, negli Stati Uniti l'ipotesi di una tendenza alla stabilizzazione dei tassi di prevalenza dell'obesità giovanile ha trovato conferma in alcuni stati, ma in molti altri no. In Minnesota confrontando i dati del 1999 con quelli del 2010 si riscontrò che la prevalenza dell'obesità era aumentata fra i ragazzi, ma non fra le ragazze e che le differenze legate all'etnia erano rilevanti: negli afroamericani la prevalenza era salita dal 14,4 al 21,5% e negli ispanici dal 19,7 al 33,6% (Neumark-Sztainer *et al.* 2012).

⁹ In particolare, il report indica che i paesi dell'OCSE spendono l'8,4% del loro bilancio sanitario complessivo per la cura delle malattie legate all'obesità. Ciò equivale a circa 311 miliardi di dollari, 209 pro capite all'anno. L'obesità è responsabile del 70% di tutti i costi di trattamento del diabete, del 23% per le malattie cardiovascolari e del 9% per i tumori.

rappresentano il paese guida, sia per numero di persone in eccesso ponderale, sia per l'attenzione alla sorveglianza epidemiologica continua del fenomeno¹⁰.

Anche alla luce di numeri così elevati la WHO ha coniato il termine *globesity*, proprio per sottolineare la grave minaccia causata dall'eccessivo aumento del peso corporeo degli esseri umani nel mondo¹¹. L'obesità, posizionata all'altra estremità della scala della malnutrizione, è infatti uno dei problemi di salute pubblica più visibili. Eppure, osservando le stime internazionali, essa sembra rappresentare anche uno dei problemi più trascurati.

Dal documento congiunto *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018. Building climate resilience for food security and nutrition* (2018) – siglato da FAO, IFAD, UNICEF, NICEF, WFP, WHO – emergono prospettive altrettanto critiche: al 2017, nel mondo, 821 milioni di persone (circa 1 su 9) soffrivano la fame, mentre 672 milioni (circa 1 su 8) erano obesi. I dati indicano un quadro particolarmente grave in età pediatrica. A livello globale, 150,8 milioni di bambini sotto i 5 anni di età (22,2%) hanno subito un arresto della crescita per denutrizione, mentre 50,5 milioni (7,5%) sono sottopeso. Peraltro, 38,3 milioni di bambini sotto i 5 anni di età (5,6%) sono in sovrappeso. Inoltre, è bassa (40,7%) la percentuale di bambini sotto i 6 mesi con allattamento esclusivo al seno ed è alta (32,8%) quella di donne in età fertile con anemia. Questa situazione pone le basi per lo sviluppo delle malattie croniche non trasmissibili, con il loro carico di morbosità e mortalità nel corso della vita delle persone. Inoltre, il documento richiama alla necessità di interventi per garantire l'accesso al cibo e interrompere la malnutrizione mediante politiche sanitarie particolarmente attente ai gruppi più vulnerabili: neonati, bambini, ragazze adolescenti e donne. Anche per questi motivi, il documento evidenzia il peso della disponibilità di cibo e delle pratiche alimentari contemporanee come fattori di rischio per la salute nel mondo, mostrando conseguenze molto variabili ma comunque rilevanti – da una parte di denutrizione, dall'altra di sovrappeso e obesità. Il fatto che il documento metta in evidenza il ruolo della disponibilità di cibo e delle pratiche alimentari come possibili fattori di rischio per la salute nel mondo è di notevole importanza. Infatti, tale documento attiene al monitoraggio dell'obiettivo 2 *Zero Hunger* dell'agenda nelle Nazioni Unite per lo Sviluppo Sostenibile. Nel 2015 la comunità mondiale ha adottato 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile per migliorare la vita della persone entro il 2030. Se l'obiettivo 2 si sostanzia in un impegno a porre fine alla fame, raggiungere la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere l'agricoltura sostenibile, esso comprende anche un sotto-obiettivo che si prefigge di sradicare la malnutrizione in tutte le sue forme. Infatti, la qualità

¹⁰ I dati diffusi nel 2012 e nel 2017 dal CDC (*Center For Disease Control and Prevention*) hanno segnalato che in 10 stati della nazione una persona su tre è obesa e in tutti gli altri lo è almeno una persona su cinque (cfr. Hales *et al.* 2017; Ogden *et al.* 2015).

¹¹ Si noti che il termine è oggetto di forti controversie.

dell'alimentazione è importante tanto quanto la quantità. L'obiettivo 2 comprende inoltre aspetti economici, tra cui il raddoppiamento della produttività agricola e del reddito dei piccoli agricoltori entro il 2030 – l'incremento della produzione alimentare non può andare a scapito dell'ambiente.

Come abbiamo visto, la prevalenza mondiale di sovrappeso e obesità è raddoppiata dal 1980, tanto che quasi un terzo della popolazione mondiale è ora classificata come sovrappeso o obesa. È interessante notare che i tassi di obesità sono aumentati in tutte le età e in entrambi i sessi, indipendentemente dalla località geografica, dall'etnia o dallo stato socioeconomico. Tale tendenza è stata simile tra le regioni e i paesi, sebbene i tassi di prevalenza assoluta di sovrappeso e obesità variassero ampiamente. Per alcuni paesi sviluppati, i tassi di prevalenza dell'obesità sembrano essersi stabilizzati negli ultimi anni¹².

Da queste prospettive è chiaro perché l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale: da un lato, la sua prevalenza è in costante e preoccupante aumento, non solo nei paesi occidentali, ma anche in quelli a basso-medio reddito, dall'altro, essa è un importante fattore di rischio per diverse malattie croniche (Visscher, Seidell, 2001). Si stima che il 44% dei casi di diabete tipo 2, il 23% dei casi di cardiopatia ischemica e fino al 41% di alcuni tumori sono attribuibili all'obesità e al sovrappeso. In totale, sovrappeso e obesità rappresentano il quinto più importante fattore di rischio per mortalità globale e i decessi attribuibili all'obesità sono almeno 2,8 milioni/anno nel mondo (cfr. Nicolucci *et al.* 2015).

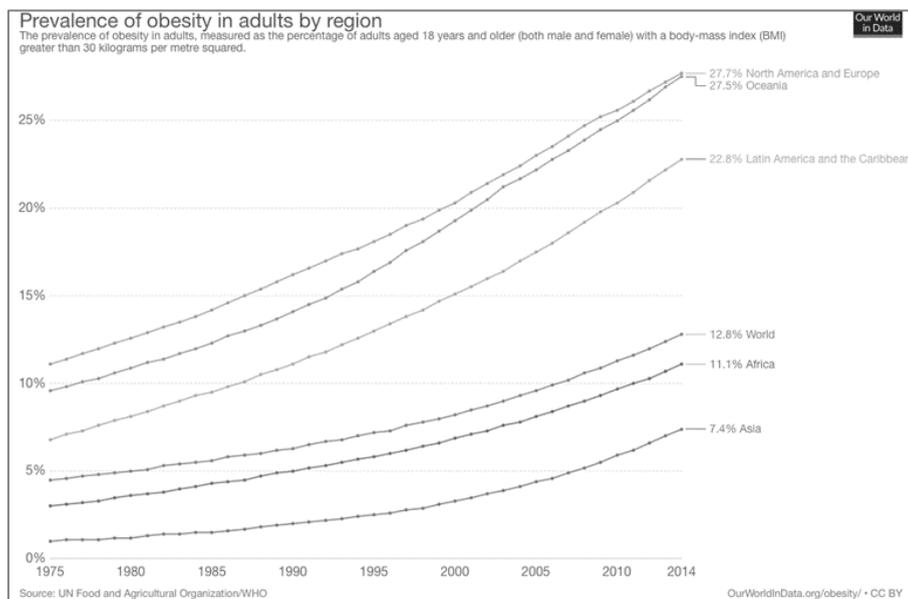
Come emerge dalla letteratura scientifica, l'epidemia di obesità è un problema globale e non mostra segni di rallentamento significativi, mentre la causa di questa epidemia non è sempre chiara. Le pratiche di *marketing* degli alimenti ad alta intensità energetica e il declino dell'attività fisica sono i presunti responsabili dell'epidemia. Mentre entrambi possono contribuire all'obesità, l'attenzione va posta anche sul fatto della loro indiscussa posizione dominante nei finanziamenti dei programmi di prevenzione pubblica e negli sforzi pubblici più in generale per ridurre l'obesità.

In tal senso, possono essere presi in considerazione anche altri e diversi fattori contribuenti alternativi (putativi) su cui andrebbe portata maggiore attenzione (McAllister *et al.* 2009). Tra questi vi sono: l'evidenza di microrganismi, l'epigenetica, l'aumento dell'età materna, una maggiore fecondità

¹² In questo quadro, va considerato che il BMI viene in genere utilizzato per definire sovrappeso e obesità negli studi epidemiologici. Tuttavia, è uno strumento che possiede una bassa sensibilità e vi è una grande variabilità interindividuale nella percentuale di grasso corporeo per qualsiasi dato valore di BMI, in parte attribuito a età, sesso ed etnia. Ad esempio, gli asiatici hanno una percentuale maggiore di grasso corporeo rispetto ai caucasici per lo stesso BMI. Un maggiore rischio cardio-metabolico è stato anche associato alla localizzazione di grasso in eccesso nel tessuto adiposo viscerale e depositi ectopici (come muscoli e fegato), nonché in casi di aumento del rapporto grasso/massa magra.

tra le persone con maggiore adiposità, l'accoppiamento assortito, il debito di sonno, gli interferenti endocrini, la iatrogenesi farmaceutica, la riduzione della variabilità delle temperature ambientali e gli effetti intrauterini e intergenerazionali. Mentre è stata dimostrata una forte evidenza per quanto riguarda l'aumento di peso indotto da farmaci, altri sono ancora in fase di emergenza. La letteratura suggerisce generalmente di considerare il ruolo di tali fattori eziologici dell'obesità come volano grazie a cui sviluppare strategie globali, specifiche ed efficaci per la prevenzione e il trattamento di questa epidemia mondiale.

Fig. 1 – Prevalenza di obesità negli adulti per regione geografica



L'incidenza dell'obesità è infatti aumentata sostanzialmente dalla metà del XX secolo: anche se un tasso accelerato di aumento sembra essere avvenuto attorno al 1980, almeno negli Stati Uniti (Baskin *et al.* 2005; Ogden *et al.* 2007), l'evidenza suggerisce che l'obesità è aumentata in prevalenza da oltre cento anni (Helmchen, Henderson, 2004). Negli Stati Uniti questo aumento si è verificato in ogni età, razza, sesso e gruppo socioeconomico. Sebbene dati recenti suggeriscano che la prevalenza dell'obesità potrebbe aver iniziato ad asintotizzare in alcuni segmenti degli Stati Uniti (Ogden *et al.* 2008) e in alcune altre popolazioni, non vi sono segnali significativi di diminuzione della prevalenza indicata. L'obesità sembra aumentare non solo negli Stati Uniti, ma anche in tutti i paesi in cui sono disponibili dati dettagliati (Caballero, 2007). Va notato che le ragioni di tale aumento sono state

comprese in modo incompleto ed eterogeneo (cfr. Keith *et al.* 2006; Bray, Champagne, 2005; Eisenmann, 2006; 2003).

Oxford University insieme a *Our World in Data* pubblica in rete diversi grafici interattivi sull'andamento dell'obesità e del sovrappeso negli ultimi quarant'anni nel mondo, nelle varie regioni e nei singoli Paesi (fig. 1).

Sulla base dei dati della FAO e della WHO sull'obesità a livello mondiale si osserva come tra il 1975 e il 2014 si sia passati dal 4,5 al 12,8 per cento. Analizzando i dati sull'obesità per grandi regioni nello stesso intervallo di quarant'anni si rileva che:

- in Asia si è passati dall'1 al 7,4 per cento;
- in Africa dal 3 all'11,1 per cento;
- in America Latina e nei Caraibi dal 6,8 al 22,8 per cento;
- in Oceania dal 9,6 al 27,5 per cento;
- in Europa e in Nord America dall'11,1 al 27,7 per cento.

Utilizzando i dati della WHO, è possibile osservare la crescita della percentuale di adulti obesi nei vari paesi del mondo tra il 1975 e il 2016. Ad esempio, in Italia si è passati dall'8,4 al 19,9 per cento, in Francia dall'8,8 al 21,6 per cento, in Germania dal 9 al 22,3 per cento, nel Regno Unito dal 9,4 al 27,8 per cento, negli Stati Uniti dall'11,9 al 36,2 per cento, in Giappone dall'1 al 4,3 per cento. Osservando l'andamento della percentuale delle persone in sovrappeso, compresi gli obesi, negli stessi paesi e nello stesso intervallo di anni, si rileva che in Italia si è passati dal 41,5 al 64,1 per cento, in Francia dal 40,8 al 62,9 per cento, in Germania dal 41,1 al 62,8 per cento, nel Regno Unito dal 41,9 al 67,2 per cento, negli Stati Uniti dal 41,4 al 70,2 per cento e in Giappone dal 15,3 al 29,4%.

Infine, fra le conseguenze della pandemia di Covid-19 vi è anche la presa di coscienza di quanto le persone che presentano obesità siano maggiormente vulnerabili. Con il sovrappeso e l'obesità i rischi per la salute aumentano e la conferma proviene da uno studio italiano pubblicato su *Obesity Surgery* (Marchesi *et al.* 2021). Lo studio, nato nel momento di massima virulenza del virus, si è posto l'obiettivo di valutare se la chirurgia dell'obesità, già protettiva per le patologie correlate, fosse protettiva anche nei confronti dell'infezione da Covid-19. Confrontando i sintomi della malattia nei pazienti operati da almeno 12 mesi con i sintomi manifestatisi in pazienti obesi in attesa di intervento, si è riscontrato che i pazienti operati hanno contratto forme di infezione più lieve con un minor tasso di ricoveri ospedalieri e un minor ricorso alle terapie intensive.

3. Il posto dell'obesità in Europa

L'eccesso di peso corporeo rappresenta una delle sfide più ardue per la salute pubblica del XXI secolo anche guardando alla WHO *European Region*. Secondo le stime vi sono grandi differenze nella prevalenza del sovrappeso e dell'obesità tra i paesi della Regione e tra i gruppi socioeconomici di quei paesi. Tale variazione mostra l'importanza delle determinanti ambientali e socioculturali della dieta, dell'attività fisica e dello stile di vita (WHO, 2019; 2013a; 2013b; Swinburn *et al.* 2005).

In questa Regione il sovrappeso è responsabile di gran parte del carico totale delle malattie: più di 1 milione di morti e 12 milioni di anni di vita di malattia ogni anno. Tale condizione colpisce il 30–80% degli adulti, mentre l'obesità riguarda il 10-30% degli adulti. Circa il 20% dei bambini e degli adolescenti sono in sovrappeso, mentre un terzo di questi sono obesi. La prevalenza dell'obesità sta aumentando rapidamente e dovrebbe includere 150 milioni di adulti e 15 milioni di bambini. La tendenza all'obesità è particolarmente allarmante nei bambini e negli adolescenti. Al 2010, il tasso annuale di aumento della prevalenza dell'obesità infantile è cresciuto costantemente e il tasso attuale è di 10 volte quello nel 1970. Ciò contribuisce all'epidemia di obesità nei futuri adulti e crea una crescente sfida per la salute delle prossime generazioni (cfr. WHO, 2013a; WHO 2013b). Almeno due terzi della popolazione adulta dei paesi dell'UE non sono sufficientemente attivi fisicamente per raggiungere un livello ottimale di benefici per la salute. I benefici per la salute di un'attività fisica regolare, moderatamente intensa, come un ridotto rischio di mortalità per malattie cardiovascolari, sembrano applicarsi a tutte le persone, indipendentemente dal loro peso. Esistono evidenze rilevanti che mostrano come all'abbassarsi dei livelli di attività fisica e all'aumentare di comportamenti legati alla sedentarietà, sia associato un aumento di peso corporeo (maggiore) nel tempo. Le attuali raccomandazioni sull'attività fisica che migliorano la salute suggeriscono che mezz'ora di un'attività fisica moderatamente intensa nella maggior parte dei giorni della settimana produce importanti benefici per la salute della popolazione inattiva. Per un'efficace prevenzione del sovrappeso e dell'obesità è consigliata almeno un'ora di attività quotidiana (Oja, 2004; Oppert *et al.* 2006; Hill, Wyatt, 2005).

Nella pubblicazione *Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States* (2013b) si mostra come la prevalenza di sovrappeso tra gli adulti di sesso maschile vari da un valore minimo del 31% in Tajikistan a un massimo del 72% della Repubblica Ceca, mentre, tra le donne, dal 31% del Tajikistan al 64% della Turchia. Le stime riguardo l'obesità infantile mostrano che il numero di bambini in sovrappeso all'interno della Regione è cresciuto costantemente tra il 1990 e il 2008. Oltre il 60% dei bimbi in sovrappeso prima della pubertà sarà in

sovrappeso anche nella prima età adulta e questo dato è ancor più grave se si considera che l'obesità infantile è un fattore di rischio per malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, problemi ortopedici e muscolo-scheletrici, disordini psicologici, ecc.

A livello europeo l'iniziativa della WHO *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI)¹³ permette di raccogliere informazioni sulla diffusione dell'eccesso ponderale nei bambini della Regione. Ciò consente un confronto tra i paesi che vi partecipano – più di 30, tra cui anche l'Italia. Sulla base dei dati dei rapporti COSI (WHO, 2019; 2018a; 2014a; Caldeira *et al.* 2018) emerge la presenza di un gradiente nord-sud con livelli più alti di sovrappeso e obesità nei paesi dell'Europa meridionale.

Per i ragazzi di 11, 13 e 15 anni viene effettuato ogni 4 anni lo studio multicentrico internazionale HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), svolto in collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa della WHO (Hbcs 2013-2014). Per quanto riguarda i giovani, emerge che la più alta prevalenza di sovrappeso e obesi tra gli undicenni si registra a Malta (maschi: 38% e femmine: 32%), in Grecia (maschi: 39% e femmine: 38%), in Italia (maschi: 35% e femmine: 23%), in Spagna (maschi: 34% e femmine: 22%) mentre la più bassa in Danimarca e Olanda (maschi: 15% e femmine 9%), in Norvegia (maschi: 18% e femmine 9%) e Svizzera (maschi: 17% e femmine: 12%). Invece, nei tredicenni e nei quindicenni le prevalenze di sovrappeso e obesità risultano leggermente inferiori rispetto agli undicenni. Anche in questo caso i Paesi dell'Est e del Nord Europa hanno valori più bassi. In Europa l'epidemia di obesità sembra pertanto non conoscere significativi arresti: oltre il 50% della popolazione adulta del continente è sovrappeso, a cui si aggiunge un 20% di obesi. Nella Regione europea si verifica quindi una tendenza epidemica costante che si è evidenziata a partire dalla prima decade del 2000 (Gallus *et al.* 2015; Berghofer *et al.* 2008).

In Europa solo pochi studi sulla popolazione sono stati condotti contemporaneamente, in diversi paesi, utilizzando metodologie omogenee. Considerando i dati di uno studio trasversale rappresentativo, condotto nel 2010, in 16 paesi europei – vale a dire Albania, Austria, Bulgaria, Repubblica Ceca, Croazia, Inghilterra, Finlandia, Francia, Ungheria, Irlanda, Italia, Lettonia, Polonia, Romania, Spagna e Svezia – e utilizzando un protocollo uniforme e

¹³ La WHO *European Childhood Obesity Surveillance Initiative* è un sistema unico che da oltre dieci anni ha misurato le tendenze del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini in età di scuola primaria. COSI comporta la misurazione standardizzata di peso e altezza di oltre 300.000 bambini nella regione europea della WHO, fornendo dati rappresentativi a livello nazionale per i paesi partecipanti, nonché un ampio set di dati a livello regionale per l'analisi dei determinanti del sovrappeso e dell'obesità infantili. Questa collaborazione tra WHO/Europa e istituti di ricerca di tutta la Regione fornisce dati di alta qualità per informare le politiche e le pratiche per rispondere al problema del sovrappeso e dell'obesità infantili. Oltre 40 Stati membri della Regione partecipano al quinto round del COSI durante l'anno scolastico 2018-2019.

metodi comparabili, su un totale di 14.685 adulti (età ≥ 18 anni) che forniscono informazioni sull'altezza e sul peso riportati autonomamente, quasi la metà degli adulti europei intervistati (47,6%) erano sovrappeso o obesi (54,5% negli uomini e 40,8% nelle donne) e il 12,8% (14,0% negli uomini e 11,5% nelle donne) erano obesi. La prevalenza dell'obesità era inferiore nei paesi occidentali/meridionali (11,1%) rispetto ai paesi centro/orientali (12,4%) e dell'Europa settentrionale (18,0%). Si è passati dal 7,6% in Italia a oltre il 20% in Croazia (21,5%) e Inghilterra (20,1%). La prevalenza dell'obesità è aumentata significativamente con l'età e diminuita con il livello di istruzione.

Come dimostrato dallo studio di Marques e colleghi (2018), il monitoraggio dell'obesità e della prevalenza in sovrappeso è fondamentale per valutare gli interventi volti a prevenire o ridurre il peso dell'obesità. Lo studio fornisce dati attuali sulla prevalenza del sovrappeso e dell'obesità negli adulti provenienti da 20 paesi europei. I partecipanti erano 34.814 (16 482 uomini) adulti con età media $50,8 \pm 17,7$. Sono stati analizzati i dati dell'indagine sociale europea ESS round 7° (2014). I risultati mostrano che la percentuale di sottopeso era solo del 2% e del 44,9% per il peso normale. Sovrappeso e obesi hanno rappresentato il 53,1%. Più uomini che donne erano in sovrappeso (44,7% contro 30,5%). Gli anziani erano significativamente più sovrappeso (42,4%) e obesi (20,9%) rispetto alla mezza età e agli adulti più giovani. I pensionati rappresentano una percentuale maggiore di sovrappeso (42,0%) e obesi (21,5%), se confrontati con impiegati, disoccupati e studenti. I cittadini delle aree rurali sono significativamente più sovrappeso (39,1 contro 36,1%) e obesi (17,0 contro 15,3%) rispetto a quelli che vivevano nelle aree urbane. Le stime indicano che la prevalenza più elevata di sovrappeso è stata nella Repubblica Ceca (45,2%), in Ungheria (43,7%) e in Lituania (41,7%). Per l'obesità, la Slovenia (20,8%), l'Estonia (19,7%) e il Regno Unito (19,2%) sono stati i paesi con la più alta prevalenza. Va notato che anche se i dati sono stati auto-riportati (autodichiarati) insieme alla nota tendenza degli individui a sopravvalutare la propria altezza e sottostimare il proprio peso (Martínez *et al.* 1999), la prevalenza di sovrappeso e obesità che si mostra nello studio è considerata elevata: più della metà della popolazione europea è sovrappeso e obesa. In questo senso, lo studio afferma e aggiorna le incidenze di un'epidemia di peso eccessivo anche in Europa ancor più connessa agli stili di vita (cfr. Pérez-Cueto *et al.* 2010).

La *European health interview survey* (EHIS) è una fonte preziosa di informazioni riguardo sovrappeso e obesità nella regione europea perché fornisce statistiche armonizzate in tutti gli Stati membri dell'UE in relazione

allo stato di salute degli intervistati, allo stile di vita (determinanti della salute) e al loro uso dei servizi sanitari¹⁴.

Da tale indagine emerge immediatamente che la percentuale di adulti in sovrappeso nell'UE è variata nel 2014 tra il 36% in Italia e il 55% a Malta per le donne, e tra il 54% nei Paesi Bassi e il 68% in Croazia per gli uomini. In generale, al 2014 i problemi di peso e l'obesità aumentano rapidamente nella maggior parte degli Stati membri dell'UE, con stime del 51,6% della popolazione (≥ 18) in sovrappeso. Ancora una volta, l'obesità emerge come un grave problema di salute pubblica, in quanto aumenta significativamente il rischio di malattie croniche. Per individui specifici, l'obesità può essere ulteriormente collegata a una vasta gamma di problemi psicologici. Per la società nel suo insieme, l'obesità ha notevoli costi diretti e indiretti in relazione alle risorse sanitarie e sociali.

Guardando alle differenze di genere, i dati che provengono dal secondo round del sondaggio europeo (EHIS) – condotto tra il 2013 e il 2015 e che ha riguardato persone di età pari o superiore a 15 anni – indicano che nell'UE esistono sostanziali disparità per quanto riguarda la percentuale di adulti in sovrappeso o obesi in termini di regione, genere e contesto socioeconomico. Nell'UE-28 la percentuale di adulti (di età pari o superiore a 18 anni) considerati sovrappeso varia (al 2014) tra il 36,1% in Italia e il 55,2% a Malta per le donne e tra il 53,6% nei Paesi Bassi e il 67,5% in Croazia per gli uomini. Tra la Romania e Malta c'era una differenza di 19,0 pp nella proporzione di uomini obesi e una differenza di 14,2 pp nella proporzione di donne obese. Per la popolazione di 18 anni e più, le percentuali più basse di donne considerate obese nel 2014 sono state osservate in Romania (9,7%), Italia (10,3%), Cipro (12,9%) e Austria (13,4%), e di uomini in Romania (9,1%), Italia (11,3%), Paesi Bassi (11,6%) e Svezia (13,6%). Le percentuali più alte di donne obese sono state registrate a Malta (23,9%), Lettonia (23,3%), Estonia (21,5%) e Regno Unito (20,4%), e di uomini a Malta (28,1%), Ungheria (22,0%), Slovenia (21,0%) e Croazia (20,7%).

A quanto emerge dall'indagine, non vi è stata alcuna differenza sistematica tra i sessi per quanto riguarda la percentuale di donne e uomini obesi nel 2014. In 16 Stati membri dell'UE per i quali sono disponibili dati, una percentuale più elevata di uomini (rispetto alle donne) è obesa, con Malta (4,2 punti percentuali - pp) e Croazia (3,9 pp) che presentano le differenze più elevate. Al contrario, una percentuale più elevata di donne è obesa in 11 Stati membri con la Lituania (5,8 pp) e la Lettonia (4,5 pp) che presentano le maggiori differenze. In Francia la percentuale di uomini e donne obesi è la stessa, e in Belgio la differenza nella popolazione obesa era inferiore di 0,3 pp per

¹⁴ La prima ondata di EHIS è stata condotta nel quadro di un accordo tra uomini e donne e attuata in 17 Stati membri tra il 2006 e il 2009. L'ondata 2 di EHIS è condotta in tutti gli Stati membri dell'UE tra il 2013 e il 2015.

le donne rispetto agli uomini. Una percentuale più elevata di uomini (rispetto alle donne) è pre-obesa in ciascuno degli Stati membri dell'UE.

Un quadro molto più chiaro emerge per quanto riguarda le differenze tra i sessi in relazione alla percentuale di popolazioni maschili e femminili che erano considerate pre-obese. Nel 2014, in tutti gli Stati membri dell'UE, la percentuale di uomini pre-obesi è costantemente superiore alla percentuale di donne pre-obese, come è avvenuto anche in Islanda, Norvegia e Turchia. La differenza tra i sessi variava da 7,4 pp a Malta a 18,4 pp a Cipro. La percentuale di popolazione in sovrappeso è generalmente aumentata con l'età: la fascia d'età da 18 a 24 anni ha presentato le quote più basse di popolazione in sovrappeso, mentre quelle da 65 a 74 avevano le quote più alte. Eccezioni sono state riscontrate in Lussemburgo, dove la fascia d'età pari o superiore a 75 anni presentava la percentuale più elevata. Il Regno Unito (così come la Norvegia e la Turchia) dove la percentuale di sovrappeso era più alta nella fascia di età 45-64; e anche la Svezia, dove le fasce d'età da 45 a 64 e da 65 a 74 avevano le quote più alte (entrambe il 59,5%). Con l'aumento del livello di istruzione delle donne, la percentuale considerata sovrappeso o obesa è diminuita. La percentuale di donne in sovrappeso era più bassa tra quelle con livelli di istruzione più elevati e questo *pattern* regge per tutti gli Stati membri dell'UE a eccezione di Malta, dove la percentuale più bassa è tra le donne nel livello intermedio.

In effetti, la percentuale di donne con una *tertiary education*¹⁵ (standard ISCED, 2011) in sovrappeso era di almeno 30 punti percentuali più basso alla percentuale corrispondente per le donne con un livello di istruzione secondaria inferiore a quello più basso in Slovenia, Cipro, Slovacchia, Croazia, Portogallo, Spagna, Lussemburgo e Austria, così come la Turchia.

Osservando il report *Health Situation In The European Region* (WHO 2018a; 2018b) si riscontra che l'elevata prevalenza di sovrappeso e obesità segnalata in passato persiste nella Regione Europea. I documenti menzionati descrivono la percentuale di una popolazione di età pari o superiore a 18 anni con sovrappeso o obesità (BMI ≥ 25 kg/m² per sovrappeso e ≥ 30 kg/m² per obesità). Negli ultimi anni la prevalenza di sovrappeso e obesità non fornisce segnali rassicuranti: il tasso è aumentato dal 55,9% nel 2010 al 58,7% nel 2016 per quanto riguarda il sovrappeso, e dal 20,8% nel 2010 al 23,3% nel 2016 per l'obesità. La prevalenza di sovrappeso e obesità varia considerevolmente da uno Stato membro all'altro. Negli anni 2000 la differenza tra i tassi più alti e più bassi per sovrappeso e obesità nei paesi della Regione era, in media, tra 23,6 e 25 punti percentuali per il sovrappeso e tra 15,1 e 16,7 punti percentuali per l'obesità. Nel 2010, tuttavia, la differenza tra i tassi più

¹⁵ La *tertiary education* include ciò che è comunemente inteso come educazione accademica ma include anche un'istruzione vocazionale/professionale avanzata. Comprende i livelli ISCED 5, 6, 7 e 8 - es. laurea triennale o livello equivalente, master o equivalente, dottorato (ISCED, 2011).

alti e più bassi di sovrappeso nella Regione si riduce leggermente a 23,3 punti percentuali e nel 2016 si è ulteriormente ridotta a 21,5 punti percentuali. Il tasso più basso nella regione è stato del 45,3% e il tasso più alto è stato del 66,8% nel 2016. Tuttavia, la tendenza opposta è stata osservata per l'obesità (come differenza tra i tassi più alti e più bassi nella regione): dai 16,9 punti percentuali nel 2010 a 17,9 punti percentuali nel 2016; nel 2016 il tasso più basso nella regione è stato del 14,2% e il tasso più alto è stato del 32,1%.

Nel 2016 i tassi di sovrappeso e obesità erano del 63% e del 21,9% tra gli uomini e del 54,3% e 24,5% tra le donne. Questi tassi erano superiori ai valori riportati nel 2010: i tassi di sovrappeso e obesità erano del 59,7% e del 18,8% tra gli uomini e del 52,1% e del 22,5% tra le donne. Nel complesso, i dati a livello nazionale per il 2016 mostrano che, nella maggior parte dei paesi della WHO *European Region*, il sovrappeso è maggiormente prevalente tra gli uomini, mentre l'obesità è più diffusa tra le donne. Due nazioni europee, rispetto al passato, hanno livelli più elevati di obesità rispetto al Regno Unito (27,8%)¹⁶: la Turchia, al 32,1%, e Malta, con il 28,9%. La media europea si attesta al 23,3%. In questa indagine, l'Ungheria e la Lituania seguono i tre paesi appena menzionati, rispettivamente con il 26,4% e il 26,3%. Tra le nazioni menzionate nello studio, la Svizzera mantiene i livelli più bassi di obesità, al 19,5%.

Recentemente l'Ufficio europeo della WHO ha pubblicato due nuove schede che contengono i dati 2015-17 della Sorveglianza pediatrica COSI.

La prima è *Eating habits of children in 23 European countries*, che fornisce una panoramica sulle abitudini alimentari dei bambini di 6-9 anni residenti in 23 Paesi europei – per un totale di 132.489 bambini. In generale, i dati sul consumo giornaliero evidenziano che: il 78,8% fa la colazione, il 42,5% consuma frutta fresca, il 22,6% consuma verdura, il 10,3% mangia snack dolci, il 5,2% mangia snack salati, il 9,4% beve bevande zuccherate, i cosiddetti soft drinks. I dati presentano però forti variazioni nazionali: San Marino (80,8%), Italia (72,6%) e Turkmenistan (70,1%) sono i paesi in cui si mangia più frequentemente frutta fresca ogni giorno. Al contrario, Kirghizistan, Lituania e Lettonia quelli in cui si mangia meno spesso. San Marino (74,3%), Turkmenistan (68,1%) e Italia (53,9%) quelli in cui si mangiano più frequentemente verdure ogni giorno. Al contrario, Spagna, Turchia e Lituania quelle in cui si mangiano meno spesso. Irlanda (88%), Spagna (84%) e Lituania (72%) sono i Paesi in cui più spesso i bambini riferiscono di non bere mai soft drinks. Al versante opposto vi sono Repubblica Ceca, Malta e Tagikistan.

La seconda scheda è *Physical activity, screen time and sleep* (cfr. Whiting, Buoncristiano, Gelius *et alii* 2021) che riporta i dati di 25 Paesi, per un

¹⁶ Si noti che i risultati dell'ultima indagine HSE (*Health Survey for England*) (2017) affermano che il 64% degli adulti è sovrappeso o obeso. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/2017>.

totale di 150.651 bambini, sui livelli di attività fisica, l'esposizione agli schermi e il sonno dei bambini di 6-9 anni. In generale si osserva che: il 60,2% dei bambini trascorre meno di due ore al giorno di fronte a un dispositivo elettronico, il 25,2% 2-3 ore e il 14,6% più di tre, l'84% dei bambini dorme in media 9-11 ore per notte, il 79,4% dei bambini pratica un'ora di attività fisica al giorno, il 50% dei bambini si reca a scuola a piedi o in bici, il 54,9% dei bambini non è iscritto ad alcun club sportivo o scuola di danza e non pratica alcuno sport/danza. Tuttavia, anche in questo caso vi è una forte variabilità nazionale: Repubblica Ceca (98,3%), Montenegro (96,4%) e Romania (95,3%) sono i Paesi in cui i bambini riferiscono più frequentemente di praticare attività fisica per un'ora al giorno. Sul versante opposto vi sono Malta, Tagikistan, e Kazakistan. Tagikistan (94%), Turkmenistan (80,5%) e Kirghizistan (71,5%) sono quelli in cui più frequentemente i bambini raggiungono la scuola a piedi. Al versante opposto vi sono Portogallo, Malta e Irlanda. Kirghizistan (85,6%), Tagikistan (84,2%) e Turchia (83,1%) sono i Paesi in cui vi sono meno bambini iscritti a una associazione sportiva o a una scuola di danza o che non praticano alcuno sport o ballo. Al versante opposto vi sono San Marino, Danimarca e Lettonia.

Va notato che, in dieci paesi, le bambine praticano meno attività fisica dei bambini e, seppure nei paesi centro-asiatici vi sia una tendenza a recarsi più spesso a scuola in bicicletta o a piedi, vi sono meno iscritti ad associazioni sportive o scuole di danza rispetto ai Paesi sud-europei.

4. Obesità e sovrappeso nei bambini e negli adolescenti

L'obesità infantile è una patologia multifattoriale complessa che a livello del singolo individuo è dovuta all'eccessivo apporto calorico e alla ridotta attività fisica. Questo significa che si introduce più cibo di quello che il corpo umano riesce a consumare e l'eccesso viene trasformato in grasso. Se tale condizione si mantiene a lungo, obesità e sovrappeso diventano inevitabili e dimostrazione di uno stile di vita errato (Nader *et al.* 2006; Khan *et al.* 2017; Maffei *et al.* 2016). Anche a questo proposito, negli anni Novanta è stato coniato il concetto di "ambiente obesogenico", quando si è iniziato a studiare quali fattori di rischio ambientali influissero sull'epidemia dell'obesità infantile. Tale ambiente, come abbiamo visto, si può sintetizzare come la somma delle influenze, delle opportunità o delle condizioni di vita che hanno promosso l'insorgere dell'obesità (Lent *et al.* 2012; Townsend *et al.* 2012). Il termine ha il preciso ruolo di indicare come il nostro comportamento rispetto al cibo venga influenzato da diversi fattori: genetici, sociali, psicologici e culturali (Sahoo *et al.* 2015).

Nei paesi ad alto reddito, gli interventi proposti hanno largamente impiegato approcci a livello individuale per promuovere scelte sane e prevenire

l'obesità. Questi approcci sembrano insufficienti senza affrontare i moderni ambienti obesogeni che incoraggiano un'elevata assunzione di energia e un comportamento sedentario. Pertanto, gli ambienti obesogeni sono i fattori collettivi fisici, economici, politici, sociali e culturali che promuovono l'obesità. Ad esempio, tali ambienti possono avere un'alta concentrazione di *fast food* e incoraggiare a guidare piuttosto che camminare.

L'obesità infantile è un problema di notevole rilevanza sociale. Come abbiamo detto, il fenomeno, che in Italia colpisce un bambino su quattro, è il risultato di un bilancio energetico positivo protratto nel tempo. Tuttavia, la definizione di sovrappeso/obesità nel bambino è più complessa rispetto all'adulto, il cui peso ideale è calcolato in base al BMI. Nell'infanzia e nell'adolescenza il BMI si caratterizza per una notevole variabilità, legata soprattutto al sesso e all'età. Anche per questo motivo, l'interpretazione del BMI nei soggetti con età inferiore ai 18 si confronta con delle tabelle specifiche – tabelle dei percentili – in grado di indicare quali sono, mediamente, i valori di BMI da considerare normali o fuori norma, prendendo come termine di paragone un campione di bambini della stessa età, considerando anche peso e altezza. La crescita è nella norma se si pone intorno al 50° percentile. Più si supera il valore medio più aumenta il rischio obesità.

Anche l'obesità infantile rappresenta una delle sfide più importanti per la salute pubblica globale del XXI secolo. Il fenomeno colpisce costantemente molti paesi a basso e medio reddito, in particolare in relazione all'ambito urbano. Nel 2016 il numero di bambini in sovrappeso di età inferiore ai cinque anni è stato stimato a oltre 41 milioni. Quasi la metà dei bambini in sovrappeso di età inferiore ai 5 anni viveva in Asia e un quarto viveva in Africa. Va notato con attenzione che i bambini in sovrappeso e obesi hanno considerevoli probabilità di rimanere obesi nell'età adulta e maggiori probabilità di sviluppare malattie come il diabete e le malattie cardiovascolari già in giovane età. La prevenzione dell'obesità infantile richiede pertanto un'alta priorità. Gli Stati membri della WHO, nella 66^a *Assemblea Mondiale della Sanità*, hanno concordato l'obiettivo volontario globale NCD (*Non-communicable diseases and mental health*) (WHO, 2013c) al fine di arrestare l'aumento del diabete e dell'obesità. La prevalenza di sovrappeso e obesità negli adolescenti è definita in base al riferimento di crescita della WHO per bambini e adolescenti in età scolare (sovrappeso = un indice di massa corporea di deviazione standard per età e sesso e obeso = due indici di massa corporea di deviazioni standard per età e sesso).

Secondo uno studio condotto dall'*Imperial College di Londra* e dalla WHO (NCD Risk Factor Collaboration, 2017), il numero di bambini e adolescenti obesi, tra i 5 e 19 anni, è aumentato di 10 volte negli ultimi 40 anni,

mentre in Italia è cresciuto di quasi 3 volte nel 2016 rispetto al 1975¹⁷. Nel 2016 sono stati registrati 50 milioni di ragazze e 74 milioni di ragazzi con obesità nel mondo, laddove il numero globale di ragazze e ragazzi moderatamente o gravemente sottopeso era rispettivamente di 75 milioni e 117 milioni. Inoltre, l'aumento dei tassi di obesità infantile e adolescenziale nei paesi a basso e medio reddito, in particolare in Asia, è recentemente accelerato. Nel 2016, il tasso di obesità più elevato si è registrato in Polinesia e Micronesia in ragazzi e ragazze, al 25,4% nelle ragazze e nel 22,4% nei ragazzi, seguito dalla regione inglese ad alto reddito che comprende Stati Uniti, Canada, Australia, Nuova Zelanda, Irlanda e Regno Unito.

Le aree del mondo con il maggiore aumento del numero di bambini e adolescenti obesi sono state l'Asia orientale, la regione inglese ad alto reddito, il Medio Oriente e il Nord Africa. Nauru era il paese con la più alta prevalenza di obesità per le ragazze (33,4%) e le Isole Cook hanno avuto il più alto per i ragazzi (33,3%). In Europa, le ragazze a Malta e i ragazzi in Grecia avevano i tassi di obesità più elevati, compresi rispettivamente del 11,3% e del 16,7% della popolazione. Le ragazze e i ragazzi in Moldova avevano i tassi di obesità più bassi, pari rispettivamente al 3,2% e al 5% della popolazione. Le ragazze nel Regno Unito hanno avuto il 73° tasso di obesità più elevato al mondo (6° in Europa); i ragazzi avevano l'84° obesità più alta del mondo (18° in Europa). Le ragazze negli Stati Uniti hanno avuto il 15° tasso di obesità più alto al mondo; i ragazzi avevano la dodicesima più alta obesità nel mondo. Tra i paesi ad alto reddito, gli Stati Uniti d'America avevano i tassi di obesità più elevati per ragazze e ragazzi. L'aumento più elevato di BMI dei bambini e degli adolescenti durante i quattro decenni si è registrato in Polinesia e Micronesia, per ragazzi e ragazze, e in America Latina centrale per le ragazze. Il più piccolo aumento del BMI dei bambini e degli adolescenti durante i quattro decenni coperti dallo studio è stato visto in Europa orientale. Il paese con l'aumento più elevato di BMI per le ragazze è stato Samoa, che è aumentato di 5,6 kg/m².

Secondo l'NCD Risk Factor Collaboration (2017), se le tendenze attuali dovessero confermarsi, entro i prossimi anni molti più bambini e adolescenti saranno moderatamente obesi o gravemente sottopeso. Anche l'Italia ha contribuito alla realizzazione di questa ricerca senza precedenti, fornendo i risultati di alcuni studi portati avanti dall'Istituto Superiore di Sanità. I dati sono stati misurati con procedure standardizzate grazie alla Sorveglianza *OKkio alla Salute* (bambini e ragazzi) e al *Progetto Cuore* (adulti e anziani).

Guardando ai dati dell'indagine nazionale 2019 sono più di 50.000 i bambini della III classe della scuola primaria che hanno risposto al questionario

¹⁷ Lo studio è stato pubblicato in *The Lancet* prima del *Day Obesity World* (11 ottobre) e ha analizzato le misure di peso e altezza da quasi 130 milioni di persone di età superiore ai cinque anni: 31,5 milioni di persone dai 5 ai 19 anni e 97,4 milioni di età compresa tra i 20 anni e più.

della sorveglianza nazionale OKkio alla Salute, giunta alla VI rilevazione. Ciò ha permesso di fotografare in tutte le regioni italiane gli stili di vita dei bambini, di monitorare il loro stato ponderale e di analizzare il contesto familiare e scolastico di riferimento. I dati dell'indagine sono stati presentati durante il webinar "Stili di vita e obesità nei bambini: i dati italiani di OKkio alla Salute e il confronto con l'Europa" (Roma, 10 novembre 2020). Per quanto riguarda il sovrappeso e l'obesità nei bambini, il quadro che emerge mette in evidenza che quelli in sovrappeso sono il 20,4% e quelli obesi il 9,4% (valori soglia dell'IOTF); i maschi hanno valori di obesità leggermente superiori alle femmine (maschi obesi 9,9% vs femmine obese 8,8%). Si evidenzia un chiaro trend geografico che vede le Regioni del Sud avere valori più elevati di eccesso ponderale in entrambi i generi. Inoltre, prevalenze di obesità più elevate si osservano anche in famiglie in condizione socioeconomica più svantaggiata e tra i bambini che sono stati allattati al seno per meno di 1 mese o mai.

L'Italia con tale sorveglianza partecipa all'iniziativa della Regione Europea della WHO *Childhood Obesity Surveillance Initiative* risultando, anche nell'ultima rilevazione, tra le nazioni con i valori più elevati di eccesso ponderale nei bambini insieme ad altri paesi dell'area mediterranea. In questo contesto, il *focus* sugli stili di vita ha permesso di avere un quadro dettagliato sui principali stili alimentari, l'abitudine all'esercizio fisico e alla sedentarietà e su alcune caratteristiche riguardanti i primi mesi di vita del bambino (cfr. WHO, 2018d).

Come rilevato dall'Istat¹⁸, nel report *Stili di vita di bambini e ragazzi* (anni 2017-2018), l'Italia è tra i paesi europei con i livelli più alti di obesità tra i bambini di 7-8 anni. Nei paesi dell'UE, in media, è obeso quasi un bambino su otto tra i 7 e gli 8 anni. Cipro (20%), Italia (18%), Spagna (18%), Grecia e Malta (17%) mostrano i valori più elevati; Danimarca (5%), Norvegia (6%) e Irlanda (7%) quelli più bassi. Si noti che tra il 2007-2008 e il 2015-2017 il tasso di obesità tra i bambini di 7-8 anni risulta in diminuzione in diversi paesi dell'UE, in particolare in Portogallo, Slovenia, Grecia e Italia (-4 punti percentuali). Tuttavia, in Italia i livelli rimangono ancora elevati: è in eccesso di peso un minore su quattro.

Nel biennio 2017-2018, in Italia sono stati stimati circa 2 milioni e 130 mila bambini e adolescenti in eccesso di peso, pari al 25,2% della popolazione di 3-17 anni (28,5% nel 2010-2011). Emergono forti differenze di genere con una più ampia diffusione tra i maschi (27,8% contro 22,4%). L'eccesso di peso è più frequente tra i bambini di 3-10 anni, età in cui si raggiunge il 30,4%.

¹⁸ Tramite l'indagine *Aspetti della vita quotidiana*, l'Istat rileva annualmente i dati relativi all'eccesso di peso dei minori, a partire dal 2010. L'indagine fa parte del sistema integrato di Indagini multiscopo sulle famiglie avviato nel 1993.

Al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità diminuiscono, fino a toccare il valore minimo tra i ragazzi di 14-17 anni (14,6%). L'eccesso di peso tra i minori aumenta significativamente passando da Nord a Sud (18,8% Nordovest, 22,5% Nord-est, 24,2% Centro, 29,9% Isole e 32,7% Sud). Le percentuali sono particolarmente elevate in Campania (35,4%), Calabria (33,8%), Sicilia (32,5%) e Molise (31,8%).

Nel tempo l'eccesso di peso diminuisce in quasi tutte le regioni, anche se le graduatorie rimangono sostanzialmente invariate, con le regioni del Mezzogiorno nelle posizioni apicali. I comportamenti poco salutari dei genitori possono influenzare quelli dei figli: i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso tendono a essere anche loro in sovrappeso o obesi. Se entrambi i genitori sono in sovrappeso o obesi anche i figli lo sono nel 37,6% dei casi contro il 18,8% di chi ha entrambi i genitori normopeso.

Analizzando il fenomeno in relazione ad altre informazioni del contesto familiare, si osserva che tendono a essere maggiormente in sovrappeso o obesi i bambini e ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche scarse o insufficienti, ma soprattutto in quelle in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso. La quota di bambini in eccesso di peso è infatti pari al 19% tra quanti vivono in famiglie con genitori laureati, ma raggiunge il 30,1% se i genitori non sono andati oltre la scuola dell'obbligo. Anche a fronte delle dimensioni dello spreco di cibo e dell'altrettanto preoccupante dato che riguarda la fame nel mondo, obesità e sovrappeso diventano indicatori della società e vanno affrontati dal punto di vista medico, ma anche culturale e sociale.

Rispetto ai dati sull'obesità dei bambini, da più di 15 anni non si registrano progressi considerevoli nell'arginare la crescita del tasso di sovrappeso e obesità: a renderlo noto è l'Unicef nel Rapporto *Diamogli peso: l'impegno dell'Unicef per combattere la malnutrizione* (2019). Nel 2017, 38,3 milioni di bambini sotto i 5 anni risultavano in sovrappeso, 8 milioni in più rispetto ai 30,1 milioni del 2000. Nel 2017, il 5,6% della popolazione infantile mondiale sotto i 5 anni risultava sovrappeso. In Europa 1 bambino su 3 è in sovrappeso. Secondo le stime dell'Unicef, in Italia l'obesità infantile non è determinata soltanto da una cattiva alimentazione (eccesso di consumo di zuccheri e di grassi), ma anche da uno stile di vita troppo sedentario. Infatti, secondo i dati Istat la quota dei bambini sedentari è molto alta nella fascia di età 3-5 anni (48,8%), mentre diminuisce nelle fasce di età successive, ma inizia a risalire e a mantenersi alta a partire dalla fascia di età 18-19 anni (20,8%). Inoltre, tale rapporto evidenzia che a livello internazionale, nei soggetti di età compresa tra i 9 e i 14 anni, il 7,1% dei maschi e il 13,4% delle femmine presenta un comportamento alimentare disturbato. I disturbi del comportamento alimentare si presentano con maggior frequenza nei paesi industrializzati e ad alto reddito.

Per comprendere meglio la diffusione dei comportamenti e degli stili di vita che in età giovanile possono influire sullo sviluppo delle malattie cronicodegenerative, nel 2007 il *Centro nazionale di prevenzione e controllo delle malattie* (CCM) del Ministero della Salute ha promosso e finanziato il sistema di sorveglianza *OKkio alla Salute*. Tale sistema fornisce dati misurati dello stato ponderale dei bambini delle terze primarie (8-9 anni), delle abitudini alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico, nonché delle iniziative scolastiche favorevoli la promozione del movimento e della corretta alimentazione.

Avviato per la prima volta nel 2008, *OKkio alla Salute* fa parte dell'iniziativa della WHO *Europe Region – Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI). In modo particolare in Italia, l'eccesso di peso tra i minori è motivo di forte preoccupazione perché assume da diversi anni dimensioni rilevanti.

Nell'Assemblea Mondiale della Sanità (maggio 2016) uno dei temi affrontati è stato quello di porre fine all'obesità infantile, con specifiche raccomandazioni affinché i paesi membri potessero dare avvio ad azioni di contrasto concrete dell'ambiente "obesogenico"¹⁹. Ciò per due motivazioni: la prima, ridurre il rischio di obesità lungo tutto il corso della vita, la seconda, sostenere il bambino già obeso nel miglioramento della condizione di vita per salvaguardare la salute futura (WHO, 2016). La WHO sottolinea con forza come il sovrappeso e l'obesità tra bambini e ragazzi siano connessi all'insorgenza di numerose patologie croniche nell'età adulta. In questa direzione, diverse evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età preadolescenziale e adolescenziale una forte «capacità predittiva» della presenza di obesità in età adulta (Sahoo *et al.* 2015; Ferraro, Kelley-Moore, 2003; Reilly *et al.* 2003; Berenson *et al.* 2012). Infatti, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti che sono in sovrappeso permangono in questa condizione anche da adulti.

A partire dal 2007 la WHO ha lanciato COSI al fine di monitorare nei bambini dai 6 ai 9 anni, dei paesi europei, l'andamento dell'eccesso di peso e dei fattori associati, tra cui la sedentarietà (WHO, 2014a). Per quanto riguarda la partecipazione italiana, ogni 2 anni l'ISS misura e raccoglie informazioni su un campione di bambini di 8-9 anni. Per gli adolescenti, i dati sull'eccesso di peso, sull'attività fisica e su altri aspetti della salute sono raccolti a livello internazionale dallo studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), effettuato ogni 4 anni su un campione di ragazzi di 11, 13 e 15 anni (WHO - *Health Behaviour in School-aged Children* - HBSC). L'Italia partecipa a questa raccolta dal 2001. A livello europeo, confrontando le stime di eccesso di peso rilevate per il progetto COSI nel 2009-2010, secondo i *cut-off* dell'*International Obesity Task Force* (IOTF), l'Italia si

¹⁹ Cfr. anche la Relazione sui lavori della 70ª Assemblea Mondiale di Sanità. http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/rapporti/oms/70/relazione_WHA_70_24_07-2017.pdf.

colloca tra i paesi con le più elevate prevalenze, in particolare per i maschi, dopo altri due paesi dell'Europa Meridionale, quali la Grecia e la Spagna²⁰.

5. L'obesità in Italia

Anche per il nostro paese la fotografia del fenomeno non sembra sostanzialmente diversa rispetto alla tendenza mondiale. I dati più recenti sono stati messi in evidenza dal rapporto Istat realizzato per il secondo *Italian Obesity Barometer Report*, presentato il 6 ottobre 2020 in occasione del *2nd Italian Obesity summit – Changing ObesityTM meeting*, organizzato dall'*Italian Barometer Diabetes Observatory* (IBDO) con l'Intergruppo parlamentare "Obesità e Diabete" e OPEN Italia – *Obesity Policy Engagement Network*.

Da tale rapporto emerge che la prevalenza di persone in sovrappeso e con obesità, in Italia, cresce al crescere dell'età. Se l'eccesso di peso riguarda 1 minore su 4, la quota quasi raddoppia tra gli adulti, raggiungendo il 46,1% tra le persone di 18 anni e oltre. La prevalenza maggiore si riscontra in entrambi i generi nella classe 65-74 anni (61,1%) e, mentre la maggioranza degli uomini presenta un eccesso ponderale già a partire dai 45 anni, per le donne ciò si verifica dopo i 65 anni. Il Rapporto mostra come l'Italia, pur presentando livelli di obesità e sovrappeso inferiori rispetto ad altri paesi europei, registri un aumento dell'incidenza di sovrappeso e obesità del 30% negli ultimi 30 anni, di cui solo un terzo può essere attribuito all'invecchiamento della popolazione. In Italia sono quindi in sovrappeso oltre 24.700.000 persone: il 46% degli adulti (18 anni e più, 1 adulto su 2) e il 24,2% tra bambini e adolescenti (6-17 anni, 1 giovane su 4). I più interessati sono i bambini e gli adolescenti del Sud (31,9%) e più di un terzo non pratica né sport, né attività fisica. Guardando alle differenze di genere, in entrambe le fasce di età si osservano delle differenze significative. Le donne mostrano un tasso di obesità inferiore (9,4%) rispetto agli uomini (11,8%), mentre più marcata è la differenza tra i bambini e adolescenti, di cui il 20,8% delle femmine è in eccesso di peso rispetto al 27,3% dei maschi.

Analizzando i fattori socioculturali, il rapporto evidenzia come elemento fondamentale la relazione tra l'eccesso di peso e il luogo di origine dell'individuo. Infatti, sussiste un legame con aspetti influenti come, ad esempio, il rapporto con il cibo, l'adozione di modelli alimentari e stili di vita acquisiti/radicati nella zona di nascita, prima di diventare adulti. Nelle regioni del Centro-Nord le prevalenze dell'eccesso di peso delle persone nate nel Mezzogiorno sono superiori al dato medio regionale. Per esempio, in Piemonte,

²⁰ Per i bambini di 9 anni in Italia la quota è pari al 32,9% (bambini) e al 31,4% (bambine); in Grecia le percentuali ammontano rispettivamente a 45,1% e 42,3%.

dove oltre il 15 per cento degli adulti residenti ha dichiarato di essere nato in una regione del Mezzogiorno, l'eccesso ponderale delle persone che sonoigrate è più elevato del 30 per cento, rispetto al dato medio piemontese. Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno, sebbene le prevalenze siano riferite a un campione molto più ristretto per la minore consistenza delle migrazioni da Nord a Sud, le prevalenze delle persone nate al Centro-Nord si collocano sempre al di sotto della media regionale.

L'analisi del territorio indica come l'eccesso di peso sia una condizione diffusa specialmente al Sud e nelle Isole: in particolare, tra i bambini e gli adolescenti – rispettivamente il 31,9% e il 26,1% rispetto al 18,9% dei residenti del Nord-Ovest, il 22,1% del Nord-Est e il 22% del Centro. Il rapporto indica che il tasso di adulti con obesità varia dall'11,8% al Sud e nelle Isole, al 10,6% e 10,2% nel Nord-Est e Nord-Ovest, fino all'8,8% del Centro. Inoltre, osservando la sedentarietà, emerge un forte divario territoriale tra Nord e Sud dell'Italia. Fatta eccezione per la Sardegna, nella maggior parte delle regioni meridionali e insulari più di un terzo dei giovani non pratica né sport, né attività fisica e le percentuali più elevate si rilevano in Sicilia (42%), Campania (41,3%) e Calabria (40,1 %). Oltre alla differenza di diffusione dell'obesità tra Nord e Sud Italia, si riscontra un divario anche tra zone rurali e centri urbani. La percentuale più elevata di persone con obesità, pari al 12%, si rileva nei piccoli centri sotto i 2.000 abitanti, mentre nei centri dell'area metropolitana questa quota scende all'8,8%. Comunque, dal 2001 al 2017, gli incrementi più elevati nelle prevalenze dell'obesità si sono osservati proprio nei centri delle aree metropolitane (da 6,8% a 8,8%) e nelle loro periferie (da 8,2% a 10,9%). Insieme alle disuguaglianze territoriali, il livello di istruzione ha un ruolo importante perché, generalmente, un elevato titolo di studio rappresenta un fattore «protettivo» per l'obesità, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione. Nel 2017, l'obesità ha interessato solo il 6,6 % dei laureati, mentre sale al 14,2 % tra le persone che hanno conseguito solamente la licenza media. Analizzando il fenomeno dell'eccesso di peso in relazione a informazioni che si riferiscono al contesto familiare, è possibile osservare prevalenze più elevate tra bambini e ragazzi che vivono in famiglie in cui il livello di istruzione dei genitori è più basso, passando dal 18,5% di quelli con genitori che hanno conseguito un alto titolo di studio, al 29,5% di quelli i cui genitori hanno un basso titolo di studio.

Da queste prospettive, l'obesità rappresenta un'emergenza sanitaria, con serie conseguenze per gli individui e la società in termini di riduzione dell'aspettativa e della qualità della vita, a cui sono associate possibili ricadute economiche, anche considerando le malattie associate all'obesità.

Anche il rapporto prodotto dall'OECD *Health at a Glance* (2018) vede il nostro paese quart'ultimo su 35, con il 35,3% degli adulti in sovrappeso, compreso il 9,8% di obesi, che nel 1990 erano circa il 7%. Nei Paesi dell'UE circa un adulto su sei è considerato obeso (Eurostat, *European Health*

Interview Survey, 203/2016)²¹. Questo è uno dei risultati dell'*Indagine Europea sulla Salute* che identifica tra i fattori di rischio l'aumento dell'età e i bassi livelli sociali. Anche se l'Italia, insieme alla Romania, è il paese con la più bassa percentuale di obesi, si tratta, comunque, di uno dei temi in maggior risalto per quanto riguarda l'agenda di salute pubblica. Nell'analisi delle cause che determinano l'eccesso di peso entrano in gioco anche fattori tra cui la predisposizione ereditaria, fattori ambientali e comportamentali, invecchiamento e gravidanze (cfr. EUFIC, *European food information council*, Fondamenti 06/2006).

Guardando al *Rapporto Osservasalute* (2018), in Italia, si registravano poco più di 23 milioni di persone di età uguale o superiore ai 18 anni (45,9%) in eccesso ponderale. La rilevanza del problema, in termini di salute pubblica, ha suscitato l'interesse di diversi gruppi di ricerca. Ciò ha fatto crescere il ruolo dei sistemi di sorveglianza della popolazione, che permettono di fornire informazioni utili sugli stili di vita delle persone e di valutarne precocemente le tendenze positive o negative. Anche secondo tale rapporto, che fa riferimento ai risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istat *Aspetti della vita quotidiana*, emerge la differenza sul territorio, avvalorando un divario tra Nord e Sud, dove le regioni meridionali mostrano la prevalenza più alta di persone maggiorenni obese – Molise 14,1%, Abruzzo 12,7% e Puglia 12,3% – e in sovrappeso – Basilicata 39,9%, Campania 39,3% e Sicilia 38,7% – rispetto a quelle settentrionali (obese: PA di Bolzano 7,8% e Lombardia 8,7%; sovrappeso: PA di Trento 27,1% e Valle d'Aosta 30,4%). La percentuale di popolazione in eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età e, in particolare, il sovrappeso passa dal 14% della fascia di età 18-24 anni al 46% tra i 65-74 anni, mentre l'obesità passa, dal 2,3% al 15,3% per le stesse fasce di età. Inoltre, la condizione di eccesso ponderale è più diffusa tra gli uomini rispetto alle donne (sovrappeso: 44% vs 27,3%; obesità: 10,8% vs 9%).

Come già evidenziato per molti paesi dell'OCSE, obesità e sovrappeso in Italia sono maggiormente diffusi nei gruppi di popolazione con deprivazione sociale ed economica. Nell'area dell'Unione Europea si stima che il 26% dell'obesità negli uomini e il 50% dell'obesità nelle donne può essere attribuito alle disuguaglianze nei livelli di istruzione raggiunti (cfr. WHO, 2014b; 2013b; 8° Rapporto sull'obesità in Italia, 2017). Inoltre, le persone con basso livello socioeconomico sembrano avere probabilità doppie di diventare obese. Anche in Italia le persone con migliori credenziali formative mostrano tassi di obesità e sovrappeso inferiori a quelle meno istruite: tra gli adulti di 25-64 anni la prevalenza di eccesso ponderale scende dal 51% tra coloro che hanno solo la licenza di scuola media al 30,3% tra le persone con almeno una

²¹ L'indagine *European Health Interview Survey* (EHIS, wave 2) è stata condotta in tutti i paesi dell'Unione Europea, tra il 2014 e il 2015, sulla base di strumenti di rilevazione armonizzati. In questa indagine è presente il *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), costituito da 9 item che consentono di valutare i sintomi depressivi.

laurea; tra gli anziani di 65 anni e oltre la differenza tra i due gruppi si riduce comunque di circa il 20%. Un andamento analogo è osservabile rispetto al reddito, anche se con un gradiente minore. La quota di persone obese o in eccesso di peso diminuisce passando dal livello di reddito più basso (primo quinto 47,8%) a quello più alto (quinto quinto 41,8%). Le disuguaglianze sociali nell'obesità e nel sovrappeso sono molto più marcate tra le donne che tra gli uomini (WHO, 2014b). Tra gli adulti di 25-64 anni con basso titolo di studio (al massimo la scuola dell'obbligo), confrontati con i coetanei che hanno conseguito almeno una laurea, la prevalenza dell'obesità è quasi quadrupla per le donne (11,0% contro 2,9%) e doppia per gli uomini (13,7% contro 6,3%). Tra gli anziani, invece, le differenze di genere delle disuguaglianze sociali sono meno rilevanti. Anche il ricorso a modelli statistici multivariati, che consentono di tenere sotto controllo i vari fattori che concorrono a studiare l'associazione tra eccesso ponderale e contesto socio-demografico, conferma le differenze di genere – a parità di età – a svantaggio degli uomini, le disuguaglianze sociali declinate attraverso il titolo di studio – laddove le persone con al massimo la licenza media inferiore hanno a parità di altri fattori un rischio maggiore di eccesso ponderale – e le disuguaglianze di *status* economico con i quinti di reddito, così come le differenze geografiche a parità dei fattori socio-economici considerati (Ferrante *et al.* 2016).

Sebbene alcuni studi evidenzino il ruolo dello *status* sociale come rilevante moderatore delle differenze territoriali tra Nord e Sud nelle condizioni di salute e negli stili di vita, i risultati dell'analisi multivariata condotta sull'eccesso di peso, utilizzando le variabili di contesto socio-demografico disponibili nella fonte, evidenziano che il loro effetto riduce senz'altro tali differenze, ma non le annulla completamente: a parità degli altri fattori considerati la probabilità dell'eccesso ponderale aumenta comunque di circa il 40% per chi risiede al Sud rispetto al Nord-Ovest. Stratificando poi per grandi macroaree (Nord, Centro e Mezzogiorno), le relazioni si mantengono pressoché simili. Si rileva però che nell'Italia Centrale la dimensione del comune di residenza, a parità di fattori quali età, genere, titolo di studio e risorse economiche, gioca un ruolo rilevante: chi vive in un piccolo comune fino a 2000 abitanti vede più che raddoppiato il rischio di eccesso di peso rispetto a chi vive nel comune dell'area metropolitana.

Per quanto riguarda l'obesità, il sistema di sorveglianza *Passi* raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. Tra i temi indagati ci sono

anche quelli legati al sovrappeso e obesità e al consumo di frutta e verdura (tab. 2)²².

Tab. 2. – Fonte: Rilevazione Passi (2016-2019)

<i>Regione</i>	<i>Sovrappeso</i>	<i>Obesi</i>
Abruzzo	33.1	10.8
Basilicata	37.1	9.7
Calabria	34.6	14.3
Campania	37.3	13.8
Emilia Romagna	30.0	12.0
Friuli Venezia Giulia	30.6	10.0
Lazio	30.6	9.1
Liguria	26.9	8.7
Lombardia	27.7	7.5
Marche	32.5	9.3
Molise	33.2	13.5
Piemonte	28.7	9.4
Provincia di Bolzano	28.5	7.3
Provincia di Trento	25.4	7.4
Puglia	33.9	12.5
Sardegna	28.9	10.2
Sicilia	32.7	12.5
Toscana	27.4	8.5
Umbria	33.4	10.3
Valle d'Aosta	23.5	9.9
Veneto	30.5	9.5
Italia	31,5	10,8

Passi nasce in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali e di contribuire alla valutazione del Piano nazionale della prevenzione poiché la conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione è requisito fondamentale per realizzare attività di prevenzione specifiche e mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili e necessaria per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati²³.

I dati riferiti dagli intervistati *Passi*, relativi a peso e altezza, portano a stimare che 4 adulti su 10 siano in eccesso ponderale: 3 in sovrappeso e 1 obeso. L'eccesso ponderale è una caratteristica più frequente al crescere

²² Cfr. <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso>

²³ I nuovi dati sulle rilevazioni (9/7/2020 – *Passi* e *Passi d'Argento*) sul periodo 2016/2019 sono disponibili in <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/>.

dell'età: tra gli uomini rispetto alle donne, tra le persone con difficoltà economiche e tra le persone con un basso livello di istruzione.

Il gradiente geografico è chiaro a sfavore delle Regioni meridionali. La Campania continua a detenere il primato per quota più alta di persone in eccesso ponderale (più della metà). Seguono Calabria, Basilicata, Molise, con valori non molto distanti. Le analisi temporali non mostrano significative variazioni temporali nell'eccesso ponderale, ma questo è solo il risultato di andamenti diversi fra le due componenti di sovrappeso e obesità, nelle tre ripartizioni geografiche: la quota di persone in sovrappeso non si modifica, mentre l'obesità aumenta seppur lentamente, nel Sud Italia ma anche al Nord, con l'eccezione delle Regioni del Centro Italia in cui si registra una riduzione.

Inoltre, i dati indicano che le persone in sovrappeso o obese sembrano essere poco consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e di avere una scarsa percezione della propria condizione. Infatti, meno della metà tra le persone in sovrappeso ritiene "troppo alto" il proprio peso corporeo. Al contrario, una consapevolezza maggiore si mostra tra le persone obese, anche se va rilevato che più di 1 persona su 10 ritiene il proprio peso non troppo alto. In generale, le donne hanno consapevolezza maggiore del problema rispetto agli uomini e l'essere coscienti del proprio eccesso ponderale favorisce talvolta l'adozione di comportamenti alimentari corretti.

Va segnalato che il sistema di sorveglianza *Passi* ritiene che l'attenzione degli operatori sanitari al problema sembri essere bassa e in riduzione nel tempo, perché meno della metà degli intervistati in eccesso ponderale riferisce di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di perdere peso. Inoltre, l'attenzione si rivolge principalmente alle persone obese e molto meno a quelle in sovrappeso.

La quota di persone in eccesso ponderale che dichiara di seguire una dieta è significativamente maggiore tra le persone che hanno ricevuto il consiglio medico rispetto a quelli che non lo hanno ricevuto²⁴. Come rilevano Gargiulo e colleghi (2017) nell'8° *Rapporto sull'obesità in Italia*, nel confronto dei paesi europei la situazione degli adulti in Italia appare forse meno svantaggiata. Il nostro paese evidenzia la più bassa prevalenza di persone adulte in eccesso di peso (44,9% per l'Italia vs 51,6% dell'EU-28). In particolare, in Italia la quota di obesi si attesta al 10,8% a fronte del 15,9% della media EU-28 e per il sovrappeso le prevalenze sono rispettivamente 34,1% e 35,7%. Anche rispetto alla tendenza globale ed europea, l'incremento che si è registrato in Italia è stato più contenuto rispetto agli altri paesi. Probabilmente questo trova ragione anche nel fatto che gran parte della popolazione ha potuto capitalizzare nel tempo i vantaggi della dieta mediterranea e del consumo

²⁴ Per quanto riguarda l'obesità in età anziana, la sorveglianza *Passi d'Argento* (PdA) fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 e più anni del nostro Paese. Tra i temi indagati ci sono anche quelli legati al sovrappeso e obesità e al consumo di frutta e verdura.

moderato di alcol (in particolare vino) soprattutto durante i pasti. Peraltro, la dieta mediterranea è stata riconosciuta dall'Unesco patrimonio dell'umanità nel 2010 e promossa nel mondo come modello per favorire sane abitudini alimentari, evitando l'eccesso di carni rosse e grassi insaturi e favorendo il consumo di frutta e verdura. I benefici derivanti dalla dieta mediterranea sembrerebbero anche compensare gli effetti negativi dell'elevata diffusione di comportamenti sedentari – che ugualmente caratterizzano il nostro paese rispetto al resto d'Europa.

Lugo e Gallus (2016) hanno confrontato i dati ISTAT sull'obesità dell'ultimo decennio (periodo 2005-2013; 2 indagini; 205.323 adulti; indagini faccia-a-faccia) con i dati provenienti dai più importanti sistemi di sorveglianza italiani su obesità e altri fattori di rischio tra gli adulti. Questi includono i sistemi di sorveglianza *Passi* (2008-2014; 7 indagini; 264.319 adulti; indagini telefoniche) e *Passi d'Argento* (2012-2013, 1 indagine; 12.201 anziani; indagine telefonica) e le indagini annuali condotte da DOXA (2004-2014; 10 indagini; 27.796 adulti; indagini faccia-a-faccia) e GfK-Eurisko (2004-2012; 9 indagini; 85.374 adulti; indagini faccia-a-faccia). *Passi* e *Passi d'Argento*, come abbiamo visto, sono due sistemi di sorveglianza coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziati dal Ministero della Salute, che raccolgono informazioni sulla salute e sugli stili di vita della popolazione italiana adulta (18-69 anni) e anziana (65 anni o più), rispettivamente. Le indagini Doxa sono coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità e dall'Istituto Mario Negri e sono condotte annualmente da Doxa, una società di ricerca e analisi di mercato. Ognuna di queste indagini raccoglie informazioni sulle abitudini al fumo e altri stili di vita su un campione di circa 3.000 soggetti, rappresentativo della popolazione italiana di età maggiore o uguale a 15 anni. Infine, GfK-Eurisko, un'importante società di ricerche di mercato, conduce annualmente delle indagini sugli stili di vita degli italiani con età maggiore o uguale a 14 anni. Gli autori hanno quindi confrontato le informazioni sul BMI nell'ultimo decennio in Italia su quasi 600.000 persone adulte. Dai risultati di tale confronto, gli autori fanno emergere che la prevalenza di obesità era coerente tra i vari sistemi di sorveglianza. Nell'ultimo decennio, la prevalenza di adulti obesi è aumentata da 9,6% nel 2004-2005 a 11,2% nel 2012-2013 (incremento relativo: 17%) secondo i dati Istat, da 8,2% nel 2004 a 9,1% nel 2014 (incremento relativo: 11%) secondo i dati Doxa, e da 9,6% nel 2004 a 10,3% nel 2014 (incremento relativo: 7%) secondo i dati GfK-Eurisko. Al contrario, i dati *Passi* non hanno registrato un cambiamento sostanziale nel tempo (10,1% sia nel 2008 che nel 2014). L'incremento medio annuo della prevalenza di obesità variava tra 0,5% e 2,2% tra gli uomini, e tra 0,4% e 2,0% tra le donne. In riferimento alla stratificazione per classi di età e area geografica, tutti i sistemi di sorveglianza fornivano stime molto simili a quelle dell'Istat.

Comunque, secondo le stime disponibili dell'Istat, che tengono conto della classificazione WHO dell'indice di massa corporea, confrontando le prevalenze dell'eccesso di peso rispetto ai 20 anni precedenti, l'incremento ha riguardato sia il sovrappeso (che nella popolazione adulta si attestava al 35,5% nel 2015, con un incremento di circa il +10% rispetto al 1994), sia l'obesità (stimata intorno al 9,8%, con un incremento del +34%) rispetto a 20 anni fa. Le differenze maggiori si sono riscontrate soprattutto nel primo decennio tra il 1994 e il 2005, mentre sono decisamente più contenute tra il 2005 e il 2015, quando anche in Italia sono state attivamente promosse politiche di contrasto all'eccesso di peso. Le differenze di genere, che hanno sempre fatto registrare un vantaggio per le donne, si sono leggermente acuite nel tempo. Infatti, l'aumento dell'obesità ha riguardato in misura maggiore gli uomini, con una tendenza lievemente crescente anche nell'ultimo decennio che invece non si è registrato tra le donne. La distribuzione sul territorio dell'obesità tra gli adulti evidenzia il persistente gradiente Nord-Sud.

5.1 Il focus: i numeri dell'Emilia-Romagna

L'ISS, nell'ambito del sistema di sorveglianza *OKkio alla Salute*, ha predisposto un modello di report regionale per la divulgazione dei risultati²⁵. I risultati dell'indagine 2019 mostrano i dati di sovrappeso e obesità in Emilia-Romagna (Fridel, Carrozzini, d'Anchera, 2019).

La raccolta dati ha richiesto la partecipazione attiva delle scuole, delle classi, dei bambini e dei loro genitori²⁶. Solo il 3,6% dei genitori ha rifiutato la misurazione dei propri figli. Tale valore è risultato simile a quello nazionale (5,1%) e come dato sottolinea una buona gestione della comunicazione tra ASL, scuola e genitori. In particolare, nella giornata della misurazione erano assenti 292 bambini, pari al 5% del totale di quelli iscritti. Generalmente, la percentuale di assenti è del 5-10%. La bassa percentuale di assenti tra i consensi rassicura, al pari del favorevole dato sui rifiuti, sull'attiva e convinta partecipazione dei bambini e dei genitori. I bambini ai quali è stato possibile somministrare il questionario e di cui sono stati rilevati peso e altezza sono stati quindi 5.370 ovvero il 91,4% degli iscritti negli elenchi delle classi. Hanno risposto al questionario dei genitori 5.559 delle famiglie dei

²⁵ Dal 2007 sono raccolte informazioni sugli stili di vita dei bambini della scuola primaria, sul loro stato ponderale e sulle iniziative scolastiche che favoriscono la sana nutrizione e il movimento. La metodologia standardizzata garantisce la riproducibilità e la confrontabilità dei dati raccolti, produce indicatori utili per il Piano Nazionale della Prevenzione e assicura la partecipazione dell'Italia a COSI.

²⁶ Nel 2019 nella Regione Emilia-Romagna hanno partecipato all'indagine il 100% delle scuole e il 100% delle classi sulle 265 plessi scolastici e sulle 275 classi rispettivamente campionate.

5.874 bambini iscritti²⁷. La scolarità dei genitori, usata come indicatore socioeconomico della famiglia, è stata associata in molti studi allo stato di salute del bambino.

Dal Report 2019, emerge che il questionario è stato compilato più spesso dalla madre del bambino (84,5%), meno frequentemente dal padre (14,4%) o da altra persona (1,1%). È interessante riportare le caratteristiche di entrambi i genitori dei bambini coinvolti. La maggior parte delle madri ha un titolo di scuola superiore (45,7%) o laurea (31,4%). I padri che hanno un titolo di scuola superiore sono il 45,7% e la laurea il 21,5%. Il 18% delle madri e il 23,5% dei padri sono di nazionalità straniera. Il 45,7% delle madri lavora a tempo pieno. Con il reddito a disposizione della famiglia, il 33% dei rispondenti dichiara di arrivare a fine mese con qualche difficoltà e il 6% dichiara di arrivarci con molte difficoltà.

Venendo al punto, quanti sono i bambini in sovrappeso o obesi? Tra i bambini della Regione Emilia-Romagna l'1,5% (IC 95% 1,31%-2,08%) risulta in condizioni di obesità grave, il 5,6% risulta obeso (IC 95% 4,96%-6,24%), il 19,2% sovrappeso (IC 95% 18,2%-20,3%), il 72,4% normopeso (IC 95% 71%-73,5%) e l'1,2% sottopeso (IC 95% 0,98%-1,61%). Complessivamente il 26,4% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata nell'indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella Regione sarebbe pari a 65.667, di cui obesi 17.945 (fig. 2).

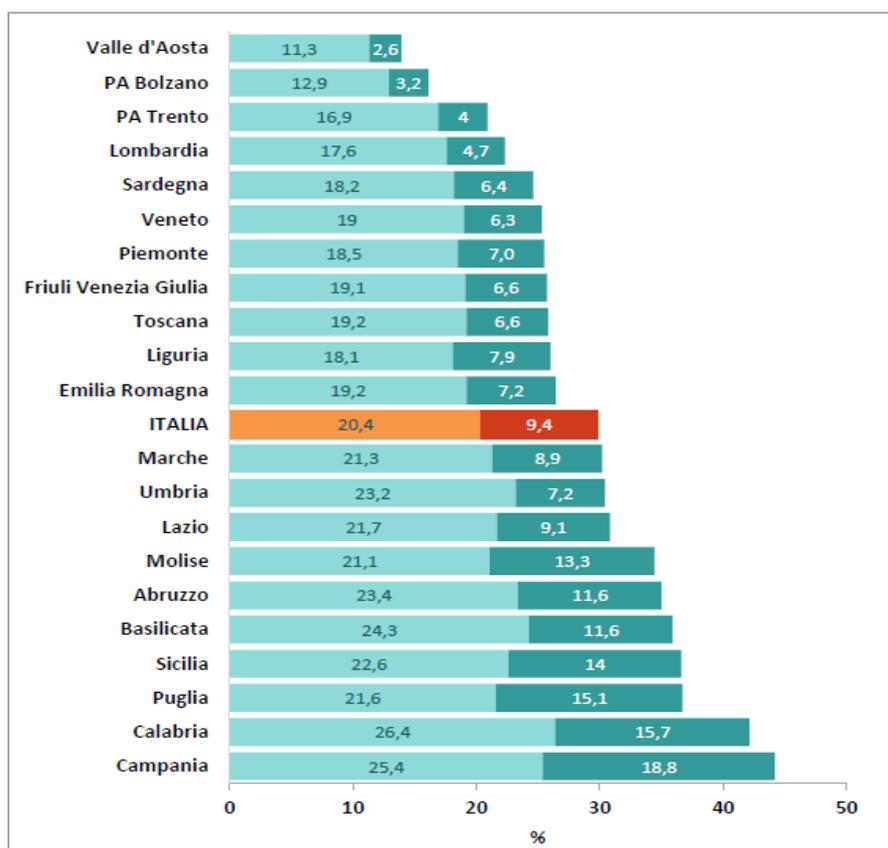
In particolare, confrontando i dati regionali delle prevalenze di sovrappeso e obesità, si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. L'Emilia Romagna si colloca a livello intermedio, con valori di sovrappeso e di obesità lievemente inferiori di quelli nazionali. Per quanto riguarda la regione, le dimensioni campionarie e le sole cinque rilevazioni non permettono di riconoscere variazioni significative sul piano statistico delle prevalenze di sovrappeso e obesità. L'analisi delle tendenze mostra una lieve diminuzione della prevalenza di obesità e un lieve aumento di quella del sovrappeso (andamenti statisticamente non significativi). Se si considera l'eccesso ponderale si osserva una tendenza piuttosto stabile.

È interessante notare il rapporto tra BMI, caratteristiche del bambino e dei genitori. In alcuni studi, il sesso del bambino, la zona geografica di abitazione, il livello di scolarità e lo stato ponderale dei genitori sono associati alla situazione di sovrappeso o obesità del bambino. I bambini che frequentano scuole in centri di 10-50.000 abitanti sono in genere più obesi. Nella Regione Emilia-Romagna le prevalenze di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e 9 anni e vi è una leggera prevalenza di sovrappeso

²⁷ La proporzione di maschi è leggermente più alta rispetto a quella di femmine nel campione. Al momento della rilevazione, la grande maggioranza dei bambini che ha partecipato allo studio aveva fra 8 e 9 anni, con una media di 8 anni e 10 mesi di vita.

nelle femmine rispetto ai maschi. Il rischio di obesità diminuisce con il crescere della scolarità della madre, da 20,4% per titolo di scuola elementare o media, al 20% per diploma di scuola superiore, a 17,5% per la laurea. È stato confrontato il BMI del bambino rispetto a quello dei genitori ed è stato valutato, in particolare, l'eccesso di peso del bambino quando almeno uno dei genitori risulta essere sovrappeso o obeso. Dai dati autoriferiti dai genitori emerge che il 21% delle madri è in sovrappeso e il 7% è obeso; i padri, invece, sono nel 44% sovrappeso e 12% obesi. Quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso il 20% dei bambini risulta in sovrappeso e il 6% obeso. Quando almeno un genitore è obeso il 29% dei bambini è in sovrappeso e il 16% obeso.

Fig. 2 – Sovrappeso e obesità per Regione (%) nei bambini di 8-9 anni di età che frequentano la 3ª primaria. Fonte: OKkio alla salute 2019



Sulla base dei dati *Passi*, relativi al periodo 2016-2019, si stima che in Emilia-Romagna l'eccesso ponderale coinvolga una quota rilevante (42%) di adulti 18-69enni. In particolare, il 30% è in sovrappeso e il 12% presenta obesità. La stima rilevata corrisponde in regione a circa 884.000 persone adulte in sovrappeso e 354.000 obese (cfr. fig. 3). L'eccesso ponderale è maggiore tra: i 50-69enni, gli uomini, le persone con basso titolo di studio e gli intervistati con difficoltà economiche. L'analisi statistica multivariata condotta mostra l'associazione positiva tra l'eccesso ponderale e le classi d'età più avanzate, il genere maschile, il basso livello d'istruzione, la presenza di molte difficoltà economiche e la cittadinanza straniera. La distribuzione della prevalenza di persone in eccesso ponderale nelle Ausl emiliano-romagnole è relativamente omogenea e non sono presenti significative differenze tra le aree territoriali (42% in Emilia Nord, Emilia Centro e in Romagna) e tra le zone geografiche omogenee (43% nei comuni di pianura/collina, 42% in quelli di montagna e 40% nei capoluoghi di Ausl). L'eccesso ponderale cresce con l'età: oltre la metà (57%) delle persone ultra 69enni è in eccesso ponderale: il 41% è in sovrappeso e il 15% presenta obesità (*Passi d'Argento*, 2016-2019).

L'esame dei Trend temporali nel periodo 2008-2019 vede la prevalenza di persone in sovrappeso in calo, mentre quella di persone con obesità in aumento. Entrambi gli andamenti sono significativi anche sul piano statistico, con significatività presenti anche a livello nazionale. La percentuale di persone in eccesso ponderale risulta costante sotto i 50 anni e in diminuzione tra 50-69 anni (andamento statisticamente significativo); non mostra gradienti significativi tra gli uomini e le donne. L'eccesso ponderale mostra un incremento tra le persone con un basso livello socioeconomico²⁸ (andamento statisticamente significativo), mentre è pressoché costante tra quelle con un livello medio-alto.

5.2 Il caso di Reggio-Emilia. Obesità, sovrappeso e prevenzione

La Provincia di Reggio Emilia ha una popolazione residente di circa 530.000 abitanti, di cui circa 80.000 (15,4%) sono bambini da 0 a 14 anni. La provincia ha 6 distretti sanitari, un ospedale di ricerca e 5 ospedali distrettuali. Dopo un aumento consistente della popolazione (1997-2013) negli ultimi anni si registra un calo demografico che ha comportato un cambiamento nella struttura e negli indici della popolazione (cfr. Piano di zona per la salute e il benessere sociale, 2018-2020).

²⁸ Il Report intende i livelli nel modo seguente: livello socioeconomico basso: persona con bassa istruzione e presenza di difficoltà economiche; livello medio: persona con bassa istruzione e assenza di difficoltà economiche oppure con alta istruzione e presenza di difficoltà economiche; livello alto: persona con alta istruzione e assenza di difficoltà economiche.

Nella Provincia di Reggio Emilia i dati dell'ultima indagine sugli stili di vita (2015-2017) evidenziano che il 40,5% degli intervistati è in sovrappeso, mentre il 26,1% conduce una vita sedentaria, cioè non svolge un lavoro pesante e non fa attività fisica. Il raffronto tra il triennio 2013-2015 e 2015-2017 evidenzia, nella provincia di Reggio Emilia, un aumento dei sedentari, mentre diminuiscono le persone in sovrappeso. Come riportato nella tab. 3, il raffronto con l'Emilia Romagna evidenzia valori più alti rispetto alla percentuale di sedentari:

Tab. 3 – Stili di vita e valori temporali. Adattamento da Piano di zona (2018)

Stili di vita	Valore 2013-2015	Valore 2014-2016	Valore 2015-2017
% sedentari			
Reggio Emilia	23,7	21,5	26,1
Emilia Romagna	21,6	21,9	23,3
% persone sovrappeso o obese			
Reggio Emilia	42,3	42,1	40,5
Emilia Romagna	42,8	42,7	42,2

Nella provincia in questione, più di un bambino su 4 è sovrappeso, mentre 1 su 10 è obeso²⁹. Il programma BMInForma, realizzato nella provincia di Reggio Emilia, s'inserisce nel programma di prevenzione dell'obesità infantile promosso dall'AUSL locale³⁰. Tale programma nasce nel 2015 e opera mediante interventi multisettoriali di prevenzione nella popolazione generale, di prevenzione secondaria nel bambino sovrappeso e di presa in carico del bambino obeso. L'obiettivo del programma è aumentare la consapevolezza del problema tra gli operatori sanitari, tra le famiglie, nelle scuole e nelle amministrazioni, al fine di promuovere un ambiente che favorisca scelte salutari – un aumento dell'attività fisica e una dieta corretta. I pediatri di libera scelta della provincia rilevano il BMI a tutti i “bilanci di salute” e valutano precocemente se un bambino è sovrappeso, avviando percorsi motivazionali con cui aiutare a ridurre il proprio BMI e a migliorare lo stile di vita. Infine, per i bambini già obesi è prevista una presa in carico da parte dei servizi specialistici.

Nel 2011, nella Provincia di Reggio Emilia è stato progettato uno studio clinico randomizzato per testare l'efficacia di un intervento basato sulla tecnica del colloquio motivazionale offerto dai pediatri ai loro assistiti

²⁹ Cfr. anche Regione Emilia Romagna – SSR Emilia Romagna (2017). Si ringrazia il dott. Paolo Giorgi Rossi e la dott.ssa Laura Bonvicini per i diversi suggerimenti offerti in materia epidemiologica e per le preziose indicazioni.

³⁰ Sull'importanza di tale programma nell'evoluzione dei servizi e della prevenzione dell'obesità infantile a Reggio Emilia cfr. Giorgi Rossi *et al.* 2020. Per approfondire si veda <https://www.ausl.re.it/bminforma>.

sovrappeso, cioè bambini con BMI tra 85° e 95° percentile, di età compresa tra 4 e 7 anni.

L'articolo di Broccoli e colleghi (2016) affronta il tema dell'obesità infantile e, nello specifico, l'effetto sui bambini in sovrappeso di colloqui motivazionali con i pediatri³¹. La partecipazione capillare dei pediatri ha reso tale studio uno dei primi studi sperimentali condotti esattamente nel *setting* di sanità pubblica a cui si vorrebbe rivolgere l'intervento. Il colloquio motivazionale guidato dal pediatra può essere un modo efficace di controllare il BMI nei bambini in sovrappeso a breve termine. La sua efficacia a lungo termine è sconosciuta. L'obiettivo primario era determinare se l'impatto a breve termine (12 mesi) delle interviste motivazionali condotte da pediatri familiari sul BMI di bambini in sovrappeso potesse essere sostenuto a lungo termine (24 mesi), in assenza di altri interventi. Dopo 12 mesi, il gruppo di bambini che ha partecipato ai colloqui motivazionali ha avuto un vantaggio in termini di controllo del BMI e di piccoli cambiamenti positivi nella dieta e nell'attività fisica quotidiana. L'efficacia dell'intervento è stata maggiore nelle bambine e nei figli di madri con alto livello d'istruzione. È stata poi pianificata una visita di *follow up* dopo 12 mesi dalla fine dell'intervento, per valutare se i buoni risultati ottenuti fossero mantenuti a lungo termine. Il 91% dei bambini ha partecipato alla visita di *follow up*. Il risultati dicono che, dopo un anno in assenza di intervento, i trattati hanno perso il vantaggio in termini di BMI che avevano ottenuto alla fine dell'intervento, anche se alcune abitudini alimentari rimangono leggermente migliori rispetto ai bambini del gruppo di controllo³².

Concludendo, i colloqui motivazionali offerti dai pediatri hanno un effetto positivo nell'immediato, ma i risultati non si sono mantenuti a un anno dalla fine dell'intervento. Uno dei punti di forza dello studio è stata la capacità di testare allo stesso tempo l'efficacia di questo tipo d'intervento e la sua fattibilità e sostenibilità. Delle 419 famiglie ammissibili, 372 (89%) hanno partecipato; 187 bambini sono stati randomizzati a ricevere interventi e 185 alle cure abituali. Il 95% dei bambini ha partecipato al *follow up* di 12 mesi e il 91% ha partecipato al *follow up* di 24 mesi. Dopo il periodo di intervento di 12 mesi, il BMI nel gruppo di intervento è aumentato meno rispetto al gruppo di controllo (0,46 e 0,78, rispettivamente; differenza -0,32; P = 0,005). Al *follow up* di 24 mesi, la differenza era scomparsa (1,52 e 1,56,

³¹ Sul tema cfr. anche Davoli *et al.* (2013) e Broccoli *et al.* (2019).

³² I bambini sono stati reclutati nel 2011 da pediatri di famiglia che lavorano nella provincia di Reggio Emilia, in Italia, e sono stati assegnati in modo casuale a ricevere 5 interviste rilasciate in un periodo di 12 mesi o le normali cure. I partecipanti eleggibili erano tutti bambini in sovrappeso di età compresa tra 4 e 7 anni residenti nella provincia di Reggio Emilia che avevano ricevuto cure dal pediatra per ≥ 12 mesi. L'*outcome* primario di questo studio è stata la variazione individuale del BMI tra la visita basale e il *follow up* di 24 mesi, valutato da pediatri non ciechi rispetto all'assegnazione del gruppo di trattamento.

rispettivamente; differenza $-0,04$; $P = .986$). Lo studio conclude affermando che l'intervento ha perso efficacia entro 1 anno dalla cessazione.

Dati interessanti emergono dallo studio di Broccoli e colleghi (2020) di cui riprendo ora i punti interni alla discussione dei dati. In tale studio (*population-based cohort*) emerge che il 70,9% dei bambini affetti da obesità a 5 anni erano già affetti da sovrappeso/obesità a 3 anni. È importante notare che l'82,9% dei bambini affetti da obesità a 5 anni presentavano un peso normale per l'età gestazionale alla nascita. Pertanto, essere almeno in sovrappeso, in una precedente visita di controllo, è un forte predittore dell'essere affetti da obesità alla visita successiva nei bambini in età prescolare (sensibilità di circa 71%) e le probabilità di essere affetti da obesità a 5 anni se almeno in sovrappeso all'età di 3 è di circa il 28%.

È da sottolineare che lo studio non conferma un ruolo indipendente delle traiettorie crescenti dalla nascita ai 3 anni in obesità all'età di 5 anni. Infatti, i bambini con traiettorie crescenti dalla nascita ai 3 anni presentano un rischio di obesità maggiore a 5 anni rispetto ai bambini con traiettoria stabile. Tuttavia, stratificando per gruppi di peso all'età di 3 anni, l'effetto della traiettoria è scomparso. Ciò si è mostrato in linea con gli studi che hanno analizzato l'effetto del BMI precoce sull'obesità della tarda infanzia, dimostrando che le traiettorie che portano all'obesità sono simili fino al secondo o al terzo anno di vita, quando iniziano a essere distinguibili. Sebbene sia prevista una forte associazione per misurazioni così ravvicinate nel tempo, ad esempio il peso all'età di 3 e 5 anni, oltre il 50% dei bambini in sovrappeso/obesi e il 18% dei bambini obesi a 3 anni, hanno un peso normale a 5 anni, dimostrando che a questa età l'obesità può essere reversibile. Poiché lo studio ha interrotto il *follow up* solo a metà dell'età di "rimbalzo" (*rebound*) delle adiposità, non è stato osservato come le traiettorie in questo periodo critico influenzino il BMI nella pubertà e nell'adolescenza.

Tra le altre limitazioni che lo studio riporta, rientra il suo innestarsi nell'intervento BMIinforma, un intervento di sanità pubblica rivolto a tutti i bambini residenti sulla base delle linee guida regionali sulla prevenzione dell'obesità infantile. Gli interventi di campagne di informazione per i bambini in età prescolare sono abbastanza standard nelle scuole e in *partnership* con i comuni per promuovere l'attività fisica e sono presenti nella maggior parte dei distretti industrializzati.

Quindi, i risultati di tale studio potrebbero essere influenzati dalle azioni intraprese dalla ASL locale. Tuttavia, l'intervento più specifico di screening e consulenza per tutti i bambini in sovrappeso è rivolto solo a quelli di 5 anni. Pertanto, le associazioni trovate nello studio non sono state influenzate poiché sia le esposizioni, sia il risultato erano già stati valutati prima di offrire l'intervento. Tuttavia, la generalizzabilità dei risultati può essere limitata solo a quei paesi che hanno attuato interventi simili. D'altra parte, innestare lo studio su un intervento basato sulla popolazione ha permesso di avere una coorte

rappresentativa della quasi totalità della popolazione. Inoltre, tutte le misurazioni sono state eseguite da pediatri e riportate in modo standardizzato.

Da una prospettiva di salute pubblica, lo studio mostra che se si propongono interventi efficaci di prevenzione ai bambini di 3 anni in sovrappeso/obesi, i quali rappresentano il 9,8% della popolazione, ovvero circa 450 bambini nel 2020 in provincia di Reggio Emilia, è possibile forse “rivolgersi” al 71% dei bambini potenzialmente minacciati dall’obesità all’età di 5 anni: cioè circa 120 dei 170 bambini che sarebbero obesi in assenza dell’intervento.

Bibliografia consultata

- Adair J.D., Pleatman M.A. (2008), “Definition of Obesity and Indications for Surgery”, in Nguyen N.T., De Maria E.J., Ikramuddin S., Hutter M.M. (eds.), *The Sages Manual*, Springer, New York, NY.
- Baskin M.L., Ard J., Franklin F., Allison D.B. (2005), *Prevalence of obesity in the United States*, «Obesity Review», Feb., 6, (1), 5-7.
- Bays H.E., McCarthy W., Christensen S., Tondt J., Karjoo S., Davisson L., Ng J., Golden A., Burrige K., Conroy R., Wells S., Umashanker D., Afreen S., DeJesus R., Salter D., Shah N., Richardson L. (2020), *Obesity Algorithm*, presented by the Obesity Medicine Association.
- Berenson G.S., Bogalusa Heart Study Group (2012), *Health consequences of obesity*, «Pediatric blood & cancer», 58, 1, pp. 117-121.
- Berghofer A., Pischon T., Reinhold T., Apovian C.M., Sharma A.M., Willich S.N. (2008), *Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review*, «BMC Public Health», 5, 8, 200.
- Bosello O., Cuzzolaro M. (2013), *Obesità*, il Mulino, Bologna.
- Bray G., Bouchard C., James W. (1998), “Definitions and proposed current classification of obesity”, in Bray G. (eds.), *Handbook of Obesity*, pp. 31-40, Dekker, New York.
- Bray G., Champagne C.M. (2005), *Beyond energy balance: there is more to obesity than kilocalories*, «Journal of the American Dietetic Association», 105, 5, pp. 17-23.
- Broccoli S., Bonvicini L., Djuric O., Candela S., Davoli A.M., Ferrari E., Panza C., Storani S., Tamelli M., Fabbri A., Giorgi Rossi P. (2019), *Understanding the association between mother’s education level and effectiveness of a child obesity prevention intervention: a secondary analysis of an RCT*, «Epidemiologia Preventiva», 44, (5-6) Suppl 1, XX.
- Broccoli S., Davoli A.M., Bonvicini L., Fabbri A., Ferrari E., Montagna G., Panza C., Pinotti M., Storani S., Tamelli M., Candela S., Bellocchio E., Giorgi Rossi P. (2016), *Motivational Interviewing to Treat Overweight Children: 24-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial*, «Pediatrics», Jan., 137, (1), e20151979.

- Broccoli S., Djuric O., Bonvicini L., Davoli A.M., Ferrari E., Ferrari F., Street M.E., Giorgi Rossi P. (2020), *Early life weight patterns and risk of obesity at 5 years: A population-based cohort study*, «Preventive Medicine», 134, 106024.
- Caballero B. (2007), *The global epidemic of obesity: an overview*, «Epidemiological Review», pp. 29, pp. 1-5.
- Caldeira, S., Carvalho R., Storcksdieck genannt Bonsmann S., Wollgast J., Safkan S. (2018), *Socio-economic regional microscope series - Mapping and zooming in on childhood obesity*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Calle E.E., Rodriguez C., Walker-Thurmond K., Thun M.J. (2003), *Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults*, «New England Journal of Medicine», 348, pp. 1625-1638.
- Chooi Y.C., Ding C., Magkos F. (2019), *The epidemiology of obesity*, «Metabolism», 92, pp. 6-10.
- Christofoletti M., Del Duca G.F., da Silva K.S., Meneghini V., Malta D.C. (2019), *Physical inactivity, television time and chronic diseases in Brazilian adults and older adults*, Health Promotion Int.
- Costa G., Marinacci C., Caiazzo A., Spadea T. (2003), *Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian case*, «International Journal of Health Services», 33, (4), pp. 635-67.
- Council on Communication and Media (2011), *Children, Adolescents, Obesity, and the Media*, «Pediatrics», Jul., 128, (1), pp. 201-208.
- Cumming T.B., Holliday E., Dunstan D., English C. (2019), *Television Viewing Time and Stroke Risk: Australian Diabetes Obesity and Lifestyle Study (1999-2012)*, «Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases», 28, 4, pp. 963-970.
- Davoli A.M., Broccoli S., Bonvicini L., Fabbri A., Ferrari E., D'Angelo S., Di Buono A., Montagna G., Panza C., Pinotti M., Romani G., Storani S., Tamelli M., Candela S., Giorgi Rossi P. (2013), *Pediatrician-led motivational interviewing to treat overweight children: an RCT*, «Pediatrics», Nov., 132, (5), e1236-46.
- de Lusignan S., Hague N., van Vlymen J., Dhoul N., Chan T., Thana L., Kumarapeli P. (2006), *A study of cardiovascular risk in overweight and obese people in England*, «European Journal of General Practice», 12, (1), pp. 19-29.
- Deurenberg P., Deurenberg-Yap M., Guricci S. (2002) *Asians are different from Caucasians and from each other in their body mass index/body fat per cent relationship*, «Obesity Review», 3, (3), 141-146.
- Eisenmann J.C. (2006), *Insight into the causes of the recent secular trend in pediatric obesity: Common sense does not always prevail for complex, multi-factorial phenotypes*, «Preventive Medicine», 42, pp. 329-335.
- (2003), *Secular trends in variables associated with the metabolic syndrome of North American children and adolescents*, «American Journal of Human Biology», 15, pp. 786-794.
- Encyclopedia of Obesity (2008), edited by Keller K., Sage, London.
- Eufic – European Food Information Council (2006), *Fondamenti*, n. 6.
- European Commission (2018), *New Eurobarometer on sport and physical activity*, March.
- European Commission (2014), *Special Eurobarometer 412 - Sport and Physical Activity*, March.

- Eurostat (2014), *Overweight and obesity - BMI statistics*. Data presented in 2014.
- Fao, Ifad, Unicef, Wfp, Who (2018), *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018. Building climate resilience for food security and nutrition*. FAO, Roma.
- Ferrante M., Cernigliaro A., Immordino P., Scondotto S. (2016), “Prevalenza di sovrappeso e obesità in Italia: questione meridionale o disagio sociale?”, in Costa G., Crialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P., Menniti Ippolito F. (a cura di), *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*, pp. 80-93, Istituto Superiore di Sanita, Roma.
- Ferraro K.F., Kelley-Moore J.A. (2003), *Cumulative disadvantage and health: long-term consequences of obesity?*, «American Sociological Review», 68, (5).
- Field A.E., Coakley E.H., Must A., Spadano J.L., Laird N., Dietz W.H., Rimm E., Colditz G.A. (2001), *Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period*, «Archives of Internal Medicine», 161, pp. 1581-1586.
- Finucane M.M., Stevens G.A., Cowan M.J., Danaei G., Lin J.K., Paciorek C.J., Singh G.M., Gutierrez H.R., Lu Y., Bahalim A.N., Farzadfar F., Riley L.M., Ezzati M., Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index) (2011), *National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants*, «Lancet», 377, 9765, pp. 557-567.
- Flegal K.M., Ogden C.L., Yanovski J.A., Freedman D.S., Shepherd J.A., Graubard B.I., Borrud L.G. (2010), *High adiposity and high body mass index-for-age in U.S. children and adolescents overall and by race-ethnic group*, «American Journal of Clinical Nutrition», 91, (4), pp. 1020-1126.
- Fridel M., Carrozzi G., d'Anchera E. (2019), *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2019. Regione Emilia-Romagna*.
- Fridel M., Tripodi A., Mignani R., Carrozzi G. (a cura di) (2016), *OKkio alla salute. Risultati dell'indagine 2016. Regione Emilia-Romagna*.
- Gallus S., Lugo A., Bosetti C., Boffetta P., La Vecchia C., Murisic B. (2015), *Overweight and obesity in 16 European countries*, «European Journal of Nutrition», 54, Aug., (5), pp. 679-689.
- Gargiulo L., Bologna E., Iannucci L. (2017) “Epidemiologia dell’obesità in Italia e alcuni aspetti della qualità della vita”, in Istituto Auxologico Italiano (Aa. Vv.), *8° Rapporto sull’obesità in Italia. Obesità e sonno: dalla patogenesi alla terapia*, pp. 3-23, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Garrow J.S. (1988), *Obesity and related diseases*, Livingstone, Churchill.
- Giorgi Rossi P., Ferrari F., Amarri S., Bassi A., Bonvicini L., Dall’Aglia L., Della Giustina C., Fabbri A., Ferrari A.M., Fontana M., Foracchia M., Gallelli T., Ganugi G., Ilari B., Lo Scocco S., Maestri G., Moretti V., Panza C., Pinotti M., Prandini R., Storani S., Street M.E., Tamelli M., Trowbridge H., Venturelli F., Volta A., Davoli A.M. (2020), *Childhood Obesity Prevention Working Group Describing the Process and Tools Adopted to Cocreate a Smartphone App for Obesity Prevention in Childhood: Mixed Method Study*, «JMIR Mhealth Uhealth», 8, (6): e16165.

- Guo C., Zhou Q., Zhang D., Qin P., Li Q., Tian G., Cheng C. (2019), *Association of total sedentary behaviour and television viewing with risk of overweight/obesity, type 2 diabetes and hypertension: A dose-response meta-analysis*, «Diabetes, obesity & metabolism», Jan., 22(1), pp. 79-90.
- Gray C.L., Messer L.C., Rappazzo K.M., Jagai J.S., Grabich S.C., Lobdell D.T. (2018), *The association between physical inactivity and obesity is modified by five domains of environmental quality in US adults: A cross-sectional study*, «PloS One», 13, (8), e0203301.
- Hales C.M., Carroll M.D., Fryar C.D., Ogden C.L. (2017), *Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2015–2016*, NCHS data brief, no 288, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD.
- HBSC – Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare (2014), *Il Sistema di Sorveglianza*, Italia.
- Heitmann B.L., Frederiksen P., Lissner L. (2004), *Hip circumference and cardiovascular morbidity and mortality in men and women*, «Obesity Research», 12, (3), pp. 482-487.
- Helmchen L.A., Henderson R.M. (2004), *Changes in the distribution of body mass index of white US men, 1890-2000*, *Annual of Humun Biology*, Mar-Apr; 31, (2), pp. 174-81.
- Heshka S., Allison D.B. (2001), *Is obesity a disease?*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 25, 10, pp. 1401-1404.
- Hill J.O., Wyatt H.R. (2005), *Role of physical activity in preventing and treating obesity*, «Journal of Applied Physiology», 99, (2), pp. 765-770.
- Hruby A., Hu F.B. (2015), *The Epidemiology of Obesity: A Big Picture*, «Pharmacoeconomics», Jul., 33, (7), pp. 673-689.
- Hu F.B. (ed.) (2008), *Obesity Epidemiology*, Oxford University Press, New York.
- IOTF – International Obesity Taskforce (2013), *Obesity prevalence worldwide*. Italian Obesity Barometer Report (2020), *Obesity Monitor*, Anno 2, n. 1. (2019), *Obesity Monitor*, Anno 1, n. 1.
- ISCED – International Standard Classification of Education (2011), Unesco, Institute for Statistics (UIS).
- Istituto Auxologico Italiano – 8° Rapporto sull’Obesità in Italia (2017), *Obesità e sonno: dalla patogenesi alla terapia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat (2019), *Report – Stili di vita di bambini e ragazzi – anni 2017-2018*, Roma.
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat, Bologna E. (2016), *Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà*, Statistiche report, Roma.
- James W.P.T. (2019), “Epidemiology of Obesity”, in Sbraccia P., Finer N. (eds.), *Obesity. Endocrinology*, Springer, Cham.
- Jialin C., Zeng R. (2020), “Obesity”, in Wan X.H., Zeng R. (eds.), *Handbook of Clinical Diagnostics*, Singapore: Springer.
- Jordan A.B. (2019), *The role of media in childhood obesity*, in Debasis B. (eds.) *Global Perspectives on Childhood Obesity*, pp. 421-428, Academic Press.
- Katzmarzyk P.T., Chaput J.P., Fogelholm M., Hu G., Maher C., Maia J., Olds T., Sarmiento O.L., Standage M., Tremblay M.S., Tudor-Locke C. (2019), *International Study of Childhood Obesity, Lifestyle and the Environment*

- (ISCOLE): *Contributions to Understanding the Global Obesity Epidemic*. «Nutrients», 15, 11, (4), 848.
- Keith S.W., Redden D.T., Katzmarzyk P.T., Boggiano M.M., Hanlon E.C., Benca R.M., Ruden D., Pietrobelli A., Barger J.L., Fontaine K.R., Wang C., Aronne L.J., Wright S.M., Baskin M., Dhurandhar N.V., Lijoi M.C., Grilo C.M., DeLuca M., Westfall A.O., Allison D.B. (2006), *Putative contributors to the secular increase in obesity: exploring the roads less traveled*, «International Journal of Obesity» (London), Nov., 30, (11), 1585-1594.
- Khan A., Khan S., Zia-ul-Islam S., Manan Tauqeer A., Riffat, Khan M. (2017), *Causes, sign and symptoms of malnutrition among the children*, «Journal of Nutrition and Human Health», 1, (1), pp. 24-27.
- Kim D., Hou W., Wang F., Arcan C. (2019), *Peer Reviewed: Factors Affecting Obesity and Waist Circumference Among US Adults*, «Preventing chronic disease», 16, 3, 180220.
- Kleinert S., Horton R. (2019), *Obesity needs to be put into a much wider context*, «The Lancet», 393(10173), pp. 724-726.
- Kohorst M.A., Warad D.M., Nageswara Rao A.A., Rodriguez V. (2018), *Obesity, sedentary lifestyle, and video games: The new thrombophilia cocktail in adolescents*, «Pediatric blood & cancer», 65, (7), e27041.
- Kopelman P.G., Finer N. (2001), *Reply: Is obesity a disease?*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder», 25, 10, pp. 1405-1406.
- Kyrou I., Randeve H.S., Tsigos C., Kaltsas G., Weickert M.O. (2018), “Clinical Problems Caused by Obesity”, in Feingold K.R., Anawalt B., Boyce A., Chrousos G., de Herder W.W., Dungan K., Grossman A., Hershman J.M., Hofland J., Kaltsas G., Koch C., Kopp P., Korbonits M., McLachlan R., Morley J.E., New M., Purnell J., Singer F., Stratakis C.A., Trencle D.L., Wilson D.P., (eds.) *Endotext*, MDText.com, Inc., South Dartmouth (MA).
- Lent M., Hill T.F., Dollahite J.S., Wolfe W.S., Dickin K.L. (2012), *Healthy Children, Healthy Families: Parents Making a Difference! A Curriculum Integrating Key Nutrition, Physical Activity, and Parenting Practices to Help Prevent Childhood Obesity*, «Journal of Nutritional Education», 44, (1), pp. 90-92.
- Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D., Danaei G., Shibuya K., Adair-Rohani H., et al. (2012), *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*, «Lancet», Dec. 15, 380, (9859), pp. 2224-2260.
- Lugo A., Gallus S. (2016), “Prevalenza dell’obesità tra gli adulti in Italia nel periodo 1994-2013”, in Costa G., Crialesi R., Migliardi A., Gargiulo L., Sebastiani G., Ruggeri P., Menniti Ippolito F., *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*, pp. 71-79, Rapporti ISTISAN 16/26. In: https://www.iss.it/documents/20126/45616/16_26_web.pdf/1ab99767-3a3c-7164-aa0d-c541b8268b75?t=1581099206880.
- Maffei C., Licenziati M.R., Vania A., Garofalo P., Di Mauro, G., Caroli M. Morino G., Siani P., Chiamenti G. (2016), “Childhood Obesity”, in Sbraccia P., Nisoli E., Vettor R. (eds.), *Clinical Management of Overweight and Obesity*, Cham, Springer.

- Marchesi F., Valente M., Riccò M. *et al.* (2021), *Effects of Bariatric Surgery on COVID-19: a Multicentric Study from a High Incidence Area*, «Obesity Surgery», <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05193-w>.
- Marques A., Peralta M., Naia A., Loureiro N., de Matos M.G. (2014), *Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014*, «European Journal of Public Health», Apr 1, 28, (2), pp. 295-300.
- Martínez J.A., Kearney J.M., Kafatos A., Paquet S., Martínez-González M.A. (1999), *Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union*, «Public Health Nutrition», 2, pp. 125-133.
- McAllister E.J., Dhurandhar N.V., Keith S.W., Aronne L.J., Barger J., Baskin M., Benca R.M., Biggio J., Boggiano M.M., Eisenmann J.C., Elobeid M., Fontaine K.R., Gluckman P., Hanlon E.C., Katzmarzyk P., Pietrobelli A., Redden D.T., Ruden D.M., Wang C., Waterland R.A., Wright S.M., Allison D.B. (2009), *Ten Putative Contributors to the Obesity Epidemic*, «Critical Reviews in Food Science and Nutrition», 49, 10, pp. 868-913.
- Must A., Evans E.W. (2011), *The epidemiology of obesity*, in Cawley J. (ed.), *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity*, Oxford Handbooks Online.
- Nader P.R., O'Brien M., Houts R., Bradley R., Belsky J., Crosnoe R., Friedman S., Mei Z., Susman E.J., National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (2006), *Identifying risk for obesity in early childhood*, «Pediatrics», Sep., 118, (3), e594-601.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), *Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults*, «Lancet», 390, 10113, pp. 2627-2642.
- Neumark-Sztainer D., Wall M.M., Larson N., Story M., Fulkerson J.A., Eisenberg M.E., Hannan P.J. (2012), *Secular trends in weight status and weight-related attitudes and behaviours in adolescents from 1999 to 2010*, «Preventive medicine», 54, 1, pp. 77-81.
- Ng M., Fleming T., Robinson M., Thomson B., Graetz N., Margono C., *et al.* (2014), *Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, «Lancet», Aug. 30, 384, (9945), pp. 766-781
- NHLBI – National Institute of Health (1998), *Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report*, «Obesity Research», Sep., 6, Suppl. 2, 51S-209S.
- Nicolucci, A., Sbraccia P., Guerra R. *et alii* (2015), *Il burden of disease dell'obesità in Italia – Health Policy in Non-Communicable Disease*, Speciale 2015, n. 1., Ibdof Foundation.
- Nuttall F.Q. (2015), *Body Mass Index: Obesity, BMI, and Health: A Critical Review*, «Nutrition Today», May, 50, (3), pp. 117-128.
- OECD – Organization for Economic Co-operation and Development (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD, Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- OECD – Organization for Economic Co-operation and Development (2018), *Health at a Glance: Europe 2018*, State of Health in the EU Cycle. November 22.

- OECD – Organization for Economic Co-operation and Development (2017), *Health at a Glance 2017*, OECD Indicators. November 10.
- OECD – Organization for Economic Co-operation and Development (2012), *Obesity Update 2012*, Paper, <http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>.
- Ogden C.L., Carroll M.D., Flegal K.M. (2008), *High body mass index for age among US children and adolescents, 2003-2006*, «JAMA», May 28, 299, (20), 2401-2405.
- Ogden C.L., Carroll M.D., Fryar C.D., Flegal K.M. (2015), *Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011–2014*. NCHS data brief, no 219, National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD.
- Ogden C.L., Yanovski S.Z., Carroll M.D., Flegal K.M. (2007), *The epidemiology of obesity*, «Gastroenterology», May, 132, (6), pp. 2087-2102.
- Oja P. (2004), “How fit are we for health?”, in Oja P., Borms J. (eds.), *Health enhancing physical activity*, vol. 6., Meyer & Meyer Sport: Oxford.
- Oppert J.M., Thomas F., Charles M.A., Benetos A., Basdevant A., Simon C. (2006), *Leisure-time and occupational physical activity in relation to cardiovascular risk factors and eating habits in French adults*, «Public Health Nutrition», 9, (6), pp. 746-754.
- Peeters A., Barendregt J.J., Willekens F., Mackenbach J.P., Al Mamun A., Bonneux L. NEDCOM – the Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group (2003), *Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis*, «Annals of Internal Medicine», 138 (1), pp. 24-32.
- Pérez-Cueto F.J., Verbeke W., de Barcellos M.D., Kehagia O., Chryssochoidis G., Scholderer J., Grunert K.G. (2010), *Food-related lifestyles and their association to obesity in five European countries*, «Appetite», 54, pp. 156-162.
- Piano di zona per la salute e il benessere sociale 2018-2020 – Distretto di Reggio Emilia (2018) – Comune di Reggio Emilia, Unione Terra di Mezzo (Comuni di Bagnolo in Piano, Cadelbosco di Sopra, Castelnuovo di Sotto), Unione Colline Matildiche (Comuni di Albinea, Quattro Castella e Vezzano sul Crostolo), Azienda USL Distretto di Reggio Emilia, 31 luglio.
- Popkin B.M., Corvalan C., Grumen-Strawn L.M. (2019), *Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality*, «Lancet», 395, pp. 65-74.
- Poulain J.-P. (2009), *Sociologie de l'obésité*, Puf, Paris.
- Purnell J.Q. (2018), “Definitions, Classification, and Epidemiology of Obesity”, in Feingold K.R., Anawalt B., Boyce A., Chrousos G., de Herder W.W., Dungan K., Grossman A., Hershman J.M., Hofland J., Kaltsas G., Koch C., Kopp P., Korbonits M., McLachlan R., Morley J.E., New M., Purnell J., Singer F., Stratakis C.A., Trencle D.L., Wilson D.P. (eds.), *Endotext*, MDText.com., South Dartmouth (MA).
- Quaderno della Salute Nazionale (2017), *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*, «Quaderni del Ministero della Salute», n. 29, settembre.
- (2011), *Obesità – Appropriatelyzza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito*, «Quaderni del Ministero della Salute», n. 10 luglio - agosto.

- Rapporto Osservasalute (2020). *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane 2019*.
- Regione Emilia Romagna – SSR Emilia Romagna (2017), *La prevenzione dell'obesità infantile: meno nove mesi più tre anni. Focus sul periodo della gravidanza e dei primi 3 anni di vita del bambino*, n. 94, Prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro.
- Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C.J. (2003), *Health consequences of obesity*, «Archives of Diseases in Childhood», 88, pp. 748-752.
- Rissanen A. Heliövaara M., Knekt P., Reunanen A., Aromaa A., Maatela J. (1990), *Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population*, «British Medical Journal», 301, (6756), pp. 835-837.
- Sahoo K., Sahoo B., Choudhury A.K., Sofi N.Y., Kumar R., Bhadoria A.S. (2015) *Childhood obesity: causes and consequences*, «Journal of Family Medicine and Primary Care», 4, (2), pp. 187-192.
- Sassi F. (a cura di) (2010), *Obesity and the Economics of Prevention: Fit Not Fat*, OECD, Paris.
- Sbraccia P., Finer N. (2020), *Obesity. Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. Part of the Endocrinology book series (ENDOCR)*, Springer, Cham.
- Seidell J.C. (1997), *Time trends in obesity: an epidemiological perspective*, «Hormone and Metabolic Research», 29, (4), pp. 155-158.
- Seidell J.C., Visscher T.L., Hoozeveer R.T. (1999), *Overweight and obesity in the mortality rate data: current evidence and research issues*, «Medicine and Science in Sports and Exercise», 31, (Suppl. 11), S. 597-S. 601.
- Strasburger V.C., Wilson B.J., Jordan A.B. (2009), *Children, Adolescents, and the Media*. 2nd ed., Sage, Thousand Oaks: CA.
- Swinburn B., Gill T., Kumanyika S. (2005), *Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action*, «Obesity Review», 6, (1), pp. 23-33.
- Townsend N., Rutter H., Foster C. (2012) *Age differences in the association of childhood obesity with area-level and school-level deprivation: cross-classified multilevel analysis of cross-sectional data*, «International Journal of Obesity» (London), 36, pp. 45-52.
- Unicef – Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (2019), *Rapporto "Diamogli peso: l'impegno dell'UNICEF per combattere la malnutrizione"*, Roma.
- van Dam R.M., Boer J.M.A., Feskens, E.J.M., Seidell J.C. (2001), *Parental history of diabetes modifies the association between abdominal adiposity and hyperglycemia*, «Diabetes Care», 24, pp. 1454-1459.
- Viner R.M., Cole T.J. (2005), *Television viewing in early childhood predicts adult body mass index*, «World Journal of Pediatrics», 147, (4), pp. 429-435.
- Visscher T.L. Seidell J.C., Molarius A., van der Kuip D., Hofman A., Witteman J.C. (2001), *A comparison of body mass index, waist-hip ratio and waist circumference as predictors of all-cause mortality among the elderly: the Rotterdam study*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 25, (11), pp. 1730-1735.
- Visscher T.L., Seidell J.C. (2001), *The public health impact of obesity*, «Annual Review of Public Health», 22, pp. 355-375.

- Whiting S., Buoncristiano M., Gelius P. *et alii* (2021), *Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6-9 Years in 25 Countries: An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015-2017*, «Obes Facts», 14, (1), pp. 32-44.
- WHO – World Health Organization (2021), *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): eating habits of children in 23 European countries*, WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization (2019), *Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region. An overview and country perspectives*.
- WHO – World Health Organization (2018a), *Childhood Obesity Surveillance Initiative*, Highlights, 2015-17. Preliminary data.
- WHO – World Health Organization (2018b), *Health Situation In The European Region*. European Health Report.
- WHO – World Health Organization (2018c), *European health report*. <https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018>
- WHO – World Health Organization (2018d), *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children*. WHO Regional Office for Europe.
- WHO – World Health Organization (2017), *Report of the commission of Ending Childhood Obesity*. Implementation Plan: Executive Summary.
- WHO – World Health Organization (2016), *Report of the commission on ending childhood obesity*. <https://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-plan-executive-summary/en/>.
- WHO – World Health Organization (2015), *World Health Day 2015: Food safety, 7 April 2015 – How safe is your food? From farm to plate make food safe*, Campaign Tool Kit.
- WHO – World Health Organization (2014a), *Physical activity - Fact sheet*, N. 385.
- WHO – World Health Organization (2014b), *European Childhood Obesity Surveillance Initiative WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative*, Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010).
- WHO – World Health Organization (2014b), *Regional Office for Europe. Obesity and inequities: guidance for addressing inequities in overweight and obesity*.
- WHO – World Health Organization (2013a), *WHO global database on body mass index*.
- WHO – World Health Organization (2013b), *Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States*. Methodology and summary.
- WHO – World Health Organization (2013c), *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- WHO – World Health Organization (2013d), *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*.
- WHO – World Health Organization (2012), *Obesity and Overweight: Fact Sheets*, N. 311, May 2012.

- WHO – World Health Organization (2011), *WHO global infobase*.
- WHO – World Health Organization (2007), *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*.
- WHO – World Health Organization (2005), *The SuRF Report 2*. Surveillance of chronic disease risk factors, Geneva, Switzerland.
- WHO – World Health Organization (2000), *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894., Geneva.
- WHO – World Health Organization (1998), *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, World Health Organization, Genève.
- WHO – World Health Organization (1992), *ICD-10. International Classification of Disease and Related Health Problem*, 10th Revision, 3 voll. Genève.
- Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Bautista L., Franzosi M.G., Commerford P., Lang, C.C., Rumboldt Z., Onen C.L., Lisheng L., Tanomsup S., Wangai P., Jr Razak F., Sharma A.M., Anand, S.S., Interheart Study Investigators (2005), *Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case control study*, «Lancet», 366 (9497), pp. 1640-1649.

2. Il disegno della ricerca

di Riccardo Prandini, Andrea Bassi, Gianluca Maestri ed Elena Macchioni

1. Il contesto della ricerca

L'indagine illustrata e commentata nel presente volume nasce e prende forma nell'ambito di un progetto di ricerca europeo denominato CoSIE¹. Il progetto CoSIE contribuisce alle dimensioni democratiche e all'inclusione sociale attraverso la co-creazione di servizi pubblici coinvolgendo diversi gruppi di cittadini e di stakeholder. Utilizzando diverse fonti di dati (open data, social media) coniugate con l'impiego innovativo delle ITC (*data-analytics, Living Lab, Community reporting*) in nove progetti pilota, il progetto introduce la cultura della sperimentazione che comprende diversi *stakeholder* per co-creare innovazioni nei servizi.

Il progetto CoSIE si propone pertanto di perseguire due macro-obiettivi:

- *promuovere* il ruolo attivo dei cittadini e delle loro reti di supporto informale nell'individuazione delle priorità dei servizi oggetto della sperimentazione;

- *coinvolgere* i cittadini nella progettazione collaborativa di servizi pubblici locali – in particolare guardando ai cittadini definiti *hard to reach*.

I due macro-obiettivi si articolano in sei sotto-obiettivi:

- 1) sviluppare risorse concrete fondate su *asset-based knowledge* per sostenere modalità innovative – da parte degli attori del servizio pubblico – nella ridefinizione dei processi operativi;

- 2) sperimentare la realizzazione di nove progetti pilota volti a co-creare una serie di servizi pubblici che prevedono varie combinazioni di attori del settore pubblico, della società civile e dell'ambito economico-commerciale;

- 3) raccogliere conoscenze trasversali tratte dai progetti pilota e utilizzare metodi di visualizzazione innovativi per condividere e convalidare idee e modelli di buona *governance*;

¹ CoSIE - *Co-creation of Service Innovation in Europe*. Finanziato nell'ambito del programma Horizon 2020 – Schema di Finanziamento: Innovation Action. Di durata triennale 1/12/2017 – 30/11/2020. Il consorzio è costituito da undici partners accademici e 13 partner non accademici, provenienti da dieci paesi dell'Unione Europea. www.cosie-project.eu.

4) applicare approcci innovativi, adeguati ai diversi contesti locali e alla pluralità di gruppi di utenti coinvolti, al fine di raccogliere le informazioni necessarie ad una analisi dei bisogni utile alla co-creazione dei servizi;

5) garantire la sostenibilità dei progetti pilota attraverso l'istituzione di formatori a livello locale, integrati nelle reti della comunità di riferimento, per l'animazione del dialogo e la raccolta delle istanze degli utenti;

6) mobilitare nuove conoscenze tratte dai progetti pilota e validarle attraverso una *road-map* accessibile e intuitiva finalizzata alla co-creazione dei servizi.

L'unità di ricerca dell'Ateneo di Bologna è stata responsabile della valutazione del progetto pilota realizzato dalla ASL di Reggio Emilia in collaborazione con Lepida/Cup2000. Tale progetto si è posto l'obiettivo di realizzare, attraverso un processo di co-creazione, una applicazione (App) per la promozione di stili di vita sani rivolta in particolare a famiglie con minori in condizione di sovrappeso e/o obesità.

In questo quadro, nell'autunno del 2018, il gruppo di ricerca² è entrato in contatto con i responsabili del progetto GET (*Gruppi di Educazione Terapeutica per il Trattamento dell'Obesità Infantile*) presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia.

Dall'analisi dei dati relativi alle famiglie partecipanti agli incontri è emerso un elevato tasso di abbandono (*drop-out*). La tabella n. 1 riporta i dati a fine ottobre 2018. Come è possibile osservare i tredici gruppi GET avviati a quella data (sui diciassette programmati) presentano tassi di abbandono che variano a seconda della fase di avanzamento (numero di incontri) del percorso educativo-terapeutico in cui si trovano, ma comunque in tutti casi piuttosto significativi. Si va dal 56,2% dei due gruppi avviati per primi (novembre 2016), alla metà dei sei gruppi che fanno parte del secondo scaglione (febbraio-maggio 2017 e settembre-dicembre 2017), al 41,2% dei cinque gruppi appartenenti alla terza tornata (gennaio 2018 e marzo-aprile 2018). Ovviamente non vi sono dati disponibili per i quattro GET del quarto raggruppamento (ottobre-novembre 2018), in tre casi appena avviati e in un caso ancora da attivare.

La tendenza rilevata mostra che a metà circa del percorso (5/6 incontri) (tab. 1-4) si assiste a una caduta del 45-50% della partecipazione delle famiglie coinvolte. Il tasso di abbandono cresce fino a raggiungere mediamente il 60% attorno al settimo/ottavo incontro. Al termine del ciclo di sedute il tasso di abbandono si attesta sui due terzi dei partecipanti³. Inoltre, va

² Il gruppo di ricerca è interno all'Università di Bologna. Il Prof. Andrea Bassi e il Prof. Riccardo Prandini hanno avuto un ruolo di direzione e coordinamento. Hanno fatto parte del gruppo di lavoro occupandosi della rilevazione dei dati sul campo: Marta Fontana, Giulia Ganugi, Elena Macchioni, Gianluca Maestri, Veronica Moretti, Arianna Radin, Giovanna Russo.

³ Si vedano gli andamenti dei Raggruppamenti B e C nella tab. 4.

segnalata una marcata variazione nel tempo (in progressiva diminuzione) del numero di famiglie che accettano di entrare nel percorso educativo-terapeutico a fronte di quelle contattate. La quota di coloro che rifiutano risulta essere in continuo aumento passando dal 6% del primo raggruppamento al 17,6% del secondo, al 21% del terzo, fino a raggiungere il 31% (cioè una famiglia su tre di quelle contattate non accetta) nel caso del quarto ed ultimo scaglione di gruppi GET attivati⁴. Come si può osservare, i primi due GET avviati presentano caratteristiche peculiari che li differenziano da quelli attivati nelle fasi successive.

Tab. 1 – Stato di avanzamento dei GET al 31 ottobre 2018

	<i>Famiglie coinvolte</i>	<i>Famiglie che non hanno risposto</i>	<i>Famiglie che hanno accettato</i>	<i>Famiglie che proseguono</i>	<i>Famiglie che hanno lasciato</i>	<i>N. incontri su 10 (*)</i>
Gruppo A (GET 1-2)	17	1 (6,0%)	16	7	9 (56,2%)	8
Gruppo B (GET 3-8)	51	9 (17,6%)	42	21	21 (50,0%)	6
Gruppo C (GET 9-13)	43	9 (21,0%)	34	20	14 (41,2%)	5
Gruppo D (GET1417)	45	14 (31,0%)	31	--	--	1
TOTALE	156	33	92 (123)	48	44 (47,8%)	

(*) Per il numero di incontri è indicato il valore medio, in quanto ogni macro-raggruppamento contiene più gruppi GET che possono aver svolto un diverso numero di incontri. (Ad esempio, nel raggruppamento B: GET3 e 4 = 7; GET5, 6 e 7 = 6; GET 8 = 5)

Ciò riguarda l'elevato grado di adesione da parte delle famiglie contattate, così come il tasso di abbandono, che risulta essere significativamente più basso (56,2%) rispetto ai sei gruppi del secondo turno (69,0%) e ai cinque gruppi del terzo (64,7%) (tab. 4). Se la diversità nel tasso di adesione può essere spiegata, in parte, in ragione del fatto che per i quattro GET dell'ultimo turno è stato contattato un numero maggiore di famiglie (in media 11,25 famiglie per gruppo) rispetto a quelle interpellate per i due GET del primo raggruppamento (8,5 per gruppo), la differenza nei tassi di abbandono è difficilmente interpretabile.

⁴ Si veda seconda colonna nella tab. 1.

Tab. 2 – Stato di avanzamento dei GET al 15 febbraio 2019

	<i>Famiglie coinvolte</i>	<i>Famiglie che non hanno risposto</i>	<i>Famiglie che hanno accettato</i>	<i>Famiglie che Proseguono</i>	<i>Famiglie che hanno lasciato</i>	<i>N. incontri su 10 (*)</i>
Gruppo A (GET 1-2)	17	1	16	7	9 (56,2%)	10
Gruppo B (GET 3-8)	51	9	42	18	24 (57,1%)	8
Gruppo C (GET 9-13)	43	9	34	18	16 (47,0%)	6
Gruppo D (GET1417)	45	14	31	26	5 (16,1%)	3
TOTALE	156	33	123	69	54 (43,9%)	

Tab. 3 – Stato di avanzamento dei GET al 30 giugno 2019

	<i>Famiglie coinvolte</i>	<i>Famiglie che non hanno risposto</i>	<i>Famiglie che hanno accettato</i>	<i>Famiglie che proseguono</i>	<i>Famiglie che hanno lasciato</i>	<i>N. incontri su 10 (*)</i>
Gruppo A (GET 1-2)	17	1	16	7	9 (56,2%)	10
Gruppo B (GET 3-8)	51	9	42	14	28 (66,6%)	9
Gruppo C (GET 9-13)	43	9	34	14	20 (58,8%)	8
Gruppo D (GET1417)	45	14	31	17	14 (45,2%)	5
TOTALE	156	33	123	52	71 (57,7%)	

Via via che cresceva il numero di famiglie coinvolte, le due operatrici impegnate nella sperimentazione non erano più nelle condizioni di richiamare e rimotivare le famiglie che abbandonavano. In considerazione di ciò, il gruppo-guida del progetto GET ha ritenuto opportuno svolgere un approfondimento al fine di indagare quali fossero le ragioni alla base del consistente tasso di abbandono registrato.

Tab. 4 – Stato di avanzamento dei GET al 29 febbraio 2020

	<i>Famiglie coinvolte</i>	<i>Famiglie che non hanno risposto</i>	<i>Famiglie che hanno accettato</i>	<i>Famiglie che proseguono</i>	<i>Famiglie che hanno lasciato</i>	<i>N. incontri su 10 (*)</i>
Gruppo A (GET 1-2)	17	1	16	7	9 (56,2%)	10
Gruppo B (GET 3-8)	51	9	42	13	29 (69,0%)	10
Gruppo C (GET 9-13)	43	9	34	12	22 (64,7%)	9
Gruppo D (GET1417)	45	14	31	14	17 (54,8%)	7
TOTALE	156	33	123	46	77 (62,6%)	

2. Obiettivi dell'indagine

L'obiettivo principale della ricerca è stato quello di individuare la molteplicità di fattori che hanno influenzato la decisione delle famiglie di interrompere il percorso educativo-terapeutico proposto dai servizi sanitari.

La letteratura scientifico-epidemiologica assegna all'insorgenza dell'obesità infantile una genesi multifattoriale, perché tale condizione è il risultato dell'interazione tra un'eccessiva e/o cattiva alimentazione e una ridotta attività fisico-motoria che si possono sommare a fattori di tipo genetico-familiare. Numerosi studi clinici hanno dimostrato che l'obesità infantile costituisce un fattore predittivo dell'obesità in età adulta.

Per quanto riguarda la letteratura scientifica di ambito sociologico e psicologico la lettura del fenomeno dell'obesità infantile tende a valorizzare come ambito d'indagine privilegiato la cultura familiare, gli stili di vita e i significati dell'alimentazione trasmessi nel rapporto tra genitori e figli. Infatti, in modo trasversale agli ambiti di ricerca particolari, il nucleo familiare e la sua cultura ricoprono un ruolo centrale nello sviluppo delle abitudini alimentari e degli stili di vita dei più piccoli. In particolare, da diversi studi epidemiologici viene rilevato che lo sviluppo delle condizioni di sovrappeso e obesità infantile è associato a uno *status* socioeconomico familiare basso, alle "negligenze" dei genitori in materia di educazione alimentare, a condizioni di vita inadeguate (povertà e marginalità) e a scarsi livelli di stimolazione cognitiva all'interno delle mura domestiche. Inoltre, emerge nei genitori una scarsa consapevolezza del rischio per la salute fisica associato all'obesità sviluppata in età infantile. A tal proposito le ricerche evidenziano che i genitori possono non percepire i/le loro figli/e come tali e possono preoccuparsi del peso del bambino/a solo nel momento in cui ciò va a costituire

un impedimento per l'attività fisica o diviene oggetto di stigma da parte dei coetanei.

Per questa ragione, attraverso gli strumenti della sociologia della cultura, abbiamo deciso di indagare in profondità le pratiche alimentari, le rappresentazioni e le semantiche del cibo, insieme agli stili di vita delle famiglie coinvolte nel servizio.

Abbiamo inoltre raccolto il punto di vista in merito ai servizi offerti, al rapporto con le famiglie e alla rete dei servizi, degli attori sanitari, sociali e amministrativi della Provincia di Reggio Emilia, che sono coinvolti nell'erogazione dei servizi alle famiglie con bambini obesi. Abbiamo fatto ciò ipotizzando che, un'analisi dettagliata di tali elementi, potesse aiutare gli operatori del servizio a comprendere quali semantiche e quali pratiche quotidiane caratterizzano il cibo e l'alimentazione delle famiglie e, quindi, quali elementi possono essere messi in campo per intervenire sul tema, al di là dei contenuti specifici riferiti agli stili di vita salubri e al *piatto della salute*. Ne è derivato un disegno di ricerca non standard, con approccio qualitativo, finalizzato a esplorare gli aspetti culturali sopra indicati.

Gli argomenti oggetto d'indagine, sviluppati attraverso interviste diadiche semi-strutturate, hanno riguardato le seguenti tematiche⁵: il cibo in famiglia (significati, emozioni e rappresentazioni); reti familiari e tempo libero; reti del figlio/a (socialità e abitudini); abitudini alimentari; digitale, informazione e comunicazione; rappresentazioni e percezioni del corpo; genitori e figlio/a (vissuti di salute e cultura del peso); persona e servizio.

Con i rappresentanti dei servizi, d'ora in avanti chiamati *stakeholder*, si è voluto indagare la loro percezione dell'obesità infantile e degli stili di vita sani e attivi, il tipo di organizzazione dell'offerta dei servizi sul territorio e l'eventuale influenza che hanno gli aspetti alimentari, culturali, sociali e sportivi sul rapporto che i bambini intrattengono con il cibo.

3. Individuazione dell'unità di analisi e campionamento

Date le finalità del progetto GET e date le tematiche che si desiderava indagare, e visto il forte interesse per la famiglia e le sue dinamiche relazionali, è stato deciso di coinvolgere nell'intervista entrambi i genitori dei bambini a cui è indirizzato il percorso. È stato scelto lo strumento dell'intervista *diadica*, una forma interattiva d'indagine in cui due partecipanti rispondono a domande aperte poste da un intervistatore (Morgan *et al.* 2013)⁶. La coppia di genitori è stata convocata simultaneamente e sono state rivolte sia al papà

⁵ Per una lettura dettagliata delle aree oggetto d'indagine si veda la sezione Appendice e Allegato 1 nello specifico.

⁶ Per un'analisi più dettagliata dello strumento utilizzato con le coppie di genitori si rimanda al capitolo 5 di Maestri e Macchioni.

che alla mamma le stesse domande per cogliere i diversi punti di vista (per fare emergere le eventuali differenze di genere) e l'accordo e/o disaccordo dei genitori rispetto agli approcci e alle dinamiche educative riferite alla gestione e cura dei problemi di sovrappeso.

Al momento dell'individuazione delle coppie di genitori da coinvolgere nello studio (febbraio 2019), 123 famiglie avevano aderito alla sperimentazione GET. Di queste, 69 risultavano essere ancora in trattamento mentre 54 avevano interrotto il percorso educativo-terapeutico.

In accordo con le coordinatrici della sperimentazione si è deciso di costruire un campione di 30 unità, di cui 20 rappresentate da famiglie in trattamento e 10 da famiglie uscite dal programma (tab. 5).

Tab. 5 – Universo e campione ideale (Situazione al 15 febbraio 2019 – percentuali di colonna)

	Universo		Campione ideale	
	Famiglie in trattamento	Famiglie che hanno abbandonato	Famiglie in trattamento	Famiglie che hanno abbandonato
GRUPPO A (GET 1-2)	7 (10,0%)	9 (16,6%)	2	2
GRUPPO B (GET 3-8)	18 (26,0%)	24 (44,4%)	5	4
GRUPPO C (GET 9-13)	18 (26,0%)	16 (30,0%)	5	3
GRUPPO D (GET 14-17)	26 (38,0%)	5 (9,0%)	8	1
TOTALE	69	54	20	10
	123		30	

Le famiglie sono state contattate telefonicamente dalla psicologa del servizio GET. La selezione sarebbe dovuta avvenire in base ad alcuni criteri ispirati al principio della massima differenziazione (variabilità) del campione. In particolare, il gruppo di ricerca ha fornito alle referenti del servizio GET, istruzioni circa l'individuazione dei soggetti da intervistare che prevedevano la presenza di famiglie: (a) di diverso *status* socio-economico⁷ (basso, medio alto); (b) residenti in contesti a diversa urbanizzazione (città di Reggio Emilia e comuni della Provincia di diverse dimensione); nonché (c) di diversa nazionalità (proporzionalmente al loro livello di adesione al

⁷ Il livello di *status* socio-economico è stato individuato attraverso conoscenze delle operatrici in merito al titolo di studio dei genitori, alla loro condizione occupazionale, alla loro posizione professionale, nonché alla zona di abitazione (quartieri residenziali vs. quartieri popolari).

progetto); d) di bambini della scuola primaria di età compresa fra i 6 e i 10 anni.

Al termine della rilevazione sono state intervistate 18 famiglie tra quelle ancora in trattamento e 4 tra quelle che avevano abbandonato il programma educativo-terapeutico (tab. 6) – per un totale di 22 famiglie coinvolte rispetto alle 30 ipotizzate.

Si segnala una certa difficoltà nel far partecipare all'indagine le famiglie uscite dal programma (*drop-out*), per le quali si è riusciti a raggiungere meno della metà del campione previsto.

Tab. 6 – Confronto campione ideale e campione reale

	<i>Campione ideale</i>		<i>Campione reale</i>	
	Famiglie in trattamento	Famiglie che hanno abbandonato	Famiglie in trattamento	Famiglie che hanno abbandonato
GRUPPO A (GET 1-2)	2	2	--	--
GRUPPO B (GET 3-8)	5	4	5	1
GRUPPO C (GET 9-13)	5	3	5	1
GRUPPO D (GET 14-17)	8	1	8	2
TOTALE	20	10	18	4
	30		22	

Tab. 7 – Famiglie intervistate per gruppo di appartenenza

	<i>Campione ideale</i>	<i>Campione reale</i>	<i>Differenza</i>
Famiglie in trattamento	20	18	- 2
Famiglie che hanno abbandonato	10	4	- 6
Gruppo di controllo	15	15	=
TOT	45	37	- 8

Date le difficoltà riscontrate nel raggiungere le famiglie appartenenti ai primi due gruppi GET, anche in considerazione del lasso di tempo trascorso tra il percorso educativo-terapeutico e il momento della rilevazione, il gruppo di ricerca – in accordo con le operatrici che coordinano la sperimentazione – ha deciso di allargare la platea degli intervistati anche alle famiglie

appartenenti al “gruppo di controllo”⁸. È stato così individuato un campione di 15 unità, corrispondenti al 10% dell’universo (150 famiglie – gruppo di controllo). Pertanto, oltre alle interviste con le famiglie inserite nel programma GET (22) sono state realizzate altre quindici (15) interviste con famiglie che seguivano il percorso tradizionale (incontri individuali con il nutrizionista), estratte dalle centocinquanta famiglie incluse nel “gruppo di controllo” della sperimentazione. Al termine della rilevazione sono state raccolte 37 interviste valide (tab. 7).

L’età media dei genitori coinvolti è pari a 43,5 anni, le madri hanno un’età media di 42 anni mentre i papà hanno mediamente 45 anni. Questo dato ci dice che i genitori coinvolti appartengono tutti alla cosiddetta “generazione X”, la prima generazione dal dopoguerra che ha rappresentato un cambio epocale nelle tradizioni e nelle pratiche rispetto alle generazioni precedenti.

La maggior parte delle coppie intervistate è coniugata, 7 coppie su 37 sono conviventi, 1 sola mamma intervistata risulta separata.

Le famiglie intervistate sono di nazionalità italiana, eccetto due: una è di nazionalità albanese e l’altra peruviana.

Quanto al titolo di studio degli intervistati: 22 mamme e 10 papà hanno un diploma di scuola superiore, si tratta del titolo di studio più ricorrente. Tra gli intervistati 7 mamme e 10 papà sono in possesso di un titolo di scuola media inferiore, 6 mamme e 3 papà possiedono la laurea. Una sola mamma intervistata ha il titolo di scuola primaria.

Per quanto riguarda la qualifica professionale – tra le mamme intervistate – 17 sono qualificate come impiegate, 10 come operaie, 4 sono lavoratrici autonome e 5 non sono occupate. Tra i papà 14 sono operai, 4 impiegati, 4 lavoratori autonomi, 1 non è occupato.

Ne consegue che mediamente le famiglie protagoniste dello studio sono di ceto sociale medio-basso.

Le coppie intervistate risiedono per lo più (22 casi) nei comuni della fascia periurbana della provincia di Reggio Emilia, 14 risiedono in città.

Tra le mamme che hanno un contratto come lavoratrici dipendenti 5 hanno un contratto a tempo determinato, tra queste solo 1 lavora full-time, le altre hanno un contratto a tempo parziale. Tra i papà con contratto da lavoro dipendente solo 1 ha un contratto a tempo determinato e lavora full-time. Tra le mamme lavoratrici dipendenti 11 lavorano a tempo parziale, 2 hanno un part-time involontario. Sia le mamme che i papà impiegano mediamente 20 minuti nel tratto casa/lavoro, lavoro/casa, spostandosi per lo più con i mezzi di trasporto privati. Quanto al numero di figli, 13 coppie hanno un figlio unico, 19 coppie e hanno 2 figli, 5 coppie hanno 3 figli. I figli delle coppie, non seguiti dal servizio GET, sono comunque in età scolare, fanno eccezione 2 famiglie che oltre al figlio/a seguiti dal GET hanno altri figli con età

⁸ Vedi cap. 6.

maggiore di 20 anni. Tutte le famiglie coinvolte nello studio vivono autonomamente⁹.

Per quanto riguarda, invece, la parte di ricerca che ha coinvolto gli *stakeholder* dei servizi, il campione degli intervistati è stato composto in modo da includere i membri di cinque settori operativi sul territorio della Provincia di Reggio Emilia: sanità, scuola, sport, pubblica amministrazione e alimentazione.

La selezione è avvenuta tra i partecipanti al comitato consultivo (*consulting committee*) del progetto CoSIE. Inizialmente, tramite la mediazione del Servizio Epidemiologia dell'AUSL di Reggio Emilia, la richiesta di partecipazione è stata inviata tramite e-mail a tutti i membri del comitato. In seguito, sulla base delle disponibilità ottenute, si è proceduto con un successivo campionamento "a palla di neve", affinché venissero rappresentati i cinque settori operativi dei servizi sopra elencati.

In totale, sono state svolte 17 interviste, di cui:

- 10 a membri della consulta che hanno dato iniziale disponibilità, e i cui ruoli sono i seguenti:

Medico, Responsabile Area Prevenzione Salute, Ausl-RE;

Medico in Igiene e Medicina Preventiva, Coordinatore programmi cure palliative, percorsi della cronicità e materno infantile, Ausl-RE;

Medico, Coordinatrice settore alimentazione del SIAN, Ausl-RE;

Medico in Medicina dello sport, Ausl-Re;

Referente comunale e provinciale Nati per legge-re, responsabile biblioteca Santa Croce;

Delegato provinciale Coni point Reggio Emilia;

Assessore servizi persona, sanità, associazionismo e pari opportunità, San Martino in Rio;

Psicologa, Centro famiglie, Comune Reggio Emilia;

Servizio Mobilità Ambiente Housing Sociale Progetti Speciali, Comune Reggio Emilia;

Nutrizionista, Officina educativa, Comune Reggio Emilia.

- 1 a un contatto diretto fornito dal Servizio Epidemiologia dell'AUSL, il cui ruolo è Pedagogista, Responsabile unità organizzativa Reggio Children.

- 5 a contatti forniti da altri intervistati, i cui ruoli sono i seguenti:

Dietista: Sian, progetto infanzia a colori, Ausl Re;

Docente scuola primaria San Martino in Rio, capofila progetto Infanzia a colori;

Coordinatore tecnico Coni point Reggio Emilia, docente di scienze motorie, preparatore atletico Reggio Calcio;

⁹ Dati socio-anagrafici dettagliati riferiti alle famiglie intervistate si trovano in appendice, allegato 2.

Dietista, progetti scolastici, Comune Reggio Emilia;
Dietista, CIR.

- 1 a un contatto diretto di uno dei ricercatori del gruppo, il cui ruolo
Membro del direttivo UISP Reggio Emilia, consigliere regionale
UISP Emilia-Romagna.

A differenza di quanto fatto con le famiglie, si è deciso di non raccogliere i dati sociodemografici degli stakeholder dei servizi, in quanto – seppure portatori di pensieri e percezioni personali – si è ritenuto opportuno considerarli come rappresentanti di soggetti collettivi. Quattro di loro afferiscono al settore sanitario, tre al settore scolastico, tre a quello sportivo, 2 a quello alimentare e 4 a quello pubblico amministrativo, seppure specializzati al loro interno su servizi sanitari, alimentari o di mobilità urbana. Infine, uno di loro opera a cavallo tra il settore scolastico e quello sanitario.

4. Gli strumenti di rilevazione e l'indagine sul campo

La rilevazione si è svolta nel periodo maggio-luglio 2019. Il contatto con le famiglie e la calendarizzazione degli appuntamenti sono stati realizzati dall'operatrice della ASL coinvolta nel progetto sperimentale GET e pertanto da queste già conosciuta. Una volta fissati gli appuntamenti questi venivano comunicati a (condivisi con) i quattro ricercatori incaricati dello svolgimento concreto del colloquio *face to face*.

Le interviste sono state realizzate in gran parte presso i locali della struttura denominata “Luoghi di Prevenzione”, ambiente già noto alle famiglie, o presso l'ambulatorio di Psicologia clinica dell'Ospedale S.M. Nuova di Reggio Emilia (sede del GET), o più raramente, presso la loro abitazione.

La durata media è stata di un'ora e mezza, per un totale complessivo di circa settanta ore di registrazione

A seguito di una serie di riunioni di *équipe* svolte nel periodo gennaio-aprile 2019, il gruppo di ricerca ha licenziato la traccia dell'intervista diadica strutturata in tre parti¹⁰: a) una scheda contenente dati socio-anagrafici del nucleo familiare; b) la traccia di intervista vera e propria; c) una sezione finale per la raccolta di informazioni attraverso la tecnica della “foto-stimolo” (nota in letteratura con il termine *photo elicitation*). Questa parte prevedeva la presentazione agli intervistati di quattro foto inerenti alla tematica in oggetto rispetto alle quali veniva chiesto di esprimere commenti e considerazioni.

La traccia d'intervista si articola in 8 aree tematiche che hanno l'obiettivo di indagare differenti aspetti della cultura familiare rispetto a cibo,

¹⁰ Si rimanda all'appendice di questo volume, allegato 1 per la visione della traccia dell'intervistata utilizzata.

alimentazione e stili di vita, fino ad esplorare gli elementi che i genitori apprezzano e valorizzano di un servizio dedicato all'obesità infantile:

- area tematica 1: il cibo in famiglia. Obiettivo di quest'area è rilevare le rappresentazioni del cibo e i modi con i quali si comunicano in famiglia in termini di trasmissione generazionale;
- area tematica 2: reti e tempo libero. Obiettivo di quest'area è rilevare scambi e contenuti, simboli e significati che caratterizzano la famiglia e le reti cui appartengono;
- area tematica 3: reti del figlio. Obiettivo di quest'area è rilevare reti di socialità e abitudini del figlio;
- area tematica 4: abitudini alimentari. Obiettivo di quest'area è rilevare le pratiche riferite ad approvvigionamento, preparazione e consumo del cibo;
- area tematica 5: digitale, informazione, comunicazione. Obiettivo di quest'area è rilevare le abitudini della famiglia rispetto alle informazioni che cercano e all'utilizzo che fanno dello spazio digitale;
- area tematica 6: percezione e rappresentazione del corpo. Obiettivo di quest'area è rilevare la percezione che l'intervistato ha del proprio corpo per poi metterlo in connessione con la sua cultura del cibo e le sue abitudini alimentari;
- area tematica 7: genitori e figlio. Obiettivo di quest'area è indagare il vissuto dei genitori rispetto alla problematica di salute riferita alla gestione del peso del proprio figlio;
- area tematica 8: persona e servizio. Obiettivo di quest'area è rilevare il rapporto tra famiglia e servizi sanitari rispetto al tema gestione del peso.

Per concludere con le ultime note metodologiche relative alla ricerca con gli *stakeholder*, la tecnica qualitativa utilizzata è stata l'intervista semi-strutturata, suddivisa in aree tematiche, inerenti rispettivamente: a) il ruolo e l'appartenenza istituzionale dell'intervistato; b) la corporeità, la salute e la definizione del tema obesità; c) l'alfabetizzazione agli stili di vita attiva; d) la rete e le collaborazioni; e) il territorio, la mobilità e le tecnologie¹¹.

Le interviste si sono svolte negli uffici degli intervistati oppure in una sala riunioni messa a disposizione dal Servizio Epidemiologia dell'AUSL presso la loro sede. La somministrazione è avvenuta dal 15 aprile al 5 luglio 2019. Tutte le interviste sono state audio-registrate e il loro contenuto è stato poi trascritto e analizzato, tramite la codificazione del testo, che ha portato a catalogare i contenuti in più categorie tematiche. Le categorie, elencate di

¹¹ Si rimanda alla Appendice (Allegato 3) per le domande contenute nelle diverse aree tematiche.

seguito, riprendono in parte i settori operativi degli intervistati, ma esplorando anche altri temi:

- scuole e mense;
- sport;
- mobilità urbana, edilizia e infrastrutture;
- rapporto con i genitori;
- tecnologie (non solo informatiche);
- percezioni sull'obesità;
- approccio sanitario, culturale e relazionale all'obesità;
- percezioni sugli stili di vita sani e attivi;
- rete tra stakeholder e rapporti con i genitori;
- progetti congiunti tra stakeholder.

Alla luce di tale disegno è stato sviluppato un percorso di analisi che viene presentato all'interno dei prossimi capitoli.

Buona lettura.

3. La filiera del cibo e del movimento: politiche urbane e salute pubblica nella città di Reggio Emilia

di Giulia Ganugi e Giovanna Russo¹

1. Città sane e attive: verso un sistema integrato di prevenzione della salute

Gli stili di vita inattivi sono tra i principali determinanti di molteplici patologie causa di morte a livello mondiale: in particolare sedentarietà e sovrappeso della popolazione sono considerati da tempo dall'Oms elementi preoccupanti di una questione “pandemica” (Who, 2006; Editoriale “The Lancet”, 2012), i cui effetti sono rilevanti non solo dal punto di vista epidemiologico ed economico, coinvolgendo molteplici livelli del vivere sociale. Le conseguenze dell'adozione di stili inattivi appaiono inoltre notevolmente accentuate negli agglomerati urbani, nei quali oggi risiede oltre il 50% della popolazione mondiale (il 20% in più degli anni Cinquanta)²: basti pensare ad esempio all'occupazione del suolo pubblico da parte del traffico automobilistico, che sottrae spazi al gioco, alle pratiche motorie, riducendo la possibilità di una vita attiva da parte della popolazione in una prospettiva generalizzata di salute pubblica.

Pur esistendo vari approcci di studio rispetto a tali problematiche, sono pochi i Paesi che ne affrontano realmente la complessità chiamando in causa strategie intersettoriali *ad hoc* e proposte integrate in grado di associare politiche educative, esigenze e aspettative sociali e culturali, pratiche di tempo libero, mobilità sostenibile e sana alimentazione allo scopo di modificare gli stili di vita degli abitanti delle città contemporanee.

È questa invece la grande sfida che sostiene il tema della “Città attiva”³ (Borgogni, Farinella, 2017), il cui obiettivo principale è il ripensamento della

¹ Il presente capitolo è frutto di entrambe le autrici; nello specifico G. Russo ha scritto i paragrafi 1 (Introduzione), 2 e 3.; G. Ganugi i paragrafi 4, 5 e 6.

² Secondo le stime del *World Urbanization Prospect* delle Nazioni Unite (2014).

³ Il maggiore documento di riferimento al tema è la guida pubblicata dall'Oms dal titolo: *A Healthy city is an Active City, a Physical Activity Planning* (Edwards, Tsouros, 2008), che illustra il modello e la rete delle Città Sane focalizzandosi sull'importanza dell'attività motoria

città, dello spazio pubblico e dei suoi usi, attraverso politiche urbane e sociali, finalizzate ad una maggiore condivisione da parte dei cittadini di stili di vita orientati a pratiche più sane e sostenibili.

Integrare gli aspetti della salute e della prevenzione nelle politiche e nelle strategie di sviluppo e organizzazione urbana rappresenta un campo strategico di indubbio valore, con forti ricadute positive certamente per la salute dei cittadini, per la qualità delle città ma anche per l'economia complessiva di un Paese che voglia puntare con maggiore decisione verso la prevenzione (Borgogni, Farinella, *op. cit.*, p. 9).

Ripensare le città in una prospettiva “attiva” significa lavorare su strategie urbane condivise e interdisciplinari, capaci di offrire a tutti i cittadini le medesime condizioni di qualità e vivibilità dell’ambiente. Si tratta cioè di prefigurare nuove forme di riappropriazione e fruibilità degli spazi pubblici attraverso una progettualità capace di includere e facilitare le pratiche motorie, da un lato, come pure favorire lo sviluppo e la pianificazione dei sistemi di approvvigionamento del cibo, dall’altro lato. L’adozione di un approccio olistico volto alla pianificazione e progettazione di un modello di Città Attiva coniuga elementi di pianificazione urbana, con temi di educazione alimentare, dunque politiche urbane volte alla costruzione di un quadro integrato di azioni specificatamente rivolte all’*active living* (Faskunger, 2013). In quest’ottica, entrambi gli aspetti citati rientrano nelle nuove *vision* progettuali dei decisori politici, contribuendo a orientare le politiche locali verso contesti di vita più sani, salubri e in movimento. Il *concept* della “città attiva” riguarda infatti il miglioramento continuo delle opportunità del contesto urbano e sociale permettendo ai propri cittadini di mantenersi fisicamente attivi e in salute, coinvolgendo tutti i principali stakeholder (pubblici, privati e terzo settore).

È questo il *framework* teorico del presente capitolo, volto a studiare le politiche di promozione della salute attraverso l’educazione a pratiche alimentari e motorie sviluppate nella città di Reggio Emilia⁴. Nello specifico si andrà ad indagare il rapporto tra la città e il cibo in un’ottica di politica alimentare urbana seguendo l’approccio degli *Urban Food planning* (par. 2), che considera il sistema del cibo come filiera di attività connesse alla produzione, trasformazione, distribuzione, consumo, includendo anche il ruolo delle istituzioni e le attività di regolamentazione ad essa correlata (Dansero,

per la salute dei cittadini e sui molteplici benefici per il contesto edilizio e sociale a livello di salute pubblica. Il principio alla base del movimento è quello di creare continuamente opportunità di movimento e di “vita buona” mediante la partecipazione attiva di cittadini e stakeholder sul territorio.

⁴ Il disegno della ricerca complessivo è presentato nel capitolo 2, mentre nei capitoli successivi (5, 6 e 7) sono presentati e discussi i risultati relativi alle altre fasi in cui si è articolato il progetto di ricerca.

Pettenati, Toldo, 2017). In tal senso si rifletterà sulla possibilità di costruire un nuovo paradigma alimentare utile al contrasto di sovrappeso e/o obesità della popolazione infantile (focus specifico dell'indagine sul campo), potendo tratteggiare una geografia alternativa del cibo con evidenti ricadute sulle *Urban Food Strategies* dello specifico territorio (Moragues *et al.* 2013).

Ciò significa interrogarsi non solo sulla percezione degli spazi del cibo e dei loro usi/finalità, ma anche identificare le traiettorie di sostenibilità delle politiche del cibo nell'agenda politica urbana. Negli spazi *delle e per le* politiche alimentari si può infatti rintracciare la necessità di azioni integrate (par. 3) tra sistema locale/regionale e globale (Steel, 2008). In quest'ottica, seguendo il modello SLoT (Sistema Locale Territoriale)⁵, si ipotizza che la città di Reggio Emilia possa rappresentare un esempio di Sistema Locale territoriale del cibo, non settoriale, utile a regolamentare le politiche della città in materia di alimentazione e sani stili di vita, grazie anche alla rete di attori territoriali (i differenti stakeholder pubblici, privati e di Terzo settore) coinvolti.

I paragrafi che seguono affrontano dunque queste tematiche, presentando le specificità dell'esperienza di ricerca svolta sul territorio di Reggio Emilia (par. 4 e 5), interrogandosi sulla capacità di quest'ultima di rispondere a obiettivi integrati di *policy* urbana, ovvero: riduzione dell'obesità infantile, educazione ad una sana alimentazione, e promozione di stili di vita attivi per il benessere della popolazione.

2. Spazi urbani e politiche del cibo

L'importanza di riflettere sul rapporto tra città e cibo è evidente non solo per questioni numeriche, ma anche in virtù del fatto che l'intero circuito di produzione, distribuzione, consumo del cibo si connota per essere un'attività altamente non sostenibile in termini ambientali, sociali ed economici (Marsden e Sonnino 2012). Le problematiche sono molteplici non solo dal punto di vista agro-alimentare; basti pensare a inquinamento ambientale, allarmi alimentari, aumento vertiginoso di patologie legate a obesità e sedentarietà. Aspetti che ribadiscono la necessità di riformulare un paradigma alimentare alternativo «basato su politiche di rilocalizzazione, consumo critico ed educazione alimentare» (Dansero, Pettenati, Toldo, 2017, p. 1), cercando di comprendere il ruolo delle città come guida territoriale dei sistemi agro-alimentari, oltre la visione dicotomica città/campagna che non risponde alle complesse relazioni proprie di un contesto economico sempre più globalizzato e interconnesso.

A partire dagli immaginari urbani contemporanei e dalle culture del cibo, è dunque possibile comprendere il sistema urbano del cibo, le sue dinamiche

⁵ Cfr. De Matteis, Governa (2005).

e il ruolo della città come nuovi attori di politiche alimentari urbane. Ciò significa adottare la prospettiva dell'*Urban Food System* che Pothukuchi e Kaufman (1999) definiscono come la filiera delle attività connesse a produzione, distribuzione, consumo e post-consumo, incluse le istituzioni e le attività di regolamentazione correlate. Si tratta di un sistema complesso nel quale emerge il ruolo di tutti gli attori coinvolti nella filiera (sia direttamente, sia indirettamente) e le relazioni fra questi, le risorse disponibili, i territori e le differenti aree in cui operano le politiche. Ogni fase della filiera di fatto esplicita la multidimensionalità del sistema stesso, nonché la molteplicità degli attori, delle risorse impiegate, degli spazi annessi presenti nella città e nel suo hinterland.

Se la fase produttiva si sostanzia in città nelle esperienze di agricoltura urbana e periurbana, ambito ampio e articolato (basti pensare alle differenze fra produrre nella città o attorno ad essa) e caratterizzato da una notevole eterogeneità di pratiche (Ingersoll *et al.* 2007), la distribuzione riguarda invece l'attività di servizio finalizzata al trasferimento dei prodotti alimentari dai produttori e dai trasformatori (agricoltura e industria alimentare) fino ai consumatori. Infine, è proprio la fase del consumo (e post-consumo) a mostrare le ragioni della sua complessità, a partire dagli spazi del consumo fino alle implicazioni culturali (tradizioni, *habitus*) e alle scelte dei consumatori.

È evidente quindi che il sistema del cibo – nei termini di *urban food planning* – costituisce la possibilità di svolgere un'azione locale relativamente autonoma, rispetto agli andamenti del mercato e delle politiche sovralocali: si tratta di un'azione collettiva che, attraverso vari approcci di *governance* allargata agli attori del sistema del cibo, ha come obiettivo quello di riorientare le politiche su obiettivi localmente definiti. Il significato corale di tali azioni è quello di costruire nuove *urban food policies*⁶ in grado di realizzare un "sistema del cibo" capace di affrontare non solo questioni di sviluppo economico, ma anche di equità e sostenibilità connesse al manifestarsi locale di reti, flussi, azioni a sostegno dell'alimentazione della popolazione metropolitana.

Si tratta, in altri termini, di politiche urbane che sulla base di un comune denominatore sistemico, adottano azioni in grado di coniugare risorse, strumenti e attori del territorio di appartenenza, con uno sguardo aperto ai seguenti aspetti: dimensioni del cibo (ambiente, produzione, educazione, formazione, logistica); fasi della filiera alimentare; territori urbani e rurali e relative geografie; coinvolgimento del settore pubblico, privato e della società

⁶ Il dibattito scientifico sul tema (comprensivo degli aspetti di *urban food strategy*, *urban food planning*, ecc.) è di matrice anglosassone e nordamericana, nasce come risposta a questioni di salute pubblica o accesso al cibo generate dal sistema alimentare dominante, proponendo soluzioni di politiche volontarie che prevedono obiettivi integrati, partnership miste, ma soprattutto ampio coinvolgimento della società civile. Cfr. Moragues *et al.* (2013); Sonnino, Spyde (2014).

civile. Appare chiara la complessità in questione, motivo per il quale fornire una definizione univoca di politiche alimentari urbane è impresa complessa. D'altro canto, seguendo Moragues *et al.* (2013) e Sonnino (2017), è possibile concepire tali politiche come processi di trasformazione dei sistemi alimentari urbani che influenzano le fasi della filiera di produzione, distribuzione, consumo e riciclo del cibo, da parte degli abitanti metropolitani. Operativamente, dunque, le *Urban food Strategies* (UFS) che derivano dall'applicazione di tali politiche si occupano di interventi diversi (agricoltura urbana, forme alternative di distribuzione, educazione alimentare, lotta allo spreco, ecc.) generalmente volti a garantire all'intera popolazione (ma soprattutto alle fasce più deboli): accessibilità a un cibo sano, nutriente, di qualità, socialmente equo, ecologicamente compatibile e culturalmente appropriato (Sonnino, 2009). Il tutto mediante strategie interrelate e ricorrenti, tra cui "rimoralizzazione" dei sistemi alimentari (Morgan, 2010), o interventi educativi e formativi volti a cambiamenti di *habitus* e stili di vita.

Indipendentemente dalle peculiarità degli spazi urbani, i processi messi in atto dalle UFS seguono un percorso simile; così appare dalle varie esperienze nordamericane o nordeuropee, che risultano solitamente caratterizzate da una fase iniziale (di tipo informale); cui segue l'istituzione del processo tramite l'adozione da un soggetto pubblico o privato, e un'analisi ad hoc di valutazione e mappatura del sistema alimentare in oggetto e dei suoi attori principali. A ciò si aggiunge un processo partecipato che coinvolge gli attori e gli stakeholder principali del territorio considerato, sulla definizione degli obiettivi e priorità delle *food policies* da adottare. Ultimi step sono invece la formulazione di una *food charter* e la costituzione di una *governance* alimentare in termini di *Food Partnership*.

Le molteplici esperienze di tali progettualità a livello internazionale ne rafforzano la diffusione anche in ambito nazionale, emergendo, pur con le loro specificità, come esempi di *governance* "allargate", frutto di percorsi differenti accomunati da una progressiva consapevolezza della centralità del cibo nei modelli di sviluppo urbani, e della responsabilità in materia di alimentazione da parte dei governi locali. In tal senso si possono delineare alcune macro questioni al centro di tali politiche urbane: salute pubblica e lotta all'obesità e alle patologie legate alle abitudini alimentari (si vedano i casi di Toronto e Bristol); sicurezza alimentare e promozione di sviluppo economico locale (Sud Africa e Sud America), oppure sviluppo di esperienze promosse dalla società civile (in particolare le filiere tra produttori e consumatori attraverso gli *Alternative Food Networks* con vari esempi europei, anche in Italia seppur in maniera frastagliata), che solo di recente sembrano assumere dimensioni più istituzionali.

A consolidare la centralità urbana nello sviluppo delle politiche alimentari in campo internazionale hanno contribuito alcuni elementi, tra i quali (Dansero, Pettenati, Toldo, 2017): la pubblicazione del report *Food for the*

Cities elaborato dalla FAO nel 2000; il programma *Healthy Cities* dell’Oms che si riferisce all’inclusione delle politiche alimentari nei piani urbanistici; la *Development Agenda* con i nuovi 17 *Sustainable Development Goals*, seguita alla fine del 2016 dall’emanazione a livello europeo della “*EU sustainable food policy*”. In questo quadro generale, una tappa fondamentale nel nostro Paese è il *Milan Urban Food Policies Pact* (MUFPP), primo patto internazionale sulle politiche alimentari che dal 2015 riunisce ben 132 municipalità di piccole, medie e grandi dimensioni, in rappresentanza di oltre 460 milioni di cittadini di tutto il mondo. L’importanza di tale strumento risiede nella sua natura politica e teorico-metodologica, potendo mettere in rete un insieme crescente di città dalle esperienze differenti, favorendone il confronto e lo scambio di buone pratiche, utili a rinnovare la *governance* del *food system* dal livello locale a quello globale (Dansero, Nicolarea, 2016).

A conferma dell’evoluzione di tale ambito, occorre sottolineare negli studi di settore la comparsa dal 2009 del termine *Urban Food Planning*, con il quale si intende il variegato ambito di pratiche e politiche aventi lo scopo di nutrire le città in maniera sostenibile, ecologicamente compatibile, socialmente giusta ed economicamente efficace (Morgan, 2009).

Se in quest’ottica a livello internazionale esiste una progettualità molto attiva, sostenuta anche scientificamente, occorre invece sottolineare il ritardo del nostro Paese nel quale l’ottica di una pianificazione integrata dei sistemi locali del cibo non costituisce ancora una percezione realmente diffusa, soprattutto a livello istituzionale. Sono ancora limitati i casi dei Comuni che hanno adottato strategie urbane alimentari (Pisa, Milano) o processi di governance alimentare allo scopo di avviare politiche urbane del cibo (Bergamo, Torino), con annesse Agende Locali alimentari. L’attuazione di progettualità pilota sparse sul territorio, inducono quindi a riflettere su di un panorama nazionale complesso, quanto diversificato eppure alimentato da percorsi aperti e sensibili in tal senso.

3. Verso un sistema territoriale del cibo: il modello SLoT

Riflettere sugli spazi di azione e sulle strategie attuabili su specifici territori in termini di politiche del cibo, significa considerare la dimensione locale come parte attiva del sistema stesso, ovvero vagliare quella parte del sistema del cibo che ricade nell’ambito locale, non solo in termini di localizzazione, ma anche come possibilità di azione degli attori che operano sul territorio. Ciò significa mettere in campo le capacità dei soggetti locali quanto le disponibilità degli attori istituzionali (PA, mercato, società civile organizzata) di interagire tra loro, al fine di individuare e condividere obiettivi comuni in relazione alle caratteristiche materiali e immateriali specifiche del territorio che abitano. Si tratta in altre parole di conoscere gli attori coinvolti nel

processo di governance e le loro caratteristiche: capacità di interazione, auto-organizzazione e progettualità in riferimento alle dotazioni locali necessarie allo sviluppo del territorio stesso.

In quest'ottica appare utile l'utilizzo del modello SLoT, definito da De Matteis e Governa (2005, p. 31) come uno strumento finalizzato «a esplorare e descrivere la geografia di quella particolare risorsa che è la capacità auto-organizzativa locale, in quanto interfaccia necessaria per attivare, e in una certa misura anche produrre, risorse specifiche nei processi di sviluppo». Tale modello permette al contempo di focalizzare i due concetti principali ai fini delle *urban policy*:

1) la nozione di “locale” (intesa come ambito di auto-organizzazione e regolazione tra il singolo e le dinamiche sovralocali);

2) e quella di “territoriale”, relativa al territorio e al suo background composto di risorse materiali, immateriali e simboliche riconosciute come tali dai soggetti coinvolti, oppure prodotte dalle loro interazioni, nell'ambito della progettualità sul territorio.

In riferimento al sistema cibo, l'interazione tra attori ed elementi del territorio identificati come risorse, può essere interpretata come un sistema locale territoriale del cibo (*Food Local Territorial System, FoodLoTS*). Nei processi di sviluppo il modello Slot permette di osservare le interazioni tra il livello locale e quello sovralocale, facendo emergere come esse influiscono sul territorio, in termini di trasformazioni ambientali e socioculturali. La specificità del modello è quella di considerare ogni luogo come un «potenziale sistema dinamico di relazioni intersoggettive, capaci di sedimentare risorse relazionali, cognitive e organizzative specifiche» (Tecco *et al.* 2017, p. 14). Sebbene l'approccio sia di tipo locale, la potenzialità del modello è quella di osservare anche il livello sovralocale, consolidando le interazioni tra soggetti, risorse, possibilità del territorio locale e dinamiche di sviluppo. La finalità è ottenere interventi di governance allargata per la costruzione di un sistema locale territoriale del cibo che possa dare vita a ulteriori impulsi e sviluppi socioeconomici attraverso la costruzione di strumenti e politiche *ad hoc*.

Il focus di partenza per individuare un *FoodLoTS* è dunque rappresentato dalla progettualità in cui sia evidente il ruolo attivo dei soggetti territoriali, a partire dalla presenza di aggregazioni territoriali di soggetti pubblici e privati che abbiano sviluppato progetti di trasformazione e sviluppo territoriale nei vari settori cui fa riferimento il tema del cibo. Ciò permette di mappare una prima geografia dell'azione territoriale in base alle dinamiche progettuali locali, considerando l'auto-organizzazione locale come principale indicatore di tale mutamento (Dematteis, 2003).

L'efficacia di questo approccio riguarda quindi la possibilità di adottare uno sguardo processuale sullo sviluppo locale che si origina a partire dal cibo, in quanto espressione di un fenomeno territoriale, non settoriale, frutto dell'interazione tra le varie componenti del sistema alimentare, la cui trasversalità e

integrazione sono fonti di creazione di nuovo sviluppo. Obiettivo finale è infatti la costituzione di una rete locale che possa intravedere nella dimensione territoriale del sistema-cibo una potenzialità e non un limite.

Sulla base di queste premesse abbiamo studiato il caso della città di Reggio Emilia, come esempio di Sistema Locale territoriale del cibo, adatto a regolamentare le politiche della città in materia di alimentazione e sani stili di vita. I paragrafi che seguono si focalizzano sulla ricerca fatta sul campo e sugli aspetti emergenti dall'analisi del processo osservato.

4. Il contesto di Reggio Emilia: linee guida e strategie del sistema sanitario locale

Il lavoro e i progetti sviluppati negli ultimi cinque anni sul territorio di Reggio Emilia si inquadrano in un percorso normativo-legislativo di cambiamento, avviato a livello regionale già nei primi anni del 2000. La legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 – a seguito del decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 – riorganizza la struttura del Sistema Sanitario Regionale, rafforzando il ruolo delle autorità locali in materia di pianificazione e valutazione dei servizi, allargando la governance aziendale agli operatori sanitari e consolidando la collaborazione con la Regione e l'Università nei campi dell'assistenza sociale, della ricerca e della didattica⁷. Inoltre, il Piano Sociale e Sanitario della Regione per il biennio 2017-2019, tra le altre azioni prioritarie, include – evidenziandola maggiormente rispetto ai Piani precedenti – la promozione e la prevenzione della salute. Gli strumenti suggeriti dal Piano per lavorare in questa direzione sono l'integrazione tra il sistema sanitario e il sistema di welfare, la pianificazione partecipata dei servizi e della loro governance, il diretto coinvolgimento del Terzo Settore e la riorganizzazione dei servizi sulla base dei bisogni, sempre in trasformazione, della popolazione. Per la prima volta il Piano offre sia linee guida generali sia dettagliate indicazioni pratiche per l'implementazione di azioni specifiche. Tra queste, ai fini del presente lavoro, sono rilevanti i seguenti aspetti:

- le direttive dedicate ai metodi per promuovere *empowerment* e partecipazione civica della comunità, intesa come i beneficiari dei servizi e gli attori impegnati nella organizzazione e distribuzione dei servizi stessi, stabilendo anche nuove collaborazioni tra il sistema pubblico e il Terzo Settore;
- gli incentivi a diffondere una migliore alfabetizzazione sanitaria tra la popolazione;

⁷ Per approfondimenti: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/organizzazione/servizio-sanitario-er>. Consultato in data 15/04/2021.

- la promozione di strumenti e tecnologie informatiche sia per pianificare nuovi servizi e innovare quelli esistenti sia per sviluppare nuove possibilità di usufruire dei servizi.

A scala locale, ogni anno l'Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia (AUSLRE) pubblica la Relazione sulla Performance allo scopo di restituire in modo chiaro e comprensibile le azioni implementate lungo il corso dell'anno in merito agli obiettivi strategici da raggiungere⁸. Comparando le Relazioni degli ultimi anni, la sezione riguardante il ruolo dei cittadini appare per la prima volta nel 2014, dove viene coniata come l'importanza della partecipazione dei cittadini nella valutazione dei servizi sanitari e della relazione con le associazioni di volontariato. Nonostante il passo in avanti, tale partecipazione è però ancora riferita solo alla valutazione da parte dei cittadini alla fine del processo di implementazione dei servizi, mentre non si parla ancora di un loro coinvolgimento nelle fasi di pianificazione e creazione dei servizi. Nel 2018, invece, la Relazione elenca nuove aree di azione implementate nel corso dell'anno 2017: consolidamento della cura primaria, attività di prevenzione e promozione della salute, sviluppo di infrastrutture tecnologiche. In particolare, riguardo alle attività di promozione e prevenzione, la Relazione sottolinea la rilevanza di processi individuali e collettivi che migliorino l'empowerment delle persone e, di conseguenza, il loro stile di vita e il loro benessere.

La Relazione sulla Performance è completata ogni tre anni dal Piano della Performance, un programma appunto triennale che riporta gli indicatori di ogni dimensione su cui, a livello regionale, viene valutata la performance delle unità sanitarie locali. Comparando, quindi, gli ultimi tre Piani (2013-2016; 2016-2018; 2018-2020), in quello più recente i dati sul sovrappeso e l'obesità sono presentati in una sezione dedicata, mentre nei Piani precedenti erano stati inclusi insieme alle altre dimensioni riguardanti l'attività fisica e il consumo di fumo e alcool. La prevenzione e la promozione della salute assumono l'etichetta di "priorità" nel Piano del 2016-2018. Diventa, quindi, esplicita l'attenzione dell'Azienda Sanitaria di Reggio Emilia alle attività rivolte alla prevenzione, non solo per quanto riguarda l'obesità, ma anche per altri aspetti sanitari, tra cui per citarne due le formazioni cancerogene e i danni per il fumo.

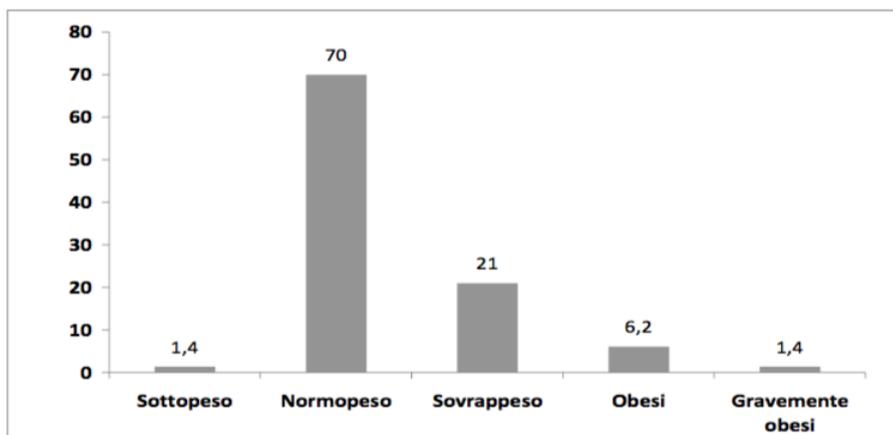
Nello specifico e per avvicinarci al fulcro della nostra ricerca, l'attenzione verso l'obesità, e ancora più, verso l'obesità infantile, è alta già da inizio degli anni 2000, crescendo progressivamente nel tempo. Nel 2010, l'Unità Sanitaria Locale ha avviato un programma di ricerca e interventi volti a prevenire l'obesità, adottando una strategia multilivello che si sviluppa da una

⁸ Per approfondimenti: <https://www.ausl.re.it/comunicazioneeeeeee/news/pubblicati-la-relazione-sulla-performance-2017-e-il-piano-della-performance-2018-2020>. Consultato in data 12/05/2021.

prevenzione primaria, nelle fasi prescolastiche e scolastiche, a una prevenzione secondaria organizzata tramite monitoraggi individuali e la consulenza e il supporto alle famiglie da parte dei pediatri (Davoli, 2013; Broccoli, 2015). La nuova strategia prevede anche la cura dei bambini obesi da parte di équipes multidisciplinari, che possano dedicarsi a tutte le sfere della vita del bambino (alimentazione, attività fisica, relazioni sociali).

Su scala nazionale l'Emilia-Romagna si trova in una posizione intermedia tra gli estremi più alti e più bassi, con valori appena al di sotto della media nazionale. Dai dati raccolti in una delle ultime statistiche condotte sul tema (Okkio, 2016) risulta che l'1.45% dei bambini emiliano-romagnoli è gravemente obeso, il 6.16% è obeso, il 21% è sovrappeso, l'1.4% è sottopeso, e il restante 70% è normopeso. In generale, quindi, il 28.6% dei bambini è caratterizzato da sovrappeso e obesità.

Fig. 1 – Peso dei bambini nella regione Emilia-Romagna (Okkio 2016)



Su scala provinciale, invece, un'indagine del 2003 ha coinvolto un campione di bambini di sei anni (nati nel 1997), residenti in regione e frequentanti il primo anno della scuola primaria, ed è stata poi completata da un secondo questionario, somministrato nel 2005 a una coorte di bambini di 9 anni (nati nel 1996), frequentanti il terzo anno della scuola primaria. In totale, i dati mostrano che la provincia di Reggio Emilia – comparata con le altre province dell'Emilia-Romagna – registra il più alto tasso percentuale di bambini obesi tra quelli di sei anni e il più alto tasso di bambini sovrappeso tra quelli di sei e nove anni. Un'altra indagine, svolta nel 2007-2008, è stata rivolta agli adolescenti di 14 (nati nel 1993) e 17 anni (nati nel 1991). Anche in questo caso, Reggio Emilia risulta la provincia dell'Emilia-Romagna con la più alta percentuale di obesità tra i ragazzi di 14 anni. Inoltre, le statistiche mostrano che i bambini che frequentano scuole in comuni con meno di

10.000 abitanti sono più a rischio obesità, mentre il rischio diminuisce all'aumentare del grado scolastico della madre: da un rischio sul 10.3% dei bambini quando la madre possiede il diploma elementare o secondario inferiore, ad un rischio sul 7.6% dei bambini nel caso in cui la madre abbia conseguito la laurea.

4.1. BMI, GET e COSIE: tre progetti emblematici dell'Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia contro l'obesità infantile

In questo quadro si inseriscono molteplici azioni e progetti rivolti alle famiglie, alle scuole, alle società sportive e organizzati da svariati attori. Molti di questi saranno nominati e descritti nel paragrafo di analisi delle interviste svolte, attraverso la voce degli attori protagonisti. Qui vengono brevemente presentati tre grandi progetti sviluppati dall'Azienda Sanitaria Locale, in collaborazione con altri *stakeholders* locali, che fanno da sfondo alla ricerca presentata in questo libro e da cornice a tutte le singole azioni che gli intervistati hanno descritto.

4.1.1. BMInforma

Il programma Bimbi Molto In forma nasce nel 2011 dalla consapevolezza che per ridurre il fenomeno dell'obesità infantile era necessario aumentare la consapevolezza e la sensibilizzazione riguardo al problema in tutti gli operatori sanitari e in tutte le famiglie. Il programma, ancora attivo, include tutte le azioni già attive sul territorio che riguardano la promozione della salute infantile, come il controllo dei menù della ristorazione scolastica, le attività extracurricolari svolte in collaborazione con i servizi educativi municipali, l'attività fisica organizzata in collaborazione con le società e associazioni sportive. BMI ha però anche sviluppato una prevenzione secondaria, che si fonda innanzitutto sul monitoraggio dei bambini di cinque anni per identificare la condizione di sovrappeso o di obesità. In base ai risultati, le famiglie di bambini normopeso ricevono indicazioni su una dieta equilibrata e su una corretta attività fisica; in caso di bambini sovrappeso, il pediatra decide se il bambino è eleggibile per un intervento motivazionale di prevenzione all'obesità, mentre in caso di bambini obesi, il pediatra può decidere di indirizzare la famiglia verso la cura di secondo livello. Quest'ultima prevede che la famiglia e il bambino siano seguiti da un'équipe multidisciplinare, che di volta in volta suggerisce interventi personalizzati. Solo i bambini con disturbi endocrini vengono mandati alla cura ospedaliera di terzo livello. In ogni caso, gli interventi seguono i bambini fino al dodicesimo anno di età. Il processo è monitorato da una piattaforma informatica, sviluppata appositamente.

4.1.2. GET – Gruppi di Educazione Terapeutica

Parallelamente a BMInforma, nel 2016 l'Unità Sanitaria Locale avvia la sperimentazione dei Gruppi di Educazione Terapeutica (GET) come trattamento alternativo all'obesità infantile, che vada oltre all'approccio medico-sanitario tradizionale e che abbracci anche la sfera relazionale del bambino. Il gruppo di cura del bambino, infatti, è composto da dietisti e psicologi. La sperimentazione prevede che i bambini inviati ai servizi di secondo livello vengano selezionati o per il gruppo di controllo o per il gruppo sperimentale. La selezione avviene sulla base di alcune caratteristiche, come il peso e l'età (tra i 5 e i 14 anni), la disponibilità di un membro della famiglia a seguirli nel percorso, l'assenza di patologie gravi, un alto livello di motivazione a perseguire gli obiettivi. Se inseriti nel primo gruppo, i bambini ricevono in ospedale il percorso individuale abituale, composto da incontri con il medico dietista e basato su un approccio informativo-educativo. Se inseriti nel gruppo sperimentale, i bambini e le famiglie prendono parte a un programma con sede a Luoghi di Prevenzione⁹, che prevede invece un approccio multidisciplinare, motivazionale e di gruppo. Nell'arco di due anni, la famiglia e il bambino sono invitati a prendere parte a dieci incontri – all'inizio ogni mese, in seguito ogni tre mesi, durante i quali svolgere varie attività. Per ogni attività, genitori e bambini sono separati gli uni dagli altri (prima tutti i bambini del gruppo, poi tutti i genitori del gruppo). Gli incontri si susseguono in un ordine logico e su tematiche specifiche, come imparare a cucinare cibi sani o capire la giusta quantità di cibo da dare al bambino. Anche il linguaggio utilizzato dagli psicologi con i bambini è oggetto di molta attenzione (non vengono usati termini come obeso, grasso, malattia). L'obiettivo principale del percorso è stimolare il bambino e la sua famiglia a cambiare abitudini alimentari e quotidiane, invece che perdere peso, in modo da non ottenere solo un risultato di breve termine (perdita di peso), ma influenzare la vita del bambino a lungo termine (assunzione di sane abitudini e stili di vita).

4.1.3. COSIE – Co-creation of Service Innovation in Europe¹⁰

Il gruppo di professionisti già coinvolti nel progetto BMInforma, guidati dal Servizio Epidemiologia dell'AUSLRE, è entrato a far parte anche del progetto COSIE, un progetto europeo dedicato all'innovazione dei servizi sociosanitari pubblici tramite il coinvolgimento dei beneficiari secondo

⁹ Luoghi di Prevenzione è il centro di riferimento della regione Emilia-Romagna per la Formazione degli operatori sociosanitari sui temi della Promozione della Salute e la Sperimentazione, il monitoraggio e la valutazione di modalità di intervento innovativo (attività di Ricerca-Azione). Consultabile in: <https://www.luoghidiprevenzione.it/Home/>.

¹⁰ Per approfondimenti: <https://CoSIE.turkuamk.fi/CoSIE/>.

pratiche di co-creazione. Il caso di Reggio Emilia, in particolare, ha l'obiettivo di migliorare le azioni cominciate nella cornice del programma BMI, coinvolgendo sempre più gli attori territoriali impegnati in questo tipo di servizi e i beneficiari dei servizi stessi (bambini e genitori). Una parte rilevante del progetto riguarda lo sviluppo di una app per smartphone, che oltre a servire allo scopo primario di riduzione e prevenzione dell'obesità, è pensata per diventare un sistema di monitoraggio per mettere in connessione varie informazioni sanitarie, ridurre i costi (ad esempio, quelli di registrazione ai servizi) e semplificare la comunicazione tra i genitori, i pediatri, le autorità sanitarie e l'offerta territoriale in generale.

Lo sviluppo di questo ultimo progetto, insieme a quelli già esistenti, ha aumentato la necessità di integrazione tra le varie istituzioni sul territorio (sanità, scuola, pubblica amministrazione), richiedendo a tutti i professionisti una collaborazione sempre più stretta al fine di offrire risposte sistematiche e complete alla popolazione. Infine, il progetto ha coinvolto anche l'Università di Bologna, nel ruolo di osservatore scientifico, allo scopo di affiancare il processo di co-creazione e indagare in profondità il contesto territoriale e gli attori coinvolti nei servizi di prevenzione e riduzione dell'obesità.

4.2. Gli attori territoriali

Il progetto COSIE ha previsto l'organizzazione di due gruppi di lavoro, un comitato direttivo (*steering committee*), più ristretto, e un comitato consultivo (*consulting committee*), aperto invece a molteplici attori territoriali. La funzione di quest'ultimo è raccogliere i punti di vista, le necessità, i dubbi e le attività di tutti i soggetti che si occupano, direttamente o indirettamente, di prevenire l'obesità e promuovere stili di vita sani. Il gruppo si incontra regolarmente, due volte all'anno. Lo scopo è quello di creare una rete che condivide esperienze e consigli in merito al tema, supportando reciprocamente le azioni implementate dai singoli attori e unendo gli obiettivi individuali in un macro-obiettivo collettivo. Durante il primo incontro (giugno 2018), è stato il gruppo stesso a definire le modalità di inclusione dei membri – oltre a chi fosse opportuno coinvolgere, se non ancora presente. In termini pratici, il comitato consultivo ha il compito di contribuire al processo di co-creazione dell'app, fornendo idee, dando riscontri e testando il prototipo. Per la fase di co-design dello strumento informatico, i membri della consulta – dopo aver collaborato per identificare le principali tematiche a cui l'app si vuole rivolgere (dieta e menù salutari, attività fisica, relazioni con le istituzioni, relazioni con i pediatri) – si sono suddivisi in sei sottogruppi di lavoro per definire e progettare le singole sezioni dell'app.

A due anni da quel primo incontro, i membri inclusi nel comitato appartengono principalmente al settore pubblico (municipale e sanitario), ma ci

sono anche molte organizzazioni di Terzo Settore e, in misura minore, soggetti del settore privato appartenenti all'industria del cibo e alle aziende di distribuzione del cibo. Alcuni dei membri afferenti all'Unità Sanitaria Locale sono: il Servizio Comunicazione, il Dipartimento di Cure Primarie, l'Igiene Pubblica, che include il settore di promozione della salute e di medicina dello sport, il Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche (STIT), il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) e l'Unità Pediatrica dell'Ospedale Santa Maria Nuova. Tra i genitori dei bambini frequentanti le scuole primarie nel periodo di svolgimento del progetto COSIE non sono state identificate associazioni focalizzate sul tema dell'alimentazione e degli stili di vita. I temi più diffusi sono, invece, la prevenzione degli abusi e le situazioni di divorzio genitoriale. I genitori dei bambini sono stati, quindi, coinvolti in altri modi: tramite focus group organizzati dall'Università di Bologna (partner del progetto), durante festival, seminari e laboratori cittadini.

Partecipando agli incontri del comitato consultivo, si è avuto modo di coinvolgere alcuni dei membri del gruppo nell'approfondimento che questa ricerca ha voluto sviluppare. Nel prossimo paragrafo vengono presentati gli attori coinvolti e la metodologia utilizzata.

4.3. Gli intervistati

Volendo approfondire la conoscenza del territorio reggiano e del contesto sociosanitario in cui sono stati sviluppati gli interventi voluti dai progetti BMInforma, GET e COSIE, abbiamo cercato di raccogliere informazioni e prospettive da stakeholder appartenenti a diversi settori operativi: sanità, scuola, sport, pubblica amministrazione e alimentazione (tab. 1). La selezione è avvenuta tra i partecipanti al comitato consultivo, utilizzando poi la tecnica “a palla di neve”¹¹ per identificare e contattare attori territoriali dei settori che rimanevano più inesplorati. Le interviste sono state somministrate dal 15 aprile al 6 giugno 2019, ad esclusione delle ultime due, che sono state rimandate alla prima settimana di luglio. Le interviste sono state audio-registrate e il loro contenuto è stato poi trascritto e analizzato.

¹¹ In altre parole, abbiamo richiesto ad attori già intervistati o a membri del Servizio Epidemiologia (leader del progetto COSIE) di indicare altri attori di loro conoscenza che potessero essere disponibili a partecipare alla ricerca.

Tab. 1 – Riepilogo degli attori intervistati, con indicazioni sul ruolo lavorativo, settore di appartenenza e modalità di contatto. In alcuni casi sono indicati due settori operativi, dal momento che il lavoro dell'intervistato si svolge a cavallo delle due sfere

Intervistato	Settore	Contatto
Medico, Responsabile Area Prevenzione Salute, Ausl Re	Sanità	Consulta Co-SIE
Medico in Igiene e Medicina Preventiva, Coordinatore programmi cure palliative, percorsi della cronicità e materno infantile, Ausl Re	Sanità	Consulta Co-SIE
Medico, Coordinatrice settore alimentazione del SIAN, Ausl Re	Sanità	Consulta Co-SIE
Dott.ssa Medicina dello sport, Ausl Re	Sanità	Consulta Co-SIE
Dietista: Sian, progetto infanzia a colori, Ausl Re	Sanità/Scuola	Altro intervistato
Docente scuola primaria San Martino in Rio, capofila progetto Infanzia a colori	Scuola	Altro intervistato
Pedagogista, Responsabile unità organizzativa Reggio Children	Scuola	Servizio Epidemiologia Ausl Re
Referente comunale e provinciale Nati per leggere, responsabile biblioteca Santa Croce	Scuola	Consulta Co-SIE
Delegato provinciale Coni point Reggio Emilia	Sport	Consulta Co-SIE
Coordinatore tecnico Coni point Reggio Emilia, docente di scienze motorie, preparatore atletico Reggio Calcio	Sport	Altro intervistato
Membro del direttivo UISP Reggio Emilia, consigliere regionale UISP Emilia-Romagna	Sport	Rete socio-personale delle attrici
Assessora servizi persona, sanità, associazionismo e pari opportunità, San Martino in Rio	Pubb. Amm. (Sanità)	Consulta Co-SIE
Psicologa, Centro famiglie, Comune Reggio Emilia	Pubb. Amm. (Sanità)	Consulta Co-SIE
Servizio Mobilità Ambiente Housing Sociale Progetti Speciali, Comune Reggio Emilia	Pubb. Amm. (Mobilità)	Consulta Co-SIE
Nutrizionista, Officina educativa, Comune Reggio Emilia	Pubb. Amm. (Alimentaz.)	Consulta Co-SIE
Dietista, progetti scolastici, Comune Reggio Emilia	Alimentazione	Altro intervistato
Dietista, CIR	Alimentazione	Altro intervistato

La tabella 1 elenca gli attori intervistati, il loro ruolo lavorativo, il settore di appartenenza e su cui si è basata la loro selezione e la modalità con cui vi siamo entrati in contatto.

Per l'analisi delle interviste, abbiamo codificato il testo trascritto attraverso le seguenti tematiche, che in parte riprendono i settori operativi degli intervistati, in parte esplorano altre aree:

- Scuole e mense
- Sport
- Mobilità urbana, edilizia e infrastrutture
- Rapporto con i genitori
- Tecnologie (non solo informatiche)
- Percezioni sull'obesità
- Approccio sanitario, culturale e relazionale all'obesità
- Percezioni sugli stili di vita sani e attivi
- Rete tra stakeholders (compresi i genitori)
- Progetti congiunti

Come è facile immaginare, la maggior parte delle informazioni raccolte riguarda parallelamente due o più di queste tematiche.

Il prossimo paragrafo è dedicato all'illustrazione degli attori intervistati e del quadro della città di Reggio Emilia in tema di prevenzione dell'obesità, gestione del cibo e dell'alimentazione e promozione di stili di vita sani e attivi.

5. Percezioni, opinioni e azioni degli stakeholder intervistati

La totalità degli intervistati, al momento di apertura del confronto, descrive l'obesità in termini medico-sanitari, facendo riferimento a percentili e misurazione dell'indice di massa corporea, sulla base di altezza (cm) e peso (kg) del bambino. Allo stesso modo, tutti dichiarano di rilevare costanza o, addirittura, peggioramento nello sviluppo dell'obesità. Nonostante gli sforzi fatti a livello cittadino in termini di offerta dei servizi e di prevenzione, il tasso di obesità infantile aumenta. Inoltre, diminuisce l'età dei bambini in cui inizia a presentarsi lo stato di obesità e si fa più marcata la stratificazione del problema in base alla classe sociale: le fasce sociali economicamente e socialmente più deboli, infatti, presentano maggiormente tratti legati all'obesità e stili di vita meno sani.

Qualche anno fa, la si riusciva a cogliere maggiormente all'inizio della scuola primaria, ma oggi lo si intravede in maniera tangibile anche nelle fasce d'età precedenti (0-6 anni) (MT).

Purtroppo, il problema del sovrappeso e dell'obesità sta subendo una stratificazione sociale: stiamo vedendo un problema soprattutto nelle fasce più deboli, con uno status economico e sociale più basso (SS).

È diffusa negli intervistati la percezione che, a fronte di una più alta attenzione di tutti gli attori istituzionali (anche all'interno delle società sportive) della città negli ultimi 5-10 anni, non vi sia invece un aumento della percezione del problema da parte della popolazione e delle famiglie.

L'obesità è aumentata...c'è stata una percezione politica, sanitaria, per cui hanno cominciato a dire: "bisogna lavorarci" (AF).

Una maggiore sensibilità riguardo [a] questo problema, in questi anni, c'è. Vedo società sportive che organizzano incontri con nutrizionisti o con persone che parlano di come mangiare e alimentarsi (IP).

Sulla popolazione, la percezione è sempre quella: nulla. È proprio minima. Perché se non lo fosse, avremo meno obesi (AF).

Noi abbiamo avuto sia bambini sia bambine obesi, [e invece] genitori che avessero la percezione che il figlio mangiasse poco (LG).

La comunicazione con i genitori di bambini obesi risulta molto difficile in tutti i settori in cui gli stakeholder intervistati lavorano. Le cause vengono rilevate nella diversità culturale, di cui la provincia di Reggio Emilia è ricca, per la presenza di famiglie provenienti sia da altre parti di Italia sia dall'estero. Gli stakeholder si trovano, quindi, ad agire su abitudini alimentari e quotidiane, non consone a uno stile di vita sano e attivo, profondamente sedimentate nella routine delle famiglie.

Innanzitutto, la loro esperienza conferma che solitamente i bambini obesi crescono con adulti affetti dalla stessa condizione, adulti che non percepiscono il problema del figlio o che tendono a nascondere, perché affrontarlo comporterebbe un cambiamento faticoso per tutta la famiglia. Nell'ambito scolastico e sportivo, poi, i genitori si mostrano frequentemente disinteressati a ciò che mangia il figlio e non sono disponibili a partecipare a percorsi o a incontri formativi con esperti e professionisti del settore.

L'idea è che se un bambino mangia, non ti rompe le scatole perché non ci devi star dietro, bello Paciuto è meglio che non...Poi il grande obeso raramente è figlio di persone non obese e quindi è proprio un discorso culturale, familiare (AF).

Con i genitori cerchiamo più un colloquio, perché ancora non siamo riusciti ad avere quella piena compartecipazione. Noi cerchiamo un colloquio, che si manifesta soprattutto in incontri a inizio d'anno e anche incontri durante

l'anno, per valutare l'andamento della refezione scolastica. Ahimè, non sempre otteniamo una risposta [...] Questo è dovuto al semplice disinteressamento da parte del genitore (FC).

Quando, infine, vengono svolte attività di educazione alimentare e di sensibilizzazione al problema con i bambini, gli stakeholder notano un atteggiamento controproducente nei genitori, che rifiutano gli spunti appresi dal bambino e poi portati a casa.

Al termine della nostra visita all'orto di Lucia, il proprietario ha dato a ciascun bambino una verza. La volta successiva abbiamo chiesto loro come l'avessero mangiata: chi l'aveva data alla nonna, chi al vicino, mamma che l'ha buttata perché è brutta, chi invece l'aveva mangiata. C'è molto bisogno di lavorare a più livelli. Se non arrivi alle famiglie più difficilmente avrai dei risultati (MM).

Chi lavora nel servizio di preparazione dei pasti per le mense delle scuole racconta anche di una forte tendenza a richiedere l'individualizzazione del servizio: ad esempio, i genitori si fanno fare dei certificati medici che certificano allergie del bambino, genitori membri della Commissione Mensa nelle scuole chiedono l'abolizione di alcuni alimenti in base ai gusti dei propri figli, a volte chiamando addirittura l'azienda di preparazione dei pasti per chiedere modifiche del menù.

Il rapporto delle famiglie con il cibo e la loro cultura alimentare è approfondito e meglio analizzato nel capitolo successivo. Qui continuiamo a concentrarci su quanto emerso dagli stakeholder in merito a percezione dell'obesità e ad azioni progettuali per la sua prevenzione.

Anche per le difficoltà appena descritte, oltre che alla constatazione che agire solo sui menù dei bambini non è efficace, gli stakeholder stanno sviluppando una forte propensione a trattare l'obesità con un approccio che vada oltre la mera definizione sanitaria del problema e che prenda in considerazione anche i fattori sociali, ambientali e psicologici. Inoltre, mostrano una forte consapevolezza della necessità di riservare maggiore attenzione e maggiori risorse alla prevenzione dell'obesità e alla promozione di stili di vita sani.

La cosa è molto più complessa e bisogna che il mondo della Sanità se ne renda conto. Bisogna tenere conto di tutto questo e di come i cambiamenti che si chiedono di fare alle persone in virtù della salute vadano esaminati in un contesto molto più ampio (AMF).

Serve uno staff, un gruppo di persone attive esclusivamente sul tema della prevenzione, costituendo un gruppo che possa seguire in modo capillare... possa attivare cittadini esperti, costruire momenti di educazione tra pari sui

temi della salute, aumentare orario, risorse di personale sui temi della prevenzione (SS).

Infatti, questo ultimo fattore è menzionato da tutti come elemento fondamentale se si vuole prevenire l'obesità infantile, che è messa in relazione con i cambiamenti nelle pratiche quotidiane di vita delle famiglie: riduzione del tempo trascorso in casa dai genitori, riduzione del tempo a disposizione per cucinare, aumento del tempo in cui i figli sono soli anche nei momenti del pasto, aumento del ricorso all'aiuto dei nonni per l'accudimento dei figli e ulteriore complicazione nella gestione del cibo, aumento del tempo trascorso in attività sedentarie e riduzione delle attività di gioco libero. Vi è allora negli intervistati la consapevolezza di dover lavorare anche sulle condizioni di sicurezza vissute dai bambini in strada e negli spazi pubblici, in modo da favorire momenti di gioco e attività libere e percorsi casa-scuola in bici o a piedi.

Se non riusciamo a creare una serie di situazioni che aiutano le persone a ricominciare a muoversi, a cambiare le abitudini alimentari, non ci sono le possibilità di risolvere questo problema. Finché non si ricomincia ad andare a scuola a piedi, a fare le scale, a muoversi in bicicletta non credo riusciremo ad ottenere grandi risultati. [...] I bambini prima non stavano ore davanti al computer o al telefonino chiusi in casa, perché non vanno al parco perché i genitori hanno paura che gli capiti qualcosa (AF).

Alcuni degli intervistati, inoltre, sottolineano e approfondiscono la correlazione tra obesità, ambiente sociale e psicologia del bambino. Nonostante sia una minoranza a parlarne, questa informazione denota una recente maggiore attenzione anche agli aspetti relazionali del bambino, quelli che riguardano i rapporti con i genitori, con gli altri adulti di riferimento a scuola o in attività extra-scolastiche e con i coetanei. Questi fattori sono ritenuti parimenti importanti, sia nell'indagare le cause che portano il bambino a sviluppare un rapporto nocivo con il cibo sia nell'affrontare le conseguenze di una condizione di obesità, che porta quasi sempre casi di stigmatizzazione.

Finora ci siamo limitati a tratteggiare le percezioni e le opinioni degli stakeholder intervistati. Approfondiamo, ora, le azioni progettuali effettivamente e concretamente sviluppate sul territorio. Oltre ai tre progetti presentati nella sezione precedente (sez. 4), gli intervistati descrivono molti progetti sviluppati in collaborazione tra uno o più settori (sanitario, sportivo, scolastico, pubblico) e organizzati in periodi e modi diversi, così da raggiungere il più alto numero di famiglie¹². Considerati i limiti di spazio dettati da questo volume,

¹² Vi sono anche collaborazioni tra Reggio Children e fondazioni di teatri e danza per integrare l'offerta artistica e motoria con quella della cultura alimentare; tra Comuni della

non riusciamo a riportare nel dettaglio tutti i progetti attivati in passato e attivi tuttora sul territorio della provincia reggiana, ma ne citeremo i tratti salienti, in modo da dare conto al lettore di come gli attori del territorio siano impegnati sul tema e di quali collaborazioni abbiano implementato per farlo.

Tutti le azioni e i progetti di cui si è raccolta traccia non si rivolgono alla cura dell'obesità, di cui si prende carico il settore sanitario, ma sono dedicati alle fasi di distribuzione e consumo della filiera produttiva del cibo, da un lato, e agli stili di vita famigliari e individuali, dall'altro lato. Per praticità e chiarezza, suddividiamo le iniziative svolte in base alla loro appartenenza a tre ambienti e situazioni della vita urbana: la scuola e la mensa; il tempo libero organizzato (sport, hobby); uso degli spazi pubblici e del territorio.

La scuola è probabilmente l'ambito in cui i bambini, di ogni età, e il personale scolastico ricevono un'educazione alimentare. I progetti attivati in collaborazione con dietisti e nutrizionisti del Comune o con il SIAN (Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) di Reggio Emilia sono numerosi e vengono attivati, principalmente, per le fasce di bambini in età prescolastica, di scuola primaria e di scuola secondaria superiore. Tutti i percorsi riguardano la conoscenza degli alimenti e delle loro proprietà, la loro stagionalità, la composizione di un menù, la funzione di socializzazione del cibo e le azioni per evitarne lo spreco. Negli anni, sono stati anche organizzati percorsi formativi rivolti ai docenti di scuole superiori di secondo grado riguardo alla prevenzione della salute¹³.

Il sistema di refezione scolastica organizza puntigliosamente i menù rivolti ai bambini seguendo il regime alimentare più consono alle direttive regionali sulla sana alimentazione. Negli ultimi dieci anni, il menù è cambiato notevolmente rispetto al passato: ad esempio, sono aumentate le grammature di verdura, e in generale la presenza di verdure crude rispetto a quelle cotte; le patate sono state ridotte, sia in grammatura sia in frequenza, a fronte del loro apporto di carboidrati; ridotta anche la frequenza di carni, salumi e formaggi.

Negli ultimi anni, inoltre, il Comune di Reggio Emilia ha investito per dotare le scuole dell'infanzia e gli asili nido di cucine interne, proprio per facilitare l'educazione alimentare e per contribuire alla conoscenza dei bambini degli alimenti e dei rituali di preparazione e trasformazione del cibo.

Oltre ai progetti di educazione alimentare, le scuole sono sedi anche di progetti sportivi e di attività motoria, in collaborazione con il comitato locale UISP, che a sua volta organizza attività anche insieme al servizio sanitario locale di prevenzione della salute¹⁴. In entrambi i casi, gli istruttori sportivi organizzano momenti di gioco libero, di sport o di attività motoria, come

provincia o aziende sanitarie locali e associazioni di volontariato; tra Comune di Reggio Emilia e polizia municipale.

¹³ I titoli dei progetti nominati dagli intervistati: Infanzia a colori; Paesaggi di prevenzione; Scegli con gusto; Officina educativa; Mangiare insieme; Alimentarsi bene per crescere meglio.

¹⁴ Uno dei progetti nominati è Vicinità.

semplici passeggiate, a cui i bambini possono partecipare direttamente a scuola dopo l'orario scolastico o in altri spazi e ambienti insieme ai loro genitori.

Ultimamente, anche le associazioni sportive sono più sensibili al tema dell'alimentazione e dell'integrazione tra diete sane e sport: così sono aumentati sia gli interventi di esperti del settore sportivo a convegni e seminari dell'AUSLRE sia gli incontri di formazione sul tema alimentare rivolti a giovani atleti e a responsabili e dirigenti delle società sportive della provincia.

Un altro esempio di attività svolta nel tempo libero dalle famiglie è il progetto "Nati per leggere". L'obiettivo principale è incoraggiare la lettura ai bambini e da parte dei bambini fin dalla tenera età. Promuovendo, però, anche libri che riguardano il benessere generale della famiglia, spesso vengono affrontate anche tematiche relative alle abitudini alimentari e famigliari di vita.

Riportiamo, infine, il caso di un Comune della provincia di Reggio Emilia, perché esemplificativo della possibilità da parte di soggetti pubblici di contribuire alla diffusione di stili di vita sani: da più di tre anni esiste un bando rivolto alle famiglie sotto una certa soglia di ISEE, per permettere il pagamento di una quota di iscrizione annuale a società sportive per lo svolgimento di attività motorie per i figli.

Parallelamente a tutti questi progetti, si sta sviluppando una maggiore attenzione soprattutto degli enti pubblici alle tematiche di mobilità dolce e mobilità sostenibile, che permetterebbero anche un maggiore movimento a piedi e in bici da parte delle famiglie e dei bambini nei tragitti casa-scuola-lavoro e ritorno. Il Comune di Reggio Emilia ha già sviluppato il sistema di parcheggi scambiatori¹⁵ e si ritiene all'avanguardia in tema di piste ciclabili. È in corso, tra l'altro, un grande sforzo per la rivalutazione di parchi e di interstizi della città finora cementificati. A maggio 2019, inoltre, l'Ufficio Mobilità del Comune di Reggio Emilia ha da poco adottato il PUMS, Piano Urbano della Mobilità Sostenibile, per rimarcare ancora di più la necessità di lavorare in maniera integrata (amministrazione, cittadini, trasporto pubblico, scuola, ecc.) e non solo in termini di infrastrutture, ma anche di cultura alla mobilità sostenibile.

Visto che abbiamo nominato il tragitto casa-scuola, all'interno della provincia, in diversi comuni, sono attive le iniziative di Pedibus e Bicibus: forme di trasporto scolastico per i minori che vengono accompagnati a scuola, a piedi o in bici, da adulti come se si trattasse di un trasporto pubblico. In pratica, i bambini, pur recandosi a un punto di ritrovo prestabilito (fermata), invece di prendere l'autobus, si aggregano ad una comitiva guidata da alcuni

¹⁵ Un parcheggio scambiatore è una soluzione di trasporto intermodale. L'area di sosta per i veicoli viene solitamente individuata in zone comprese tra i 10 e i 2 chilometri di distanza dal centro urbano. In prossimità del parcheggio o addirittura nel perimetro stesso del parcheggio si trovano poi mezzi di trasporto pubblico: fermate di autobus o stazioni di bikesharing, per esempio.

addetti che li accompagna in tutta sicurezza fino a scuola. Per il ritorno a casa, le modalità sono le stesse e il percorso viene compiuto al contrario.

Come emerge da questo breve resoconto, ogni progetto è sostenuto e sviluppato dalla collaborazione di più attori urbani e dalla loro volontà a costruire percorsi condivisi che possano favorire il benessere della collettività. Tuttavia, non sono assenti criticità, causate in particolare da “atteggiamenti controproducenti” di adulti che lavorano quotidianamente con i bambini o dalla cultura organizzativa e operativa dei settori coinvolti nei progetti. Per quanto concerne gli atteggiamenti che abbiamo definito controproducenti, gli intervistati fanno riferimento a quanto messo in pratica da alcuni insegnanti nelle scuole, al comportamento dei genitori e alle dinamiche tipiche di alcune società sportive.

Nel momento del pasto a scuola, gli insegnanti non dovrebbero esprimere la propria soggettività nel piatto e insegnare ai bambini che, seppure non siano di nostro gusto tutti gli alimenti, dovremmo almeno assaggiarli e sicuramente non cestarli. Questo spesso non succede. Inoltre, manca talvolta il giusto equilibrio tra l'esagerazione che viene concessa ai bambini su determinate pietanze e lo spreco che viene fatto del cibo meno apprezzato. Sul versante dell'attività motoria, invece, più le scuole aumentano di grado meno importanza assumono le ore scolastiche dedicate alla ginnastica e al moto. Al di fuori della scuola, invece, si assiste a una specializzazione troppo precoce nello sport a discapito del gioco libero e multidisciplinare.

Approfondendo, poi, il tema della mobilità urbana e dell'uso degli spazi pubblici, dagli intervistati emerge che, nonostante il sistema di piste ciclabili di Reggio Emilia, in quanto capoluogo di Provincia, sia ben strutturato è ancora carente in termini di manutenzione e sicurezza percepita dai cittadini. Così come insoddisfacenti sono i collegamenti tra i territori periurbani degli altri Comuni della provincia e Reggio Emilia, non consentendo un massivo uso di trasporti pubblici o di biciclette.

Trasversalmente a tutti i settori, gli intervistati ammettono la difficoltà di comunicazione, da un lato, tra culture diverse residenti sul territorio e, dall'altro, tra servizi e stakeholder stessi, che devono intraprendere un enorme investimento di risorse e tempo per condividere un linguaggio e degli obiettivi comuni e poi sviluppare azioni integrate. Inoltre, il lavoro collettivo ha lo svantaggio di allungare i tempi di concretizzazione e realizzazione delle azioni; fattore che seppure non venga esposto come limite invalicabile, viene citato come elemento da tenere in considerazione nella fase di progettazione di future azioni. Infine, se anche molti degli intervistati si mostrano soddisfatti delle collaborazioni sviluppate finora e dell'esperienza avuta all'interno del comitato consultivo del progetto CoSIE, rimangono comunque consapevoli delle resistenze che i vari soggetti operanti sul tema dell'obesità hanno alla contaminazione. Il timore è che ognuno di loro

mantenga sempre il proprio obiettivo individuale, la propria mentalità e di conseguenza organizzazione operativa e il proprio linguaggio specifico.

Tuttavia, nonostante le difficoltà, tutti gli stakeholder intervistati elogiano il contesto Reggiano per la predisposizione di molti settori a costruire percorsi e progetti condivisi, aprendosi per lo meno al dialogo e al confronto. Anche gli attori che finora hanno sperimentato meno partnership e collaborazioni intersettoriali, a seguito dell'ingresso nella consulta del progetto CoSIE, si scoprono interessati:

È stato interessante vedere come lo stesso tema era affrontato con modalità diverse. Una cosa che ci ha colpito, per esempio, è che noi, come servizio tecnico all'interno del Comune, ma il Comune stesso non è particolarmente abituato alle forme di collaborazione neanche tra i vari servizi, mentre invece a noi è sembrato che l'AUSL sia molto più abituato a lavorare per obiettivi e quindi a mettersi intorno a un tavolo per condividere un obiettivo e stabilire un lavoro. [...] adesso grazie un po' al progetto CoSIE, un po' grazie anche ad un altro progetto europeo che si chiama "School Chance" di cui noi siamo partner, abbiamo cominciato ad attivare delle collaborazioni un po' più strette con altri servizi del Comune. Quindi questa cosa di cui forse abbiamo sempre sentito la mancanza, stiamo cercando di realizzarla (SC, LDIT).

L'opportunità principale che emerge dalla creazione della rete di attori per la realizzazione del progetto CoSIE è la creazione di un luogo terzo di incontro e condivisione, che prima non esisteva; un luogo in cui interagire con figure professionali alternative alla propria e capire, dialogando, come poter essere complementari. Inoltre, seppure la consulta sia stata organizzata per l'azione specifica di sviluppo e prototipo di una nuova App, per alcuni potrebbe anche rappresentare le fondamenta per iniziare a lavorare su azioni integrate territorialmente e settorialmente:

Integrare tutte le azioni significa intanto non creare doppioni o alternative che si mettono in competizione, ma anzi in sinergia e provare a lavorare con uno stesso linguaggio e con gli stessi strumenti. Mi correggo, strumenti diversi finalizzati allo stesso obiettivo (SS).

Già il fatto che si venga a conoscere tutta una serie di cose e che si discuta su come affrontarli è un fatto importante. Quindi, il progetto se avvia una collaborazione tra diversi soggetti che operano verso lo stesso obiettivo è un fatto importante perché non è scontato (IP).

Un ulteriore aspetto positivo delle collaborazioni, che sempre più si sviluppano sul territorio della Provincia, è la condivisione di pratiche esistenti e di strategie utilizzate. Essere in relazione con attori diversi dà la possibilità di conoscere sia l'offerta sul territorio sia le soluzioni trovate dagli altri attori a problemi comuni (per esempio, la poca partecipazione delle famiglie e come

capacitarle.) Recentemente, inoltre, il mondo dello sport avverte da parte del settore sanitario della città maggiore riconoscimento e valorizzazione:

Si è creata una sponda da parte di pezzi importanti delle politiche sanitarie della regione Emilia-Romagna che hanno riconosciuto il fatto che ci sia necessità di avviare percorsi di sport per tutti che si collochino in una fase tra la cura e la prevenzione. Questo i servizi lo han compreso tanto che adesso anche il medico di base può somministrare attività motorie in palestra anziché medicinali (RM).

Acquisisce, infine, importanza anche il rapporto con i beneficiari dei servizi. Riconoscendo che troppo spesso i servizi pubblici e privati, sociali e sanitari, sono troppo distanti dalle persone a cui si rivolgono, senza riuscire a raccogliere valutazioni e pareri, alcuni stakeholder stanno cercando di implementare il dialogo con i cittadini singoli, possibili beneficiari dei servizi.

6. È possibile parlare di SLoT?

Proviamo ora a riflettere su quanto emerso nelle interviste seguendo il quadro delineato nella prima parte del capitolo. Abbiamo esposto il concetto di città sane e attive, introducendo l'approccio dello Urban Food Planning, che considera il sistema del cibo come filiera di attività connesse alla produzione, trasformazione, distribuzione, consumo, includendo anche il ruolo delle istituzioni e le attività di regolamentazione ad essa correlata. Descrivendo questo approccio, abbiamo mostrato le caratteristiche che le *Urban Food Policies* e, conseguentemente, le *Urban Food Strategies* devono avere per sviluppare interventi volti a garantire all'intera popolazione accessibilità a un cibo sano, nutriente, di qualità, socialmente equo, ecologicamente compatibile e culturalmente appropriato. Abbiamo, infine, descritto come queste politiche e strategie possano trovare implementazione a livello locale, grazie allo sviluppo di Sistemi Locali Territoriali del cibo (SLoT). Questo modello è definito, infatti, come uno strumento finalizzato a sviluppare la capacità auto-organizzativa locale, in quanto interfaccia necessaria per attivare risorse specifiche nei processi di sviluppo.

Riguardo al caso specifico della provincia di Reggio Emilia, ci siamo quindi chiesti se la progettualità sanitaria e sociale attivata dagli attori locali territoriali della provincia possa rappresentare la possibilità di costruire un nuovo paradigma alimentare utile al contrasto di sovrappeso e obesità della popolazione infantile. Ovviamente questo obiettivo specifico limita l'analisi e lascia in ombra, nella fotografia restituita, buona parte della filiera alimentare, concentrandosi principalmente sul ruolo delle istituzioni e dell'auto-organizzazione locale per gestire e regolare le fasi di distribuzione,

limitatamente alle mense scolastiche, e di consumo, limitatamente alla fascia infantile.

Possiamo, comunque, fare un esercizio riflessivo riguardo alle condizioni territoriali che hanno portato all'aggregazione di soggetti pubblici, privati e di Terzo Settore intorno al tema dell'obesità infantile. Tornano utili allora le fasi che caratterizzano la formazione di *Urban Food Strategies* e le caratteristiche dell'approccio *FoodLoTS*.

Il caso di Reggio Emilia, così come da noi osservato, è il risultato di processi innescati nel corso degli ultimi 10-15 anni, relativi sia allo studio del fenomeno sia alla ricerca di maggior dialogo e condivisione di intenti tra uno o più attori territoriali (fase iniziale, più informale e non ancora istituzionalizzata – *Urban Food Strategies*). Inoltre, il quadro normativo-legislativo impostato dalla Regione Emilia-Romagna – attore istituzionale pubblico – a partire dal 2004 con la riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale ha favorito lo sviluppo di una governance delle aziende sanitarie locali allargata, mentre i criteri annoverati nel Piano della Performance per valutare il lavoro delle aziende sanitarie locali hanno incluso, anno dopo anno, elementi riguardanti sempre più la prevenzione delle malattie e la promozione di stili di vita sani. Questo ha portato l'AUSLRE – altro attore istituzionale pubblico, fondamentale per lo sviluppo della progettualità odierna – a implementare le proprie azioni sul tema dell'obesità infantile (fase di adozione del processo da parte di attori istituzionali – *Urban Food Strategies*).

Dopo tutti i dati raccolti a riguardo e dopo la conferma di disponibilità da parte dei pediatri, la prima azione intrapresa dall'ufficio epidemiologia (attore capofila del progetto CoSIE) dell'AUSLRE è stata proprio tentare di allargare la rete di attori locali. Tramite una mappatura di tutti i soggetti coinvolti in attività di prevenzione e cura dell'obesità, da un lato, e di promozione di stili di vita sani, dall'altro, l'AUSLRE ha creato un luogo di incontro e ha, poi, facilitato il lavoro di definizione di obiettivi, contenuti e azioni parallele (fase di mappatura – *Urban Food Strategies*).

Ogni attore – da quelli istituzionali a quelli di Terzo Settore a quelli privati – coinvolto nel processo partecipato ha messo in campo la propria disponibilità a interagire con gli altri, al fine di individuare e condividere obiettivi comuni. La capacità di interazione e di dialogo ha portato, quindi, gli stakeholder ad auto-organizzarsi e a sviluppare una progettualità condivisa, anche se riferita a un aspetto circoscritto della filiera alimentare e sanitaria (*FoodLoTS*).

L'approccio teorico qui usato come guida dell'analisi presenta due ulteriori fasi finali del processo, che il caso reggiano, al momento non ha raggiunto. Queste fasi riguardano la formulazione di una *Food Charter* e la costituzione di una governance alimentare in termini di *Food Partnership*. Nonostante il processo di governance, attivato per il progetto CoSIE, abbia portato a una formalizzazione della rete costituita, in vista di progettualità

condivise future, la capacità dimostrata dagli stakeholder di formare aggregazioni locali rimane circoscritta a una parte della filiera alimentare urbana e rivolta a una parte della popolazione locale (le famiglie con bambini). Il risultato è ancora, dunque, distante dalla costituzione di una rete che sviluppi politiche intersettoriali, volte alla regolazione di tutti gli aspetti della dimensione territoriale del sistema-cibo. Per riuscirci, sarebbe ancora necessario allargare il gruppo di attori e coinvolgere i settori – istituzionali e non – afferenti alla produzione e distribuzione complessiva del cibo.

Tuttavia, le collaborazioni createsi, la capacità di interazione e auto-organizzazione attivata, il raggiungimento di un primo risultato condiviso all'interno del progetto CoSIE e, infine, la costituzione di una prima rete di attori locali formalmente istituita potrebbero aver posto le basi per la nascita di un potenziale sistema dinamico di relazioni intersoggettive. Relazioni che potrebbero ulteriormente essere i semi, se coltivati almeno a scala provinciale, per la nascita di politiche integrate e di una filiera produttiva e sostenibile del cibo.

Bibliografia di riferimento

- Borgogni A., Farinella R. (2017), *Le città attive. Percorsi pubblici nel corpo urbano*, FrancoAngeli, Milano.
- Dansero E., Nicolarea Y. (2016), *Dalle pratiche alle politiche: costruire gli spazi del cibo*, in «Territorio», 79, pp. 19-26.
- Dansero E., Pettenati G., Toldo A. (2017), *Il rapporto fra cibo e città e le politiche urbane del cibo: uno spazio per la geografia?*, «Bollettino della Società geografica italiana», Serie XIII, Vol. X, pp. 5-22, Roma.
- Dematteis G. (2003), «Applicazione analitica del modello SLoT a un territorio», in Rossignolo C., Simonetta Imarisio C. (a cura di), *SLoT quaderno 3. Una geografia dei luoghi per lo sviluppo locale*, Bologna, Baskerville, pp. 13-27.
- Dematteis G., Governa F. (a cura di) (2005), *Territorialità, sviluppo locale, sostenibilità: il modello Slot*, FrancoAngeli, Milano.
- Editorial n. 2 (2012), *Chariots of fries*, «The Lancet», vol. 380, n. 9838: 188, in [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)61198-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)61198-2.pdf), 25.06.2020).
- Edwards P., Tsourus A. (2008), *A healthy city is an active city, a physical planning guide*, WHO - Regional Office for Europe (disponibile al sito: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0012/99975/E91883.pdf).
- Faskunger J. (2013), *Promoting active living in healthy cities of Europe*, «Journal of Urban Health», 90, (1), pp. 142-153.
- Ingersoll R., Fucci B., Sassatelli M. (2007), *Agricoltura urbana: dagli orti spontanei all'agricivismo per la riqualificazione del paesaggio periurbano*, Regione Emilia-Romagna, Bologna.

- Marsden T., Sonnino R. (2012), *Human Health and Wellbeing and the Sustainability of Urban-Regional Food Systems*, “Current Opinion in Environmental Sustainability”, 4, (4), pp. 427-430.
- Moragues A., Morgan K., Moschitz H., Neimane I., Nilsson H., Pinto M., Rohrer H., Ruiz R., Thuswald M., Tisenkopfs T., Halliday J. (2013), *Urban Food Strategies: the rough guide to sustainable food systems*, Document developed in the framework of the FP7 project FOODLINKS.
- Morgan K. (2009), *Feeding the city: The challenge of urban food planning*, in «International Planning Studies», 14, pp. 341-348.
- Morgan K. (2010), *Local and green, global and fair: the ethical foodscape and the politics of care*, in «Environment and Planning A», 42, pp. 1852-1867.
- Pothukuchi K., Kaufman J.L. (1999), *Placing the Food System on the Urban Agenda: The Role of Municipal Institutions in Food Systems Planning*, in «Agriculture and Human Values», vol. 16, n. 2, pp. 213-224.
- Sonnino R. (2009), *Quality food, public procurement, and sustainable development: the school meal revolution in Rome*, in «Environment and Planning A», 41, 2, pp. 425-440.
- Sonnino R., Spayde J. (2014), “The New Frontier? Urban strategies for food security and sustainability”, in Marsden T., Morley A. (a cura di), *Sustainable Food Systems: Building a New Paradigm*, Earthscan, Londra, pp. 186-205.
- Steel C. (2008), *Hungry City: How Food Shapes our Lives*, Random House, London.
- Tecco N., Bagliani M., Dansero E., Peano C. (2017), *Verso il sistema locale territoriale del cibo: spazi di analisi e di azione*, «Bollettino della Società Geografica Italiana», Roma - Serie XIII, vol. X, pp. 23-42.
- Who (2006), *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*, Forum Hbsc–Health Behaviour in School-aged Children (Firenze, 10-11 marzo 2006), Who-Regional Office for Europe, Copenhagen, <http://www.euro.who.int/Document/e89375.pdf>, 24.10.2020.

4. Tra prevenzione e promozione. *Un'analisi dei programmi di contrasto dell'obesità in età pediatrica in Italia*

di Arianna Radin

Il Protocollo di Milano, redatto in occasione dell'EXPO 2015, nel sottolineare il paradosso della coesistenza tra fame e obesità nel mondo, impegnava le Parti sottoscrittenti a garantire il non aumento – si badi bene, non la riduzione! – del sovrappeso infantile e dell'obesità adolescenziale e adulta entro il 2025 attraverso interventi di promozione di «una cultura di prevenzione» (p. 7) che ponesse al centro l'alimentazione e gli stili di vita sani; di incoraggiamento «dell'attività fisica quale componente cruciale di uno stile di vita sano» (*op cit.*); miglioramento dei sistemi alimentari. La proposta di combattere sovrappeso e obesità soprattutto in età infantile e adolescenziale attraverso la promozione di azioni individuali – stile di vita sano, alimentazione equilibrata e adeguata attività fisica – e di azioni collettive – a livello governativo, ma anche economico-sociale – aveva già indotto la sociologia a adottare uno sguardo più critico relativamente alle politiche pubbliche in maniera di aumento di peso. La cosiddetta *sociologie pour l'obesité* (Poulain, 2012) si concentra infatti sulla medicalizzazione dell'obesità come medicalizzazione messa a sistema (Radin, 2018) che coinvolge tanto la sfera alimentare quanto quella dell'attività fisica, ma non solo. Adottando infatti una felice espressione di Bryant (2011), l'eccesso di peso è inserito in un processo di “medicalizzazione prima della diagnosi” che colloca le persone – nel nostro caso adolescenti e bambini – in un *protodisease state* in cui il fattore di rischio è esso stesso considerato come malattia (Rosemberg, 2013). La lotta all'eccesso di peso può essere dunque combattuta lungo tutta la vita del cittadino-paziente, a partire dal periodo perinatale alla primissima infanzia, attraverso il corpo della madre prima e dell'allattamento al seno, poi; per poi continuare in età scolastica, educando e poi rinforzando pratiche di salute sane e attive (Pandita *et al.* 2016). Se infatti «l'obesità è contagiosa» (Thaler, Sunstein, 2009, p. 72) lo è perché si è influenzati non solo da un ambiente obesogeno, nel quale si è stimolati a mangiare alimenti calorici e ad avere comportamenti sedentari, ma anche dagli stili di vita e dalle abitudini delle persone con le quali interagiamo.

1. Pre-venire, Pro-muovere

Prevenire è meglio che curare, si diceva in un noto spot degli anni '80; «la prevenzione efficace dell'obesità in bambini non in sovrappeso potrebbe aiutare a ridurre il peso corporeo dei bambini che sono già in sovrappeso» è stato sostenuto più recentemente (Dietz, in Burniat *et al.*, 2002, p. xvii).

Definendo come preventive «*le misure, le azioni o gli interventi che sono praticati da o su persone che non stanno, in quel momento, soffrendo di nessun disagio o disabilità al fine di preventivare la comparsa della malattia o della condizione*» (Gordon, 1983, p. 108), esiste infatti una classificazione¹ secondo cui esiste la prevenzione universale (*universal*) per quelle misure che sono da applicare a tutti; la prevenzione selettiva (*selective*) nel caso in cui «*il bilancio di benefici rispetto al rischio e al costo è tale che la procedura può essere raccomandata solo quando l'individuo è membro di un sottogruppo di popolazione distinguibile per età, sesso, occupazione o altre ovvie caratteristiche per cui il rischio di diventare malati è sopra la media*» (Gordon, *op. cit.*); infine, la prevenzione indicata (*indicated*) per quelle persone che si trovano ad un livello talmente alto di rischio da necessitare un intervento preventivo. Nel caso specifico oggetto del presente lavoro, senza addentrarsi nel labirintico dibattito in merito alla considerazione dell'eccesso di peso come una malattia o una condizione patologica, il bilancio tra benefici, costi e rischi delle misure preventive per bambini e adolescenti è in attivo: mangiare sano e muoversi di più non può che migliorare lo stato psicofisico del minore, dei suoi genitori e di tutta la sua comunità! Prevenire l'obesità in età pediatrica, soprattutto per le future implicazioni per l'adulto che sarà, significa quindi soprattutto² attuare strategie di promozione della salute (*health promotion*).

¹ La prevenzione, fino agli anni '80, era classificata in primaria e secondaria a cui si aggiunse, in un secondo momento, la terziaria, che sono da intendere, rispettivamente, come l'intervento prima che la malattia si verifichi; quando la malattia è già stata diagnosticata; ma prima che diventi invalidante; quando sia divenuto ormai necessario intervenire per impedire un ulteriore aggravamento della salute (Commission on Chronic Illness, 1957).

² Soprattutto, ma non solo. In particolar modo quando si parla di malattie non trasmissibili, quali l'obesità, è stata sottolineata altresì l'importanza del *programming*, ovvero del processo di esposizione «*ad uno stimolo o ad un danno, occorso in un periodo critico o delicato*» che produce «*cambiamenti permanenti o di lunga durata nella struttura o nella funzione dell'organismo*» (Lucas, 1991, p. 39): secondo questa teoria, dunque, il feto adatta la sua fisiologia e il suo metabolismo in base ai nutrienti ricevuti, con la conseguenza di aver maggior probabilità di sviluppare patologie croniche nel corso della sua vita (Barker, 1997a; Barker, 1997b).

Fig. 1 – Il modello di promozione della salute. Fonte: Tannahill, 1985



Se con *Health Protection* (3) s'intendono quelle attività normative o fiscali che mirano a prevenire le malattie o a valorizzare positivamente il benessere – vicino a quella che oggi è la teoria della spinta gentile (ad es., Sunstein, 2014) – sono le sfere *Prevention* e *Health Education* ad essere particolarmente interessanti per il presente lavoro. Con *Prevention* (2) s'intendono le azioni intraprese prima dell'insorgenza di una malattia o delle sue conseguenze – diagnosi precoce – o ancora quelle misure attuate contro le complicanze evitabili e le recidive di una malattia. Con *Health Education* (1) s'intendono «*le attività di comunicazione finalizzate a migliorare il benessere e prevenire o diminuire i problemi di salute in individui e gruppi per influenzare favorevolmente conoscenze, credenze, atteggiamenti e comportamenti*» (Tannahill, 1985, p.167). Le intersezioni tra queste sfere generano spazi interessanti. Ed è proprio in questi spazi promiscui che sembrano inserirsi le azioni a contrasto dell'obesità in età pediatrica nel contesto italiano.

2. L'obesità da “Guadagnare Salute” al “Piano di Prevenzione Nazionale”

Promosso dal Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) all'interno della strategia europea “Health 2020” e nella cornice internazionale dell'OMS 2006, il programma “Guadagnare salute- Rendere facili le scelte salutari” si configura come intervento multicomponente approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri il 4 maggio 2007. È uno strumento di comunicazione e diffusione di azioni di contrasto a 4 fattori di rischio: fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica.

Sono stati pertanto realizzati piani di comunicazioni specifici per ciascun fattore di rischio, una campagna informativa trasversale e, particolarmente interessante per il presente lavoro, «un'alleanza con il mondo della scuola», come proposto nel Dpcm:

Una forma di comunicazione specifica dovrà essere effettuata a scuola attraverso iniziative studiate per il target giovanile, con l'obiettivo non solo di fornire informazioni scientificamente corrette, ma soprattutto di identificare strategie per resistere, ad esempio, alle pressioni sociali a fumare, bere alcolici e bevande zuccherine, consumare cibi e bevande altamente calorici [...].

il canale scolastico è idoneo, inoltre, a raggiungere anche i genitori e a coinvolgerli nelle iniziative di prevenzione che li riguardano [...]

In questo ambito, in particolare, attraverso un accordo tra Ministero dell'Istruzione, Ministero della Salute e Regioni, si può puntare a sviluppare e diffondere nella scuola, nell'ambito del percorso curriculare, interventi di educazione alla salute, privilegiando interventi già sperimentati e di provata efficacia [...] Le iniziative di educazione alla salute dovrebbero essere affiancate da un sistema di sorveglianza sugli stili di vita, finalizzato a monitorare alcuni aspetti della salute dei bambini e degli adolescenti scolarizzati [...]

la scuola rappresenta un luogo formativo in cui diviene estremamente necessario intervenire, soprattutto mediante interventi volti ad agevolare la pratica sportiva negli istituti superiori, ma anche attraverso un miglioramento delle opportunità di fare educazione motoria durante l'orario scolastico nelle scuole primarie, nonché mediante specifiche attività finalizzate ad una maggiore diffusione della cultura sportiva.

L'alleanza con la scuola è fondamentale per i due progetti di sorveglianza dedicati agli adolescenti, in collaborazione con la Hbsc Italia (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare)³ e bambini. In particolare, "Okkio alla Salute" che si pone, come da protocollo, l'obiettivo di «*descrivere l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e attività fisica, allo scopo di suggerire azioni appropriate e basate su prove di efficacia*». Nell'ambito del progetto, sono stati altresì realizzati corsi di formazione, i cui materiali sono disponibili sul sito internet dedicato⁴.

³ <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/comunicazione/Adolescenti>
Ultima consultazione, 12/04/2021.

⁴ <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/comunicazione/bambini>
Ultima consultazione, 12/04/2021.

Dedicato alla fascia della prima infanzia è invece il programma della Regione Veneto del 2006, divenuto in seguito nazionale, denominato “Genitori più”, con focus sulla salute della coppia, della madre e del bambino. Nello specifico, il tema dell’obesità viene trattato specularmente al tema dell’allattamento e in generale al tema dell’importanza dei “Primi mille giorni” ovvero dal concepimento al compimento dei due anni d’età⁵.

Certamente più completo, e complesso, è il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 che identifica come fattori di rischio per la salute modificabili il fumo, l’alcol, la sedentarietà e l’alimentazione non corretta e identifica⁶ «*sovrappeso/obesità*» – si noti la sovrapposizione concettuale – come «*fattori di rischio intermedi*» in quanto «*pur non rappresentando ancora una patologia conclamata ed essendo asintomatiche o paucisintomatiche, già di per sé vanno considerate patologiche, seppure ancora almeno in parte reversibili se diagnosticate e trattate in tempo*». Più avanti, nello stesso documento, si sottolinea che:

Dato che il sovrappeso e l’obesità spesso si associano ad abitudini di vita sedentarie, una dieta equilibrata e un’attività fisica adatta alle condizioni personali di ciascuno contribuiscono non solo a una graduale perdita di peso, ma anche a ridurre l’entità degli altri fattori di rischio eventualmente associati.

La prevenzione dell’obesità infantile e nell’adolescenza rientra pertanto nel macro-obiettivo 1 “Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili” del Piano Nazionale della Prevenzione, che si pone al riguardo tre obiettivi:

- promozione di comportamenti sani, ovvero di contrasto ai fattori di salute modificabili, e potenziamento delle *life skills* e dell’*empowerment*;
- aumento dell’allattamento al seno fino al sesto mese di vita,
- aumento del consumo di frutta e verdura.

3. I piani di Prevenzione Regionali e il focus sull’obesità in età pediatrica

Le Regioni Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Liguria, Lombardia, Puglia, Sardegna, Sicilia, Provincia Autonoma di Trento, Valle d’Aosta e Veneto non hanno dedicato una sezione specifica all’obesità in età pediatrica, prevedendo dei programmi di prevenzione o di promozione di stili di

⁵ Il tema del programming nutrizionale (si veda nota 2) è certamente delicato, anche perché soggetto ad essere strumentalizzato commercialmente.

⁶ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4241&area=prevenzione&menu=objettivi Ultima consultazione, 12/04/2021.

vita sani per tutta la popolazione, coerentemente con il macro obiettivo 1 nel quale il tema dell'eccesso di peso era inserito a livello nazionale, oppure con la semplice adesione al progetto "Scuola per Salute"⁷. È interessante notare, tuttavia che, per quanto riguarda Piemonte e Lombardia l'assenza di un'azione specifica relativa all'obesità in età pediatrica non ha inciso sulla possibilità di promuovere stili di vita sani per questa fascia d'età, come verrà esplicitato nel prossimo paragrafo. Al momento in cui si scrive sono in fase di elaborazione i nuovi Piani di Prevenzione Regionale, ma è opportuno sottolineare che nel gennaio 2019 è stata firmata nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni l'intesa per il coordinamento interregionale per le azioni di prevenzione e promozione con particolare attenzione alle scuole.

Entrando nello specifico, nella Regione Abruzzo, sono state 3 le azioni dedicate al contrasto all'obesità infantile. La prima aveva come obiettivo l'incremento dell'attività motoria nelle classi prima e seconda della scuola primaria, grazie a collaborazioni con il CONI del territorio. La *seconda*, con un «*approccio ecologico per l'incremento dell'attività fisica nel setting scolastico*» come viene riferito nel Piano di Prevenzione Regionale (p. 59), si rivolgeva ad una platea più ampia dal momento che, fra gli altri, si ponevano i seguenti obiettivi: predisporre spazi, anche alternativi, di gioco fuori dalle scuole e di trasporto attivo casa/scuola (in collaborazione con le municipalità); favorire momenti disciplinari legati al movimento e ridurre il comportamento sedentario anche in classe, favorendo pause attive (in collaborazione col corpo docente); incrementare l'attività fisica extrascolastica, con «compiti motori», così definiti, da svolgere a casa. La terza azione era invece legata alla «sana alimentazione per una scuola in salute»: già presente nei precedenti piani di prevenzione, tuttavia «*non è stata attuata una raccolta sistematica delle attività eseguite, ma è emersa la criticità della scarsa partecipazione dei genitori*» (op. cit., 65). Probabilmente per questo, l'ultimo Piano di Prevenzione Regionale disponibile si concentra sulla formazione dei formatori (insegnanti) per promuovere le *life skills* e i comportamenti sani, tra cui aumentare il consumo di frutta e verdura.

La Provincia Autonoma di Bolzano dedica un progetto ai pediatri, come interlocutori principali del contrasto all'obesità in età infantile: sono loro a fornire ai genitori le indicazioni per una corretta alimentazione (terzo bilancio di salute, 4-7 mesi), a sottolineare l'importanza dei 4/5 pasti al giorno (quarto bilancio di salute, 8-10 mesi) e ad incoraggiare l'attività fisica, proponendo altresì i rischi legati al sovrappeso e all'obesità (quinto bilancio di salute, 12-14 mesi). Sempre ai pediatri è affidata la sorveglianza, nei successivi bilanci di salute dai 3 ai 6 anni, sia dal punto di vista clinico, con le

⁷ Relativamente alla Regione Veneto, si rimanda a quanto scritto precedentemente sulle declinazioni del Progetto "Genitori Più".

misurazioni, sia dal punto di vista della comprensione dei messaggi sul corretto stile di vita sano.

“Non solo merenda” è il titolo della prima azione che la Regione Calabria ha scelto per il progetto di promozioni di stile di vita sani nelle scuole dell’infanzia e primaria al fine di «*valorizzare la scuola come agenzia promotrice di salute*» (p. 47) in quanto luogo primario in cui sia possibile migliorare lo stile alimentare, come viene definito dal Piano di Prevenzione Regionale, di tutti i bambini, anche quelli di famiglie a basso reddito. Fra gli obiettivi di questo progetto ludico-formativo, anche la promozione della sana colazione e del movimento attivo. La seconda azione si rivolgeva anche alle ragazze e ai ragazzi delle scuole secondarie di primo grado con attività di promozione dell’attività fisica e della sana alimentazione nelle scuole. Oltre a progetti di formazione dei formatori e dunque alla creazione di momenti di didattica sui temi dell’alimentazioni e di movimento, per questa azione erano previsti l’organizzazione di laboratori di cucina per i bambini con il SIAN e del progetto “Colazione insieme” da realizzarsi a scuola insieme ai genitori. Occorre precisare però che quest’ultima azione non si rivolgeva a tutte le classi dei due ordini di scuola, ma solo alle terze della primaria e alle prime della secondaria di primo grado, ovvero le fasce coinvolte nelle sorveglianze “Okkio alla Salute” e “Hbsc”. La Regione Calabria ha anche aderito al Programma “Genitori più”, sviluppato dalla Regione Veneto per la sorveglianza 0-2 anni.

Anche la Regione Campania ha dedicato un’azione ai “primi mille giorni di vita” partecipando al Programma “Genitori Più” e promuovendo iniziative volte ad incrementare l’allattamento materno con materiale di promozione della salute dei primi anni di vita del bambino nella consapevolezza, fra gli altri, del rischio di «*inadeguato coinvolgimento dei professionisti privati (ginecologi, ostetriche) coinvolti nell’assistenza alla gravidanza. Sarà dunque necessario comunicare adeguatamente con essi, facendo chiarezza sulle finalità e l’utilità dell’azione e sottolineando quanto un’adeguata informazione offerta alle famiglie sulla gravidanza e sulla salute del bambino può essere importante per il bene comune*» come viene specificato nel Piano di Prevenzione Regionale (p. 66). Il focus della seconda azione era invece volto alla promozione “Scuole Promotrici di Salute” poiché «*le attività di educazione e promozione della salute indirizzate agli alunni delle scuole di vario grado sembrano essere ancora poco omogenee, verosimilmente a causa dell’assenza di un protocollo d’intesa ben definito tra le istituzioni relative alle aree Scuola e Salute*» (p. 69).

La Regione Emilia Romagna non solo ha dedicato un’azione alla “Prevenzione precoce dell’obesità infantile attraverso la promozione di stili di vita sani in gravidanza e nelle famiglie” – pur senza aderire, almeno formalmente, al Programma “Genitori Più” – ma ha anche sviluppato una seconda azione “AllatTER” di promozione specifica di allattamento al seno, come progetto di prevenzione della salute dei bambini. La terza azione legata

all'obesità infantile era rivolta nello specifico all'organizzazione di “*una rete integrata e multidisciplinare di servizi sanitari, attraverso l'interazione tra i diversi tipi di intervento per assicurare il monitoraggio e la presa in carico dei soggetti a rischio tanto più efficace quanto più precoce*” come viene specificato nel Piano di Prevenzione Regionale (p. 284). I pediatri di libera scelta, lo «*sviluppo sul territorio di équipe multidisciplinari per la presa in carico e l'educazione terapeutica del bambino obeso e del nucleo familiare su idoneo stile di vita (nutrizione sana e attività motoria costante) per favorire un cambiamento duraturo dei comportamenti*» (op. cit.) e quindi quello che viene definito «*l'alleggerimento*» dei pediatri ospedalieri sono i principali attori ai quali questa azione si rivolge.

La “Promozione della salute e del benessere nelle scuole” è una delle azioni della Regione Lazio, che ha individuato nell'ultimo Piano di Prevenzione Regionale per la «*promozione di attività fisica e corretta alimentazione delle scuole (più frutta e verdura in movimento)*» e «*promozione della salute centrata sulle life skills nelle scuole*» (p. 120). Per il raggiungimento del primo obiettivo, si sono promossi, oltre all'adozione di comportamenti sani, compreso il consumo di almeno 2 volte al giorno di frutta e verdura per i bambini di 8-9 anni – ancora una volta, i soggetti di “Okkio alla Salute” –, anche la riduzione di disordini da carenza iodica e il consumo di sale. Il progetto si è articolato in formazione dei formatori, momenti didattici e attività pratiche, nonché nella predisposizione e distribuzione del materiale informativo per genitori e rappresentanti della Commissione Mensa. Il secondo obiettivo è stato perseguito, secondo quanto proposto nel documento, attraverso la promozione del «*potenziamento dei fattori di protezione [...] e l'adozione di comportamenti sani*» (p. 125): un approfondimento del progetto relativo, in realtà, suggerisce che il focus sia l'uso e l'abuso di alcol e droghe e non l'obesità.

Il Piano di Prevenzione Regionale della Regione Marche era, riguardo l'obesità in l'età pediatrica, particolarmente articolato con ben due programmi: se il primo “Bambini DOP- Denominazione di Origine Protetta” si è concentrato su due linee di intervento (allattamento al seno e sviluppo life skills nella scuola dell'infanzia), il secondo “Scuole e salute...è tutto un programma!” aveva ben cinque linee di intervento su sviluppo della rete di scuole per la salute, promozione della corretta alimentazione, promozione del movimento, sviluppo life skills (gli ordini e gradi di scuola obbligatoria), anche attraverso la *peer education*. In particolare, l'intervento “La giusta alimentazione? La trovi a scuola” si configurava come una sinergia tra il progetto “Okkio alla Salute” e il meno noto “Okkio alla ristorazione” e aveva come obiettivi centrali l'incremento del consumo di frutta e verdura e la riduzione del consumo di sale e come obiettivo specifico la realizzazione di due progetti legati alla distribuzione della frutta come merenda o spuntino. Come già sottolineato per altre regioni, la fascia d'età coinvolta da questi

progetti era quella degli 8-9 anni . L'intervento "Ragazzi in gamba" perseguiva invece gli obiettivi di promozione di uno stile di vita attivo, anche attraverso la formazione dei formatori, la promozione di opportunità di movimento dentro e fuori la scuola o la predisposizione di «*condizioni ambientali (percorsi pedonali, parchi, spazi pubblici, luoghi informali, ecc...), che favoriscano il movimento dei giovani nel tempo peri-scolastico (pedibus, trasporto attivo, nel tempo libero e la vita di tutti i giorni*» si legge nel Piano di Prevenzione Regionale (p. 119).

La Regione Molise, oltre a promuovere l'allattamento al seno, aveva predisposto il "Programma Scuola, Salute e Benessere" che prevedeva, come da Piano di Prevenzione Regionale, «*un approccio globale basato su logiche di sistema, piuttosto che su singoli progetti*» (p. 58). Lo sviluppo delle life skills, la promozione di relazioni positive, ma anche la trasformazione di spazi salutari e il rafforzamento della collaborazione tra i diversi interlocutori, erano obiettivi di diversi interventi.

Il potenziamento delle *life skills* come fattore di prevenzione della salute era l'obiettivo di un progetto dedicato all'età pediatrica nella Regione Toscana, che però non ha trascurato né l'attività fisica – con due progetti, di stretching in classe e una generale promozione del movimento – né la formazione non solo degli insegnanti, ma anche degli allievi degli Istituti Alberghieri e Agrari.

"Miglioriamo lo stile di vita dei bambini umbri" era il titolo-obiettivo di una sezione del Piano di Prevenzione della Regione Umbria che aveva aderito non solo al progetto di frutta nelle scuole, ma aveva anche predisposto attività di sport in classe, di concerto con la sede locale del CONI, nonché attività di informazione sulla corretta alimentazione insieme all'Università di Perugia.

4. L'obesità in età pediatrica: dalla progettazione regionale alle azioni locali

Per individuare i progetti locali e regionali di prevenzione o contrasto all'obesità è stata interrogata a fine 2019 la banca dati nazionale Pro.Sa⁸, strumento online di raccolta e diffusione di progetti e politiche nell'ambito della prevenzione e promozione della salute realizzati nelle regioni aderenti. La volontarietà dell'inserimento degli interventi e la mancata adesione, nel momento in cui si scrive, delle Regioni Trentino Alto Adige, Marche e Molise, rende inevitabilmente non del tutto esaustivo il quadro di riferimento⁹,

⁸ <https://www.retepromozionesalute.it/index.php>

⁹ Ad esempio, una ricerca on line regione per regione "progetto obesità infantile" o "progetto obesità adolescenti" ha individuato 5 progetti delle Regioni Piemonte Liguria, Lazio, Campania e Molise, il cui approfondimento necessiterebbe di un ulteriore *spin-off* di ricerca.

ma permette comunque una buona fotografia delle attività realizzate o in corso di realizzazione delle diverse tematiche di salute.

Relativamente all'oggetto del presente paper, la banca dati è stata interrogata:

- per Area Tematica: Alimentazione - Sovrappeso e obesità
- per Destinatari finali o intermedi: Minori.

Sono stati pertanto individuati 69 progetti nelle Regioni Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Lazio. Al netto anche dei nuovi caricamenti a fronte di una semplice riedizione del progetto, è stata effettuata un'analisi dei progetti attraverso la Scheda Progetto, eliminando i progetti che non avessero in realtà focus sull'obesità in età pediatrica, non avessero come target i minori¹⁰ o non specificassero la fascia d'età e non riportassero indicatori/strumenti di valutazione. Pertanto, il numero di progetti oggetto di analisi si è ridotto a 27 progetti¹¹, che vengono riportati suddivisi per fascia d'età.

4.1 Progetti di contrasto all'obesità in età pediatrica - dai 3 ai 18 anni

- ASL TO4, *SPUNTINI E ALTRI SPUNTI* (2015-2016)

Il progetto prevedeva l'adozione condivisa tra insegnanti e genitori della strategia più adatta a migliorare il consumo dei pasti, riducendo gli sprechi a mensa e l'apporto calorico delle merende. Per gli studenti, sono stati proposti esempi di merende per l'intervallo.

- ASL VERBANO CUSIO OSSOLA, *LEGGI L'ETICHETTA* (2018)

Il progetto copriva tutta la scuola dell'obbligo e prevedeva pertanto obiettivi e strumenti diversi: dal miglioramento qualitativo del servizio mensa (infanzia e primaria) alla capacità di leggere le etichette alimentari per compiere scelte consapevoli, passando dalla formazione degli operatori scolastici.

¹⁰ Questa scelta ha comportato l'inevitabile eliminazione dei – pochi – progetti che avessero come target gli *stakeholders* che si occupano anche di obesità, tipicamente il percorso formativo dei membri della commissione mensa o progetti che avessero come focus la sola organizzazione del *pedibus*.

¹¹ Nella Tabella verranno riportati 26 progetti poiché un progetto, “Sanità e scuola unite per la prevenzione” avente come target principale gli operatori scolastici della primaria, è analizzato unitamente al progetto parallelo dell'Asl To3 “Obiettivo Spuntino”.

- ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO, *SCUOLE CHE PROMUOVONO LA SALUTE* (2016)

Inserito nel modello proposto dalla Rete Europea Schools for Health in Europe (SHE), il progetto di configura come collaborazione intersettoriale tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale. Le scuole si sono impegnate pertanto a “*gestire fattivamente la propria specifica titolarità nel governo dei determinanti di salute riconducibili ad: ambiente formativo, ambiente sociale, ambiente fisico ed organizzativo, promuovendo nella loro programmazione ordinaria iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti in campo*”, primi fra tutti discenti e docenti.

- ATS DELLA MONTAGNA, *ALIMENTIAMO IL NOSTRO BENESSERE* (2017-2018)

Il progetto si pone l’obiettivo di proporre un’alimentazione sana nel contesto scolastico: menù equilibrato in mensa e consumo di snack a disposizione nell’istituto – anche nei bar scolastici, laddove presenti – appropriati. Oltre a momenti formativi per insegnanti e genitori, il progetto trova il suo fondamento nell’adesione ad un patto alimentare da inserito nel piano della programmazione dell’istituto. A ciò si aggiunge l’adesione al progetto “Merenda sana a scuola” (primarie), che preveda la partecipazione di dietisti; all’iniziativa “Scegli me”, “*nata dalla collaborazione con i gestori dei distributori che prevede la presenza almeno del 30% di snack che hanno meno di 150 calorie e meno di 5 gr. di grassi*”; alla partecipazione, da parte dei gestori di bar inseriti negli spazi scolastici, al progetto “Pasto sano” che prevede, oltre ad incentivare scelte salutari attraverso poster divulgativi, “*l’offerta di insalatone/pasti salutari e panini leggeri*”.

- ATS PAVIA, *DIETA MEDITERRANEA* (2017-2018)

L’intervento formativo su insegnanti e discenti è stato organizzato da diversi stakeholders – operatori sanitari, ufficio scolastico provinciale, capofila provinciale Rete “Scuole che promuovono Salute”, e SIDME – e soprattutto da un campione di studenti del triennio delle superiori, identificati come attori di interventi di *peer education* nelle scuole aderenti a “Scuole che promuovono Salute”. Un convegno finale, organizzato dai ragazzi, ha chiuso le attività.

- ATS VAL PADANA, *CIBO E MOVIMENTO: AMICI PER LA PELLE DELLA TUA SALUTE* (2012-2018)

“*Dare empowerment alla Scuola è l’obiettivo del progetto: gli insegnanti e gli alunni e le famiglie diventano protagonisti attivi nello sviluppo di corretti stili di vita*”: con questo obiettivo, il progetto prevede la co-progettazione dell’intervento da parte dei docenti dell’intervento e la costituzione di un cosiddetto patto educativo solidale con i genitori “*che sono chiamati a condividere le responsabilità per le ricadute concrete che il progetto di prefigge di avere*”. A seguito di una rilevazione delle abitudini alimentari di colazione e spuntino di metà mattina, è stato costruito un percorso formativo per arrivare alla definizione di una cosiddetta “buona giornata alimentare” individuale.

4.2 Progetti di contrasto all’obesità in età pediatrica – dai 3 ai 13 anni

- AUSL ROMAGNA- CESENA, *PROGETTO 5 2 1 0 MESSAGGI IN CODICE PER CRESCERE IN SALUTE* (2011-2016)

Rivolto alla fascia d’età 3-5 anni, il progetto, come ben evidenziato dal titolo, si pone il raggiungimento di quattro obiettivi quotidiani “*protettivi contro il rischio di obesità*”: consumare almeno 5 porzioni fra frutta e verdura al giorno, fare attività ludica per almeno 2 ore, non guardare la tv per più di un’ora, non consumare bevande zuccherate. Oltre ai pediatri di famiglia, a cui era chiesto di fare attività di promozione degli obiettivi del progetto, un ruolo chiave nel progetto lo ha svolto il corpo docente: consumo di frutta e verdura durante la mensa e di acqua invece che di bevande zuccherate anche nel corso della giornata di scuola (diventando esempio per i bambini); organizzazione di attività fuori dalla classe, riducendo quelle sedentarie; soprattutto, indirizzando i bambini “*buoni mangiatori di verdure*” in tavoli diversi “*per facilitare un maggior consumo di verdure nei cattivi mangiatori*”.

- AUSL BOLOGNA, *EDUCAZIONE ALIMENTARE* (2016)

Questo percorso formativo è stato suddiviso in unità didattiche relative a: 1) norme igieniche; 2) comportamento a tavola; 3) riconoscimento degli alimenti che si consumano normalmente. Visto il target, bambini in fascia prescolare, gli strumenti adottati sono stati soprattutto ludici, con uscite sul territorio e l’utilizzo di una storia fantastica. È stato previsto l’affiancamento della dietista e la condivisione con i genitori di quanto appreso nella scuola dell’infanzia è stato considerato un obiettivo del progetto al punto che

l'evento finale è stato un laboratorio ludico esperienziale rivolto alla fascia d'età 3-5 anni.

- ASL BIELLA, *MANGIA CORRI IMPARA* (dal 2018)

Progetto organizzato insieme alla sezione locale della LILT e rivolto agli allievi della scuola dell'infanzia e della scuola primaria, prevede incontri con insegnanti su alimentazione, attività fisica, psicologia in età evolutiva, temi che verranno riproposti nelle classi durante l'anno scolastico.

- ASL NOVARA, *CONTRATTO DELLA MERENDA* (2010-2018)

Il progetto, rivolto alla fascia d'età 3-13 anni, si focalizzava sul consumo alimentare durante l'intervallo, per migliorare poi in generale le scelte alimentari durante la giornata. I momenti formativi in classe erano legati alla produzione di materiale, sotto la supervisione del Sian- mentre le attività di coinvolgimento dei genitori erano previste all'inizio e al momento della "firma" del contratto. Si prevedeva un sistema di sorveglianza dei consumi.

- ATS DELLA MONTAGNA, *PERCORSO CONDIVISO OSPEDALE E TERRITORIO PER LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE* (2007-2008)

La presa in carico delle famiglie con bambini sovrappeso o obesi tra i 3 e i 13 anni è l'obiettivo del presente progetto. I tre incontri sono sempre supervisionati da pediatri di famiglia, assistiti da psicologi, dietisti ed esperti di attività motoria. Chiude il percorso una camminata in montagna con merenda sana.

4.3 Progetti di contrasto all'obesità in età pediatrica – dai 6 ai 13 anni

- ASL TO 3, *E DOPO LA SCUOLA? UN PROGETTO ALL'INSEGNA DEL MANGIAR SANO IN FAMIGLIA* (2010-2016)

Il progetto, che, si sottolinea nella scheda "non è indicato nei soggetti che, sulla base della valutazione del medico curante, necessitano di calo ponderale significativo o siano già affetti da complicanze clinico-metaboliche", è stato organizzato in tre momenti: individualmente viene effettuata un'anamnesi clinica e vengono raccolti dati sullo stile di vita; in gruppi bambini e genitori – o chi si occupava della sua alimentazione – vengono formati in gruppo sui principali pasti della giornata. Infine, facoltativamente, è stato possibile organizzare incontri individuali "per il monitoraggio dei dati antropometrici (peso e statura), l'assegnazione di obiettivi (non più di 1 per consultazione) e la verifica

del raggiungimento degli stessi (es. diario alimentare sui consumi di frutta e verdura, preparazione e assaggio di nuove ricette ecc.), e la valutazione di eventuali problematiche relative all'applicazione dei suggerimenti”.

- ASL TO 4, *PROTEGGIAMO LA SALUTE* (2000-2012)

Si è trattato di una vera e propria sorveglianza clinica, “*dando alla visita oltre che una valenza clinica preventiva un significato educativo e rafforzativo del cambiamento*”. Le visite del medico sportivo erano biennali (7 e 9 anni, a 11 anni a pagamento) e prevedevano la restituzione di un libretto medico sportivo che, oltre a fornire informazioni sulla visita, dedicava spazio alle buone abitudini di un corretto stile di vita e ad un diario per i genitori.

- AUSL PARMA, *NUTRIZIONE, SPORT E SALUTE PER IL BENESSERE DEI GIOVANI* (2014-2016)

Pensato come “*intervento educativo multidisciplinare*” per i discenti delle scuole primarie e secondarie di primo grado e i rispettivi genitori, il progetto si poneva l’obiettivo di fornire “*gli strumenti utili al raggiungimento di uno stile di vita corretto sia sotto l’aspetto nutrizionale che sotto il profilo dell’attività fisica*”. Un campione di studenti del target individuato sono stati coinvolti in un percorso di “*educazione sanitaria relativo alla corretta alimentazione ed all’attività motoria*”, mentre la sorveglianza su gruppo oggetto della sperimentazione e gruppo di controllo è stata realizzata non solo attraverso la misurazione antropometrica, ma anche attraverso questionario sulle abitudini alimentari e di attività fisica, nonché su aspetti sanitari (es. trattamento farmacologico) e socio culturali (es. dieta vegetariana o religione).

4.4 Progetti di contrasto all’obesità in età pediatrica dai 6 ai 10 anni

- ASL TO3, *OBIETTIVO SPUNTINO* (2012-2018)

Insieme al progetto “Sanità e scuola unite per la Prevenzione”, realizzato dal 2009 al 2016 e avente come target principale gli operatori scolastici, coinvolge anche i pediatri. La formazione è consistita in attività di counseling, lezioni frontali e produzione e diffusione di kit didattici. Per partecipare ad “Obiettivo Spuntino”, gli operatori scolastici avevano il mandato di partecipare anche a “Sanità e scuola unite per la prevenzione”, fino a che il progetto è stato in essere.

- ASL TO4, *GLI AMICI DEL CORTILE* (2012-2015)

Pensato come strumento di empowerment per la comunità, il progetto ha coinvolto in fase di progettazione “operatori asl, insegnanti, dirigenza scolastica, genitori, amministratori locali, associazione di promozione sportiva, istruttori” per costruire tempi e spazi che i bambini potessero dedicare stili di vita sani: corretta alimentazione e movimento libero in un setting di “tutela e protezione” con gli istruttori UISP. Nello specifico, il progetto consisteva in momenti extrascolastici di gioco e merenda sana e in momenti curriculari dedicati alla promozione dell’alimentazione sana, con focus sullo spuntino, e riscoperta dei giochi di genitori e nonni.

- ASL BIELLA, *CRESCERE BENE È UN GRAN PROGETTO* (2018)

Per promuovere uno stile di vita sano, che comprende anche attività fisica, si legge tra gli obiettivi, il progetto prevedeva una parte formativa a insegnanti e alunni, un secondo momento di visita ad aziende agricole del territorio e ai supermercati locali per leggere le etichette dei prodotti consumati dai bambini a colazione e pranzo; infine, una terza parte di laboratori del gusto e degustazioni, al termine del quale i bambini hanno avuto la possibilità di redigere il “piano alimentare giornaliero”.

- ASL CN 2, *FODDYBLOG* (2017)

Il personale del SIAN ha formato i docenti tramite l’utilizzo di “Piatto in Forma” per promuovere in classe uno stile di vita sano e attivo, affiancato da un momento di formazione sulla valorizzazione dei prodotti agro-alimentari locali e la stagionalità. Il progetto prevedeva che fossero gli insegnanti a svolgere le attività in classe in maniera indipendente, fatta salva la possibilità di concordare un intervento da parte di esperti o di organizzare una spesa simulata al supermercato. Era inoltre previsto un sistema di sorveglianza dell’abitudini alimentari di colazione e merenda.

- ASL NOVARA, *DIAMOCI UNA MOSSA* (2006-2010)

Con l’obiettivo di far conoscere l’importanza dell’attività motoria, ma anche di incrementarla di almeno un’ora alla settimana, il progetto ha previsto da un lato una sorveglianza classica (peso, altezza, BMI), dall’altro la costruzione di un patto delle classi aderenti a praticare un’ora – si suppone in più! – di attività motoria in orario curriculare. Il diario delle abitudini motorie e le interviste sui giochi dei nonni costituita materiale di co-produzione del progetto.

- REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA, *MERENDA SANA E UGUALE PER TUTTI E MOVIMENTO: UN'ASSOCIAZIONE VINCENTE* (2007)

Il progetto si poneva l'obiettivo di proporre una merenda sana a scuola come a scuola, attraverso una pianificazione degli stakeholders interessati, un'analisi delle abitudini alimentari, una formazione dei genitori e, ovviamente, attraverso la distribuzione in classe di una merenda corretta dal punto di vista nutritivo, in collaborazione con l'amministrazione comunale e la ditta appaltatrice. La promozione dell'attività fisica, sebbene non inserita nel titolo o fra gli obiettivi, è stata delegata al Comune di sperimentazione.

- AUSL BOLOGNA, *LA MIA PRIMA COLAZIONE* (2016)

A partire dai dati di "Okkio alla Salute" a disposizione, il progetto prevedeva 5 unità didattiche da realizzarsi nei cinque anni della primaria: 1) conoscere i fattori che possono influenzare il consumo della prima colazione, realizzato dai bambini attraverso foto o disegni del luogo e delle persone che preparano per loro la colazione; 2) conoscere la cronologia dei pasti della giornata; 3) conoscere gli aspetti alimentari della colazione attraverso la simulazione di colazioni equilibrate; 4) approfondire le sensazioni gustative e la conoscenza di alimenti poco conosciuti come il latte di soia; 5) favorire il consumo abituale della colazione attraverso la conoscenza degli alimenti scelti per la colazione. *"L'approccio educativo è di tipo ludico-emotivo a partecipazione attiva, centrato sul fare (es. intervista di gruppo con annesso gioco di squadra, laboratori di cucina, ...) e sul gioco di ruolo (intervista simul poliziesca, attività di ricerca e redazione come dei giornalisti)"*.

- AUSL BOLOGNA, *EDUCAZIONE ALIMENTARE* (2016)

Grazie alla collaborazione con la dietista, gli insegnanti hanno avuto la possibilità di proporre nei cinque anni della primaria 9 unità didattiche che vertevano su : 1) norme igieniche; 2) fabbisogni alimentari e dieta equilibrata; 3) piramide alimentare; 4) corpo umano e dell'apparato digerente; 5 e 6) corretta alimentazione in relazione ad una dieta equilibrata, attraverso *"la compilazione del diario alimentare di alcuni giorni, i loro errori alimentari più frequentemente ricorrenti e metterli in grado di sapere come correggerli utilizzando la piramide alimentare come strumento di valutazione"*; 7) conservazione degli alimenti; 8) diritti del consumatore alimentare, attraverso la lettura delle etichette e laboratori sensoriali; 9) confronto vecchie e nuove abitudini alimentari.

- AUSL REGGIO EMILIA, *FORZA 5, PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SANA ALIMENTAZIONE E DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLA SCUOLA PRIMARIA* (2016)

Era un progetto molto resiliente rispetto alle classi e alla composizione della stessa, grazie a schede didattico-operative che permettevano la trasversalità della formazione in classe. Pur essendo prevista anche una formazione per docenti e genitori, per questo lavoro sembra più interessante sottolineare le attività scolastiche: definizione della giornata alimentare reale e di quella giornata ideale – entrambi contenevano attenzioni anche per l'attività fisica – e partecipazione ad attività e giochi finalizzare allo sviluppo delle competenze. Il monitoraggio era stato, in parte, delegato alle insegnanti.

4.5 Progetti di contrasto all'obesità in età pediatrica – fasce specifiche

- ASL VERCELLI, *ALIMENTAZIONE* (dal 2010)

Discussione in classe dei dati di “Okkio alla Salute” e analisi dei consumi alimentari in classe, mediante partecipazione di un esperto nelle classi della secondaria di I e II grado. Il Progetto prevede anche la formazione – facoltativa – degli insegnanti in merito all'alimentazione e all'attività fisica.

- ASL ASTI, *CAMMINO...LEGGERO* (2011)

Progetto a lungo termine, ma con un solo anno di attività, “Cammino... leggero” prevedeva l'istituzione di uno sportello di consulenza nutrizionale (SIAN+ASL) e un gruppo di coordinamento con le scuole secondarie di secondo grado e l'Ufficio Provinciale Educazione Fisica e il Gruppo Tecnico Provinciale per l'educazione alla salute per la promozione di alimentazione e attività fisica (“stretta correlazione tra i due stili di vita”). Era inoltre prevista attività di tutoraggio di studenti attivi nei confronti di quelli inattivi, individuati durante le ore curricolari.

- ASL BIELLA, *ALIMENT-AMO LA SALUTE* (dal 2019)

È la naturale prosecuzione del precedente progetto, ancora organizzato con LILT Biella per gli allievi delle scuole secondarie di I grado. Prevede momenti formativi del corpo docente in merito a *Like Skills* e corretta alimentazione, nonché attuazione in classe delle informazioni scritte in un manuale ad hoc sul potenziale delle *Life Skills*. Da database vengono indicati anche degli interventi individuali, non meglio specificati.

- ASL ALESSANDRIA, *PROGETTO CRESCITA EQUILIBRATA* (2011-2017)

In piena aderenza con il target di “Okkio alla Salute”, il progetto era una partnership tra istituzioni nazionali e locali, il CAI di Casale Monferrato e l’azienda Bistefani, azienda del territorio. Se al primo attore sono state delegate le camminate per promuovere il movimento come pratica quotidiana di benessere, il secondo si è occupato, su indicazione del Ministero della Salute, di ridurre il peso del Buondì Motta a 12 gr (per un totale di 128 kcal).

5. In conclusione

I programmi di promozione di stili di vita sani e di prevenzione dell’obesità infantile sono stati diversamente declinati in Italia nel corso degli ultimi anni, con un’attenzione più sulla carta che nei fatti e certamente in maniera poco uniforme sul territorio. L’analisi della programmazione nazionale e regionale in merito al contrasto dell’obesità e alla promozione di stili di vita sani nell’età pediatrica induce a tre ordini di riflessioni. Innanzitutto, il tema della valutazione soprattutto dei progetti locali. I sistemi di sorveglianza “Okkio alla Salute” e “HBSC” sono strumenti di riferimento per comprendere il quadro clinico, ma come molti sistemi di monitoraggio forniscono dati ex-post, fotografando nel caso specifico una situazione, letteralmente, in crescita. Dal punto di vista dei progetti, mancano spesso gli indicatori di valutazione reali (es. riduzione della prevalenza dell’obesità in età pediatrica) e si preferisce fornire indicatori “facili” quali “incremento” (dell’attività fisica, del consumo di frutta e verdura, ecc.) o “numero di scuole aderenti” che sono difficilmente misurabili, anche e soprattutto quando sono autoriferiti dagli stessi portatori di interessi. La valutazione della scarsa formazione (in termini di monte orario) a insegnanti e genitori è prevista spesso da test di comprensione: tuttavia, a loro spesso viene delegata la trasmissione degli stessi contenuti ai bambini, ma anche il proporsi come esempi positivi. In secondo luogo, conseguentemente, la possibilità di trovare strategie innovative per combattere l’obesità in età pediatrica sembra scarsa in un contesto di programmazione “alla cieca”: la mancanza di una vera valutazione d’impatto e la discussione tardiva di un Piano di Prevenzione Nazionale, che non ha lasciato scoperto l’anno 2019 – con difficoltà di progettazione di attività, come ci è stato riferito in un’intervista – non permette di introdurre elementi innovativi nella promozione di stili di vita sani e nel contrasto all’obesità in età pediatrica. Viste le tempistiche di diffusione dei dati di sorveglianza, anche la digitalizzazione di questo sistema di monitoraggio potrebbe essere interessante per avere dati il più possibile reali del contesto in cui si va a costruire una programmazione che voglia essere efficace. Infine, la *peer*

education è spesso trascurata: i progetti per bambini e ragazzi fanno riferimento principalmente ai loro insegnanti o genitori, poco alle possibilità di scambio tra coetanei in merito a pratiche di vita salutari (non tenendo conto di quanto siano invece facilmente influenzabili nelle cattive prassi!). L'allattamento al seno, ritenuto momento importante per la crescita in salute, non è integrato nella programmazione di promozione di stili di vita salutari e sembra assente la visione politica del tema, che ha a che fare con il contesto sociale e lavorativo nel quale le neo-mamme operano. La mancanza di una visione d'insieme, la ridondanza di temi e attività dei progetti – la cosiddetta *cura del senso comune* (Ebbeling *et al.* 2002) – e quindi la scarsa propensione a scegliere strade non ancora battute per combattere l'obesità in età pediatrica inducono a riflettere, ancora una volta, sulla difficoltà non tanto di promuovere stili di vita sani, quanto piuttosto di prevenire l'eccesso di peso nelle future generazioni.

Bibliografia di riferimento

- AAVV. (2015), *Il Protocollo di Milano sull'alimentazione e la nutrizione*, https://www.barillacfn.com/media/pdf/MilanProtocol_it.pdf.
- Barker D.J.P. (1997a), *Maternal nutrition, fetal nutrition, and disease in later life*, «Nutrition», 13, (9), pp. 807-813.
- Barker D.J.P. (1997b), *Fetal nutrition and cardiovascular disease in later life*, «British Medical Bulletin», 53, (1), pp. 96-108.
- Bryant K. (2011), “Diagnosis and medicalization”, in McGann P.J., Hutson D.J. (eds.), *Sociology of diagnosis*, (Vol. 12), Emerald Group Publishing, Uk.
- Burniat W., Cole T.J., Lissau, I., Poskitt E.M. (2002), *Child and adolescent obesity: causes and consequences, prevention and management*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Commission of Chronic Illness (1957), *Chronic illness in the United States*, vol. 1, Published for the Commonwealth Fund, Harvard Press. Cit. in Gordon Jr. R.S. (1983), *An operational classification of disease prevention*, «Public Health Reports», 98, (2), 107.
- Ebbeling C.B., Pawlak D.B., Ludwig D.S. (2002), *Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure*, «Lancet», 360, pp. 473-482.
- Gordon Jr. R.S. (1983), *An operational classification of disease prevention*, «Public Health Reports», 98, (2), 107.
- Lucas A. (1991), *Programming by early nutrition in man*, Ciba Foundation Symposium, 156, pp. 38-50.
- Pandita A., Sharma D., Pandita D., Pawar S., Tariq M., Kaul A. (2016), *Childhood obesity: prevention is better than cure*, «Diabetes metabolic syndrome and obesity: targets and therapy», 9, 83.
- Poulain J.-P. (2012), “Obésité”, in Poulain J.-P. (dir.), *Dictionnaire des cultures alimentaires*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Radin A. (2018), *L'obesità in età pediatrica: le solite raccomandazioni*, «Salute e Società», 3, pp. 89-102.

- Rosenberg C. (2013), “Banishing Risk”, in Brandt A.M., Rozin P. (eds.), *Morality and health*, Routledge, London.
- Thaler R.H., Sunstein C.R. (2009), *La spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni su denaro, salute, felicità*, Feltrinelli, Milano.
- Tannahill A. (1985), *What is health promotion?*, «Health Education Journal», 44(4), pp. 167-168.
- Sunstein C.R. (2014), *Nudging: a very short guide*, «Journal of Consumer Policy», 37, (4), pp. 583-588.

La cultura del cibo tra genitorialità e stili di vita. Legami e semantiche familiari

di *Gianluca Maestri, Elena Macchioni*¹

1. Introduzione. Famiglie, culture del cibo e obesità infantile

Nella letteratura scientifica, così come all'interno di un numero consistente di politiche pubbliche internazionali, è largamente sostenuto che la causa dell'aumento dell'obesità infantile sia dovuta a un aumento sostanziale della quantità di alimenti zuccherati consumata dai bambini e a una diminuzione dell'attività fisica: tali fattori sono in stretta relazione con lo stile di vita familiare (Parsons *et al.* 1999). Mentre tali fattori sembrano contribuire con evidenza all'obesità infantile, oggi la ricerca è focalizzata sull'influenza che possono avere altri fattori su di essa, nonché sullo sviluppo dell'obesità nell'età adulta. Alcune delle aree attualmente in studio riguardano in particolare l'influenza sull'obesità infantile di fattori quali: la rappresentazione e la percezione familiare del cibo, il ruolo dell'attività fisica, il tipo di attività ricreative del bambino, lo stile di vita genitoriale e lo stress infantile, materno e familiare (Garaski *et al.* 2009; Ashcroft *et al.* 2008; Bronner, 1996; Birch *et al.* 2007). Inoltre, la ricerca ha esplorato l'impatto dell'ambiente familiare sui tassi di obesità (Kitzman, Dalton, Buscemi, 2008; O'Brien *et al.* 2007; Harrison *et al.* 2011; Gundersen *et al.* 2009).

All'interno di questo contributo, proponiamo un approfondimento di tali aspetti con l'obiettivo di individuare il filo rosso che lega le diverse relazioni fra i generi e le generazioni, gli stili di vita e le pratiche alimentari delle famiglie. In particolare, il nostro focus è rivolto a famiglie con figli in età scolare a cui è stata diagnosticata l'obesità infantile. L'esigenza di questo percorso di ricerca nasce all'interno del progetto europeo CoSIE – *Co-creation of Service Innovation in Europe* – dove il team dell'Ateneo di Bologna, ha sostenuto la creazione di un *pilot* in collaborazione con la ASL di Reggio Emilia e Lepida/Cup2000, per la realizzazione di una APP di promozione di

¹ Il capitolo è frutto di un'analisi condivisa. Al fine dei processi valutativi sono da attribuire a Gianluca Maestri i paragrafi 2, 3, 5, 6, e a Elena Macchioni i paragrafi 1, 4, 7, 8.

stili di vita sani rivolta ai genitori di bambini in sovrappeso e obesi. In questo ambito di lavoro, nel settembre del 2018, il gruppo di ricerca ha analizzato il progetto GET – *Gruppi di educazione terapeutica* per il trattamento dell'obesità infantile, un trial clinico randomizzato, finalizzato alla cura e al trattamento dei problemi di sovrappeso in età pediatrica². Il servizio ha evidenziato importanti criticità, in specifico un'elevata percentuale di abbandoni da parte delle famiglie (>50%). Gli esperti e i ricercatori hanno quindi deciso di avviare un progetto di ricerca che permettesse di indagare e comprendere le ragioni di questo tasso di abbandono.

1.1 Approcci e strumenti metodologici per uno studio esplorativo

La domanda di ricerca che ha guidato il nostro lavoro è relativa alla influenza che i significati del cibo, delle pratiche alimentari e degli stili di vita famigliari, esercitano sull'obesità infantile. In questo contesto, con stile di vita ci riferiamo alle abitudini e ai modelli di alimentazione, di attività fisica e di relazioni con le reti informali e formali (parentela, amici, scuola, mondo dello sport, mondo della sanità, ecc.) che i membri della famiglia (con figli minori in sovrappeso) elaborano e vivono quotidianamente. In particolare, abbiamo prestato molta attenzione al tema della trasmissione culturale delle abitudini alimentari e degli stili di vita, al fine di cercare di comprendere perché l'obesità infantile persiste e si trasmette maggiormente tra le famiglie con capitali socioeconomici medio-bassi. Per indagare questi elementi abbiamo scelto come oggetto di indagine la coppia genitoriale, al fine di far emergere le diverse posizioni, gli eventuali conflitti e l'articolazione dei ruoli, tutti aspetti che le statistiche nazionali e internazionali sull'obesità infantile faticano a evidenziare nella loro complessità e attraverso una prospettiva qualitativa.

Il nostro universo di riferimento ha coinciso con le famiglie seguite dal servizio GET, attivato dal reparto di Pediatria dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Alle referenti del servizio è stato chiesto di selezionare 40 famiglie, di cui 20 famiglie in trattamento, 10 famiglie appartenenti al gruppo di controllo e 10 famiglie definite *drop*, ovvero famiglie inserite nel percorso GET che a un certo punto hanno deciso di abbandonarlo³. Il progetto GET coinvolge bambini e ragazzi in età pediatrica 0-14 anni, ma abbiamo chiesto che venissero selezionate soltanto famiglie con bambini di

² Il progetto nasce nel 2014 per superare i limiti che erano stati riscontrati rispetto a un servizio ospedaliero che prevedeva visite periodiche con il/la dietista condotte con un approccio medico basato sul singolo. Il GET è fondato su un approccio multi disciplinare (pediatria, psicologia e dietistica) che, uscendo dalle mura dell'ospedale, valorizza le dinamiche di gruppo e le relazioni familiari per promuovere stili di vita sani.

³ A questo proposito si rimanda ai capitoli 6 e 7 di questo volume.

età compresa fra i 6 e i 10 anni, per evitare che la presenza di famiglie con ragazzi preadolescenti aprisse alla possibilità di analizzare tematiche connesse alle transizioni evolutive, tipiche dell'età adolescenziale, e al problema dell'obesità. Poterci concentrare sulle *routine* e gli stili di vita di bambini che frequentano la scuola primaria ci ha permesso di ridurre la complessità di alcune variabili (ad esempio la gestione del pranzo durante la settimana quando i genitori sono a lavorare; le trasformazioni del corpo dovute all'età dello sviluppo, ecc.). L'indagine è cominciata in aprile e la parte di rilevazione si è chiusa nel settembre 2019⁴. Le famiglie sono state contattate telefonicamente dalla psicologa referente del servizio – che aveva una conoscenza diretta dei genitori e dei ragazzi – e dopo aver illustrato le finalità dell'indagine, ha chiesto loro la disponibilità a incontrare un/una ricercatore/ricercatrice per effettuare l'intervista. Questa si è svolta presso *Luoghi di Prevenzione*⁵ oppure presso il domicilio delle famiglie, a seconda della loro disponibilità. Per quanto riguarda i giorni e gli orari, sono stati rispettati quelli indicati dalle famiglie.

La ricerca è stata sviluppata grazie a interviste semi strutturate, di tipo diadico, rivolte a entrambi i genitori dei bambini protagonisti del progetto GET, intervistati in compresenza (*joint interview*). Lo strumento è stato utilizzato per far emergere gli aspetti legati ai significati del cibo, alle pratiche e agli stili di vita alimentari, cercando di analizzare come questi si strutturano e si ristrutturano nel contesto di vita dei bambini protagonisti del *trial*.

L'intervista diadica rappresenta una forma interattiva d'indagine in cui due partecipanti rispondono a domande aperte poste da un intervistatore (Morgan *et al.* 2013). La scelta di adottare una modalità di intervista di tipo diadico anziché individuale risiede nell'esigenza di voler esplorare in maniera più approfondita il tema oggetto di studio, avvalendosi del processo

⁴ Il campione di riferimento su cui abbiamo condotto l'analisi del contenuto ha riguardato 39 interviste diadiche di cui: 19 coppie di famiglie in trattamento; 5 coppie di famiglie che hanno abbandonato il percorso; 14 coppie di famiglie appartenenti al gruppo di controllo. I dati socio anagrafici raccolti in apertura di intervista ci dicono che tutte le coppie intervistate sono di status economico medio-basso.

⁵ Luoghi di Prevenzione è il centro di riferimento della regione Emilia-Romagna per la Formazione degli operatori sociosanitari sui temi della Promozione della Salute e la Sperimentazione, il monitoraggio e la valutazione di modalità di intervento innovativo (attività di Ricerca-Azione). È coordinato dalla Lega contro i Tumori Onlus di Reggio Emilia, Sez. Prov.le della LILT, attraverso la gestione locale di Ausl di Reggio Emilia, Comune di Reggio Emilia, Provincia di Reggio Emilia in collaborazione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio (Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scienze della Formazione e Scienze della Comunicazione e dell'Economia) e Istituto Oncologico Romagnolo. Luoghi di Prevenzione è una proposta rivolta a individui e a gruppi per iniziare o approfondire una riflessione sulle relazioni fra immaginario, stili di vita, comportamenti, ambiente e consapevolezza nella scelta (dal sito ufficiale: <http://www.luoghidiprevenzione.it>). Per le interviste alle famiglie è stato scelto questo luogo perché rappresenta un punto di riferimento per chi vive a Reggio Emilia rispetto ai temi della salute e degli stili di vita.

di co-costruzione delle risposte derivante dal fatto che ciascun intervistato fornisce il proprio punto di vista approfondendo ed espandendo la risposta dell'altro rispondente (Arksey, 1996). L'intervista diadica consente inoltre di cogliere l'interattività tra gli attori ed eventuali diverse prospettive dei partecipanti (Eisikovits, Koren, 2010)⁶. Questo strumento viene spesso utilizzato in ricerche che hanno come oggetto di indagine la famiglia (Voltelen *et al.* 2018), così come all'interno di ricerche condotte nell'ambito della sociologia della salute che hanno la necessità di coinvolgere nei contesti di malattia sia la persona in condizioni di fragilità, sia il suo *caregiver* (Sakellariou *et al.* 2013; Morris, 2001).

L'intervista diadica è stata arricchita da due ulteriori strumenti di rilevazione: un questionario a domande chiuse a scelta multipla⁷ e l'utilizzo di foto stimolo al termine dell'intervista. La tecnica della *photo elicitation* si basa sul fatto di inserire una o più fotografie all'interno di un'intervista (Banks, 2001). Questo strumento è utile perché l'utilizzo di immagini permette di evocare aspetti profondi del vissuto personale, meno soggetti al controllo razionale che siamo abituati ad attivare sulla parola (Collier, 1967; Harper, 2002). Tale tecnica ci ha permesso dunque di ottenere una diversa tipologia di informazioni, piuttosto che maggiori informazioni (Collier, 1967). A tutti i genitori sono state mostrate 4 immagini, sempre nello stesso ordine: 1) un bambino in età da svezzamento dalla forma fisica rotonda, sorridente al termine di un pasto; 2) una pizza da asporto; 3) una coppia che cucina in un interno giorno di una abitazione; 4) una famiglia (adulti e bambini) che sta facendo la spesa nel reparto ortofrutta di un supermercato. Abbiamo quindi scelto immagini che richiamavano le tematiche attraversate durante l'intervista: il corpo in sovrappeso e le emozioni a esso correlate; il cibo che unisce le tradizioni alimentari generazionali; la preparazione dei pasti in famiglia; la scelta del cibo salutare alla base della piramide alimentare⁸.

⁶ La scelta di questo strumento di indagine rende più complesso il lavoro di rilevazione del/della ricercatore/ricercatrice che deve porre una maggior attenzione rispetto alla gestione dell'interazione, sapendo che possono crearsi dinamiche prevaricanti di un soggetto sull'altro, e che rispetto alla coppia queste dinamiche possono essere rafforzate da pratiche culturali consolidate.

⁷ Il questionario è stato creato su moduli Google e il link per l'autocompilazione è stato trasmesso ai genitori prima dell'intervista, nel momento in cui il/la ricercatore/ricercatrice effettuava il contatto telefonico per la conferma dell'incontro. La finalità di questo strumento è stata quella di raccogliere dati rispetto alle abitudini alimentari dei genitori e della famiglia.

⁸ Abbiamo deciso di mostrare le foto ai genitori al termine dell'intervista, come a indicare che si trattava di un momento di indagine a sé stante, al termine del quale non veniva ripreso alcun discorso, ma ci si congedava dall'incontro. In questo caso specifico, l'utilizzo di immagini ha avuto la finalità di far emergere visioni, punti di vista e stereotipi, come una sorta di "controllo" sulle informazioni raccolte attraverso le domande espresse in forma dialogica. Tutti i dati raccolti sono stati sottoposti a un'analisi del contenuto che è stata realizzata all'interno del *framework* concettuale che sarà sviluppato nei paragrafi successivi.

2. L'obesità infantile: alcuni dati di contesto

L'obesità infantile ha raggiunto livelli preoccupanti sia nei paesi sviluppati, sia nei paesi in via di sviluppo (Kumar, Kelly, 2017; Broyles *et al.* 2015; Steele, Nelson, Jelalian, 2008). Tale condizione è generalmente definita come una delle sfide più gravi per la salute pubblica del XXI secolo (Bagnal *et al.* 2019; Wolfenden *et al.* 2019; Karnik, Kanekar, 2012). Secondo gli studi epidemiologici e la reportistica di settore, nazionale e internazionale, il problema è globale e sta colpendo molti paesi, in particolare nell'ambito urbano (Branca *et al.* 2007). Il numero di neonati e bambini in sovrappeso o obesi (da 0 a 5 anni) è aumentato da 32 milioni a livello globale nel 1990 a 41 milioni nel 2016. Nella sola area africana della WHO, il numero di bambini in sovrappeso o obesi è aumentato da 4 a 9 milioni nello stesso periodo (WHO, 2019).

Il sovrappeso e l'obesità infantile sono noti per avere un impatto significativo sulla salute fisica e psicologica (Krushnapriya *et al.* 2015; Jelalian, Steele, 2008; Wang, Lim, 2012). È probabile che i bambini in sovrappeso e obesi rimangano obesi nell'età adulta e abbiano maggiori probabilità di sviluppare malattie come il diabete e le malattie cardiovascolari già in giovane età (Simmonds *et al.* 2016; Llewellyn *et al.* 2016). Tuttavia, il meccanismo di sviluppo dell'obesità non è completamente compreso e si ritiene, generalmente, che si tratti di una condizione derivata da molteplici cause (Gill, 2017; Vidhu, Thaker, 2017; Stunkard, 1996).

I fattori ambientali, gli stili di vita e la cultura svolgono un ruolo fondamentale nell'accrescimento dell'obesità in tutto il mondo (Gray *et al.* 2018; Holsten *et al.* 2012). Si presume che sovrappeso e obesità siano i risultati di un aumento dell'apporto calorico e di grassi (Kumar, Kelly, 2017; Broyles *et al.* 2015; Steele, Nelson, Jelalian, 2008). Esistono prove che un'eccessiva assunzione di zucchero mediante bevande analcoliche, l'aumento delle porzioni di cibo e un costante declino dell'attività fisica abbiano svolto un ruolo fondamentale nell'aumento dei tassi di obesità infantile. Negli ultimi anni, tali fattori tendono a essere considerati come diverse forme del problema della malnutrizione globale (Tanumihardjo *et al.* 2007).

Comunque, l'obesità può influenzare profondamente la salute, il benessere emotivo e l'autostima dei bambini, condizioni spesso associate anche a uno scarso rendimento scolastico e a una peggiore qualità di vita. Anche molte condizioni comorbose sono osservate in associazione all'obesità infantile – come i disturbi metabolici, cardiovascolari, ortopedici, neurologici, epatici, polmonari e renali (Pulgaron, 2013).

Il mondo sta attraversando una rapida transizione epidemiologica e nutrizionale caratterizzata da persistenti carenze nutrizionali (Raj *et al.* 2007; Chhatwal, Verma, Riar, 2004), come evidenziato dalla prevalenza di anemia,

carenze di ferro e zinco e arresto della crescita (Popkin *et al.* 2020; Jaacks *et al.* 2019; Amuna, Zotor, 2008). In concomitanza a ciò, vi è un progressivo aumento dell'obesità, del diabete e di altre malattie croniche correlate alla nutrizione (NRCD) come le malattie cardiovascolari e alcune forme di cancro (Gupta *et al.* 2012; Popkin, Doak, 1998). Altre evidenze mostrano che la genesi del diabete di tipo 2 e della malattia coronarica si sviluppano durante l'infanzia e che l'obesità infantile funge da fattore concomitante (Bhave, Bavdekar, Otiv, 2004).

Mentre l'obesità (infantile e adulta) mondiale è ancora in aumento, si è osservata una maggiore stabilità per l'obesità infantile dal 2000 a oggi, soprattutto nei Paesi occidentali (Wabitsch *et al.* 2014; Han *et al.* 2010; Logue, Sattar, 2011). Nonostante dei lievi abbassamenti registrati per regione, la questione dell'obesità infantile è tuttavia ben lontana dall'essere risolta (Wabitsch *et al.* 2014; WHO, 2016; Wijnhoven *et al.* 2014)⁹.

2.1 L'obesità infantile e le sue "misure"

È possibile definire l'obesità come una condizione medica di accumulo anormale o eccessivo di sostanza grassa nel tessuto adiposo, che porta a pericolose implicazioni per la salute. Sovrappeso e obesità dipendono da un eccessivo accumulo di grasso corporeo. A causa di oggettive difficoltà nel misurare in maniera semplice e diretta il grasso corporeo, un'accettabile approssimazione è rappresentata dal BMI (*Body-mass index*)¹⁰. Tale indice è calcolato col rapporto tra peso (espresso in kg) e quadrato dell'altezza (espressa in metri) (kg/m^2) – dividendo il peso in Kg del soggetto con il quadrato dell'altezza espressa in metri. Il valore di BMI è di facile stima nella *routine* clinica ed è stato accettato anche in campo pediatrico per la definizione dello stato ponderale, anche se vanno riconosciuti i suoi limiti nella distinzione tra massa grassa e massa magra.

Poiché in età evolutiva il valore del BMI varia con l'età e il sesso, è necessario utilizzare misure che tengano conto di queste variabili. È necessario utilizzare i percentili per rappresentare in maniera corretta la distribuzione

⁹ In questo quadro è fondamentale il monitoraggio della prevalenza dell'obesità infantile per valutare l'efficacia e il tasso di successo dei programmi d'intervento e prevenzione, il cui effetto positivo potrebbe essere la spiegazione alla stabilizzazione dei tassi di obesità infantile. Un altro motivo suggerito è la stabilizzazione biologica: soltanto una certa percentuale della popolazione, già raggiunta, è soggetta a diventare obesa.

¹⁰ La curva della crescita è diversa per maschi e femmine in ragione della diversa conformazione corporea e pertanto incide in modi diversi sulla definizione di sovrappeso/obesità per un bambino o una bambina. Ciò diviene più evidente durante l'adolescenza, perché le bambine entrano prima nella pubertà rispetto ai bambini; questi ultimi crescono maggiormente in altezza rispetto alle coetanee.

del BMI nella popolazione di riferimento e individuare quelli più adeguati a definire il sottopeso, il normopeso, il sovrappeso e l'obesità¹¹.

Nel bambino fino a 24 mesi la diagnosi di eccesso di peso si basa sul rapporto peso/lunghezza, utilizzando le curve di riferimento dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità* 2006, mentre nelle età successive si basa sull'uso del BMI, utilizzando le curve di riferimento WHO 2006 fino a 5 anni e WHO 2007 nelle età successive (WHO, 2006; de Onis *et al.* 2007).

La *Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica* (SIEDP) ha pubblicato le curve di statura, peso e BMI (cfr. Cacciari *et al.* 2002; Cacciari *et al.* 2006). La definizione di sovrappeso è espressa da un valore di BMI >75° percentile e 95° percentile, in quanto corrispondenti alle soglie proposte da Cole e colleghi (2010) estrapolate dai valori di BMI che rispettivamente passano per il BMI 25 e 30 kg/m² all'età di 18 anni.

Uno studio condotto su bambini e adolescenti italiani (Valerio *et al.* 2017) ha dimostrato che i valori soglia nazionali di BMI tendevano a sottostimare la prevalenza di obesità nella popolazione tra 5-17 anni rispetto i valori soglia proposti dalla WHO (de Onis *et al.* 2007), verosimilmente perché la raccolta dei dati per la costruzione delle curve italiane è stata effettuata in un'epoca in cui si era già verificato l'aumento di obesità. Lo studio ha però dimostrato che i valori soglia italiani erano più adatti nell'identificare bambini obesi con fattori di rischio cardio-metabolico confrontati con gli standard della WHO, dotati di maggiore sensibilità¹².

Tuttavia, non vi è ancora un consenso chiaro sui punti *cut-off* che indicano l'eccesso di grasso nel sovrappeso o per l'obesità nei bambini e negli adolescenti. Il noto studio condotto da Williams e colleghi (1992) su 3.320 bambini compresi nella fascia d'età dai 5 ai 18 anni ha classificato i bambini come "grassi" se la loro percentuale di grasso corporeo era almeno del 25% per i maschi e del 30% per le femmine. Il *Center for Disease Control and Prevention* ha definito il sovrappeso come pari o superiore al 95° percentile

¹¹ I parametri di riferimento nazionali e internazionali si differenziano gli uni dagli altri in quanto possono basarsi su demografie e periodi di tempo differenti.

¹² Un comitato di esperti ha suggerito l'utilizzo del 99° percentile del BMI per definire l'obesità grave (Barlow *et al.* 2007) in quanto a tale valore corrisponde una più elevata prevalenza di fattori di rischio cardiometabolici e persistenza dell'obesità grave in età adulta. In ragione del fatto che il valore al 99° percentile calcolato da un'estrapolazione dalle tabelle di BMI dei *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC) statunitensi non corrisponde al dato empirico sulla popolazione, è stato proposto di utilizzare le percentuali del 95° percentile (Flegal *et al.* 2009). Uno studio recente ha comparato l'utilizzo di differenti sistemi internazionali (WHO e CDC) per classificare l'obesità grave in età pediatrica: ne ha concluso che la soglia di BMI >1,2 del 95° percentile ha un vantaggio rispetto al 99° percentile nell'identificare forme di obesità grave ad aumentato rischio cardio-metabolico, soprattutto nei soggetti di età <10 anni (Valerio *et al.* 2013). Tuttavia, si noti che l'impatto di tale sistema nella pratica clinica deve ancora essere valutato (Gulati, Kaplan, Daniels, 2012). Secondo il documento *Consensus* sono necessari ulteriori studi per dimostrare che fattori di rischio metabolico possano essere differenziati o raggruppati per livelli di percentuali del 95° percentile di BMI.

del BMI per età e “a rischio di sovrappeso” tra l’85° e il 95° percentile di BMI per età (Flegal, Wei, Ogden, 2002; Himes, Dietz, 1994). I ricercatori europei classificano il sovrappeso come pari o superiore all’85° percentile e l’obesità pari o superiore al 95° percentile del BMI (Ghosh, 2014). Uno studio di ricerca indiano ha definito il sovrappeso e l’obesità come sovrappeso tra $\geq 85^\circ$ e $< 95^\circ$ percentile e obesità con $\geq 95^\circ$ percentile (Nawab *et al.* 2014). Anche lo studio di Flodmark e colleghi (2004) ha seguito il riferimento di crescita della WHO del 2007 per la definizione di sovrappeso e obesità. Va comunque sottolineato che esistono diversi metodi per misurare la percentuale di grasso corporeo. Nella ricerca, le tecniche includono la pesatura subacquea (densitometria), l’analisi dell’impedenza bioelettrica a più frequenze (BIA) e la risonanza magnetica (MRI).

Nell’ambiente clinico sono state ampiamente utilizzate tecniche come il BMI, la circonferenza della vita e lo spessore delle pliche cutanee. Sebbene questi metodi siano meno precisi dei metodi “di ricerca”, essi sono soddisfacenti per identificare il rischio. Mentre però il BMI sembra appropriato per valutare gli adulti, potrebbe non esserlo per i bambini, a causa della loro rapida crescita. Inoltre, il modello di maturazione differisce tra i sessi e i diversi gruppi etnici. Gli studi che hanno utilizzato il BMI per identificare i bambini in sovrappeso e obesi in base alla percentuale di grasso corporeo hanno riscontrato un’elevata specificità (95–100%), ma una bassa sensibilità (36–66%) per questo sistema di classificazione (Lazarus *et al.* 1996). Inoltre, una prospettiva da considerare in letteratura sostiene che mentre le conseguenze dell’obesità sulla salute sono correlate all’eccesso di grasso, il metodo ideale di classificazione dovrebbe essere basato sulla misurazione diretta del grasso. In tal senso, sebbene metodi come la densitometria possano essere utilizzati nella pratica di ricerca, non sembrano estendibili ai contesti clinici.

2.2 Il focus sull’Italia

La WHO stima che oltre 340 milioni di bambini e adolescenti di 5-19 anni sono in eccesso di peso (WHO, 2018). Se osserviamo il fenomeno all’interno dell’UE, vediamo che è obeso quasi un bambino su otto tra i 7 e gli 8 anni (Oecd, 2018). I paesi che mostrano i valori più elevati appartengono all’area mediterranea – Cipro (20%), Italia (18%), Spagna (18%), Grecia e Malta (17%) – mentre i valori più bassi si trovano in Danimarca (5%), Norvegia (6%) e Irlanda (7%)¹³. Tra il 2007-2008 e il 2015-2017 il tasso di obesità tra

¹³ Dal 2007 la Regione Europea della WHO ha lanciato l’iniziativa *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) per monitorare l’andamento dell’eccesso di peso e di fattori associati, tra cui la sedentarietà, nei bambini dai 6 ai 9 anni dei Paesi europei. L’Italia partecipa a questa iniziativa con il Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute sotto il coordinamento dell’Istituto Superiore di Sanità che, periodicamente, misura e raccoglie informazioni su un

i bambini di 7-8 anni risulta in diminuzione in diversi paesi dell'Ue, in particolare in Italia (-4 punti percentuali).

I dati Istat pubblicati nell'autunno del 2019 ci dicono che in Italia circa 2 milioni e 130.000 bambini e adolescenti di 3-17 anni sono in eccesso di peso. Se confrontiamo con la rilevazione riferita al 2010-2011, scopriamo che la quota ha mostrato un leggero calo, passando dal 28% al 25,2% (Istat, 2019a). Va certamente notato che l'Italia mostra una situazione differenziata al proprio interno, dove i valori più alti si trovano nelle regioni del Sud e nelle Isole (18,8% Nord-ovest, 22,5% Nord-est, 24,2% Centro, 29,9% Isole e 32,7% Sud). Le percentuali sono particolarmente elevate in Campania (35,4%), Calabria (33,8%), Sicilia (32,5%) e Molise (31,8%).

Inoltre, i dati Istat (2019b) ci permettono di considerare anche alcune variabili socio-strutturali del nucleo familiare. Tendono a essere maggiormente in sovrappeso o obesi i bambini e ragazzi che vivono in famiglie con risorse economiche basse, ma soprattutto in quelle in cui il livello di istruzione dei genitori è inferiore alla media. La quota di bambini in eccesso di peso è infatti pari al 19% tra quanti vivono in famiglie con genitori laureati, ma raggiunge il 30,1% se i genitori non sono andati oltre la scuola dell'obbligo. Le rilevazioni ci dicono che i bambini con genitori in sovrappeso o obesi lo sono a loro volta nel 37,6% dei casi, contro il 18,8% di chi ha entrambi i genitori normopeso. Per quanto riguarda l'attività motoria, i dati indicano che il 22,7% dei bambini e ragazzi non pratica sport, né attività fisica (ma anche questo dato è in calo rispetto al biennio 2010-2011 quando registrava un valore pari al 25,7%). Nel 2017-2018 sono stati circa 5 milioni i ragazzi di 3-17 anni che hanno praticato uno o più sport nel tempo libero (59,4% della popolazione di riferimento). Il 52,5% lo ha fatto con continuità e il 6,9% saltuariamente. Il 17,1% dei ragazzi (circa un milione 450 mila), pur non praticando nessuno sport, svolge un'attività fisica come passeggiare per almeno due km al giorno, nuotare, andare in bicicletta o altro. I bambini e i ragazzi che non praticano alcuno sport o alcuna attività fisica sono pari al 22,7% della popolazione di 3-17 anni. Tra coloro che fanno pratica sportiva di tipo continuativo, troviamo soprattutto bambine e ragazze tra i 3-10 anni (+7,7 punti percentuali). Si conferma il divario territoriale Nord-Sud: fatta eccezione per la Sardegna, nella maggior parte delle regioni meridionali e insulari più di un ragazzo su quattro non pratica sport né attività fisica. Anche per la pratica sportiva dei ragazzi le differenze sono marcate sia rispetto al titolo di studio dei genitori che al livello delle risorse economiche della famiglia. Sono soprattutto i ragazzi che vivono in famiglie con *status* socioculturale più basso a presentare i livelli più elevati di sedentarietà: non pratica

campione di bambini di 8-9 anni. Per gli adolescenti i dati su eccesso di peso, attività fisica e altri aspetti della salute e comportamenti sono raccolti a livello internazionale dallo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), effettuato su un campione di ragazzi di 11, 13 e 15 anni ogni 4 anni. L'Italia partecipa a questa raccolta dal 2001.

sport né attività fisica il 32,1% di chi vive in famiglie in cui i genitori hanno al massimo un titolo di scuola dell'obbligo contro il 12,9% di chi vive in famiglie in cui almeno un genitore è laureato. Infine, i dati confermano che anche l'orientamento a fare attività sportiva viene trasmesso dai genitori. Sono soprattutto i bambini e i ragazzi i cui genitori dichiarano di non praticare sport o attività fisica ad avere uno stile di vita sedentario: il 47,9% se entrambi i genitori sono sedentari, contro il 9,8% se nessuno dei genitori ha uno stile di vita sedentario.

Veniamo infine ad analizzare la tipologia di cibo consumato da bambini e adolescenti. Il 74,2% di essi consuma frutta e/o verdura ogni giorno, il 28,3% consuma quotidianamente dolci, il 13,8% snack salati e il 24,9% consuma bevande gassate. Le differenze territoriali permangono: i consumatori di snack salati sono di più nel Mezzogiorno e nel Nord-ovest (rispettivamente il 16,3% e il 15,7%). Riguardo ai dolci e alle bevande zuccherate le percentuali più elevate si registrano nelle regioni del Nord (32,3% consumo di dolci e 26,6% bevande gassate) e nelle Isole (27,7% consumo di dolci e 28% bevande gassate). Quanto ai comportamenti alimentari più salutari, il consumo quotidiano di frutta e verdura è più elevato nelle Isole (76,6%), nel Nord-ovest (76,4%) e al Centro (75%). Più elevato è il titolo di studio conseguito dai genitori, più variegato e corretto appare lo stile nutrizionale dei bambini, sia in termini di consumo quotidiano di frutta e verdura, sia di adeguatezza nelle quantità consumate giornalmente.

2.3 Le cause dell'obesità infantile

È generalmente riconosciuto che l'obesità deriva da uno squilibrio tra l'apporto e il dispendio di energia (spesa energetica), strettamente associato allo stile di vita adottato e alle preferenze di assunzione alimentare (cfr. Consensus 2017; Liu *et al.* 2012; Donatiello *et al.* 2013; Rosenkranz, Dzewaltowski, 2008)¹⁴. La ricerca ha fornito importanti contributi alla comprensione dei fattori associati all'obesità. Il modello ecologico, così come descritto da Davison e Birch (2001), suggerisce che i fattori di rischio per l'obesità infantile includono l'assunzione alimentare e il comportamento sedentario (Davis *et al.* 2007; Biro, Wien, 2010). L'impatto di tali fattori è moderato da altri come l'età e il sesso.

In questa cornice, le caratteristiche dello stile di vita genitoriale svolgono certamente un ruolo fondamentale (Gray *et al.* 2018). Fattori come le politiche scolastiche e le esigenze legate al lavoro dei genitori influenzano

¹⁴ I fattori dietetici sono stati ampiamente studiati per i possibili contributi nell'aumento dei tassi di obesità. I fattori dietetici che sono stati esaminati includono il consumo di *fast food*, bevande zuccherate, spuntini e dimensioni delle porzioni.

ulteriormente i comportamenti alimentari e le pratiche connesse all'attività fisica.

La genetica è uno dei fattori esaminati come causa dell'obesità. Alcuni studi hanno mostrato che il BMI è ereditabile dal 25 al 40% (Anderson, Butcher, 2006). Tuttavia, la suscettibilità genetica deve spesso essere associata a fattori ambientali e comportamentali che contribuiscono nell'influenzare il peso (CDC, 2010). Di fatto, il fattore genetico rappresenta meno del 5% dei casi di obesità infantile. Pertanto, mentre la genetica può svolgere un ruolo nello sviluppo dell'obesità, non sembra essere la causa del progressivo aumento dell'obesità infantile. Anche il metabolismo basale è stato studiato come possibile causa di obesità. Esso è responsabile del 60% del dispendio energetico totale negli adulti sedentari. È stato ipotizzato che gli individui obesi abbiano bassi tassi metabolici basali. Tuttavia, è probabile che le differenze nei tassi metabolici basali non siano responsabili dell'aumento dei tassi di obesità.

Soprattutto negli ultimi anni l'aumento del consumo di cibi *fast food* è stato collegato all'obesità (Rosenheck, 2008; Bowman *et al.* 2004; Schröder, Fito, Covas, 2007; Dunn, Sharkey, Horel, 2012). Molte famiglie, in particolare quelle con due genitori che lavorano fuori casa, optano per i ristoranti *fast food*, perché sono quelli “favoriti” dai loro figli e sono più economici (Niehoff, 2009). Gli alimenti serviti nei *fast food* tendono a contenere un elevato numero di calorie con bassi valori nutrizionali. In particolare, uno studio ha cercato di comprendere le abitudini alimentari degli adolescenti magri e in sovrappeso (Ebbeling *et al.* 2004). I ricercatori hanno scoperto che entrambi i gruppi consumano nei *fast food* più calorie di quanto non farebbero a casa, ma il gruppo dei “magri” compensa l'apporto calorico regolandosi prima o dopo il *fast food*. Altri studi dimostrano che gli adolescenti associano il cibo spazzatura al piacere, all'indipendenza e alla convenienza, mentre l'apprezzare il cibo sano è considerato “bizzarro” (Chapman, Maclean, 1993). Molti studi hanno dimostrato un aumento di peso attraverso il consumo regolare di cibo da *fast food*. In questa direzione, una ulteriore fonte di calorie sono le bevande zuccherate: il loro consumo forte e regolare è uno dei fattori che contribuiscono al sovrappeso, tanto nei bambini quanto negli adulti (cfr. Wojcicki, Heyman, 2012; Gillis, Bar-Or, 2003; Keller, Bucher Della Torre, 2015; Scharf, DeBoer, 2016). Uno studio che ha esaminato i bambini di età compresa tra 9 e 14 anni, dal 1996 al 1998, ha rilevato che il consumo di bevande zuccherate ha aumentato il BMI di piccole quantità nel corso degli anni (Anderson, Butcher, 2006). Molti studi hanno esaminato il legame tra peso e consumo di bevande zuccherate, evidenziando come questo sia un fattore che contribuisce al sovrappeso.

Un altro possibile fattore che contribuisce all'obesità infantile è il consumo di spuntini (*snacking*) (cfr. Piernas, Popkin, 2010; Datar, Nicosia, 2012; Larson, Story, 2013). Essi includono cibi come patatine, prodotti da

forno e caramelle. Diversi studi sono stati condotti per esaminare se questi alimenti hanno contribuito all'aumento dell'obesità infantile: mentre lo spuntino è correlato a un più alto apporto calorico complessivo, non sembrano esservi evidenze in grado di trovare un solido legame tra spuntino e sovrappeso (Anderson, Butcher, 2006). Tuttavia, le dimensioni delle porzioni sono aumentate negli ultimi anni: consumare grandi porzioni, oltre a spuntini frequenti di cibi altamente calorici, contribuisce a un apporto calorico eccessivo (cfr. Lioret *et al.* 2009; McConahy *et al.* 2002; Moreno, Rodriguez, 2007; Anderson, Butcher 2006). Generalmente, le ricerche mostrano che l'apporto energetico, nei bambini e negli adulti, è influenzato dalla dimensione della porzione servita (WHO, 2014).

Molti fattori ambientali influenzano la diffusione dell'obesità adulta e infantile (Silventoinen *et al.* 2010). In primo luogo, la meccanizzazione e l'automazione dei processi produttivi ha drasticamente ridotto l'energia necessaria per compiere il lavoro (Caballero, 2007). Tra i fattori ambientali, un impatto considerevole sul BMI è correlato alle configurazioni urbane, che promuovono l'uso delle automobili, richiedono lunghi spostamenti, limitano le opportunità di camminare e gli spazi pubblici per fare attività fisica o all'aria aperta. Infine, vi è la presenza pervasiva di supermercati, bar e *fast food*, così come la crescente dipendenza dai cibi pronti, spesso consumati fuori casa. Esiste un consenso sempre maggiore, tra i ricercatori, rispetto alla necessità di cambiare l'«ambiente obesogenico» (Silventoinen *et al.* 2010; Caballero, 2007; Lake, Townshend, 2006; Townshend, Lake, 2009; Drewnowski *et al.* 2020).

Da quest'ultima prospettiva si dovrebbe intervenire sulla pianta urbana, sui trasporti, sulla pubblica sicurezza, sulla produzione alimentare e sul *marketing* degli alimenti, al fine di ridurre i fattori che contribuiscono a un maggiore apporto calorico e una minore attività fisica. Le opportunità di essere fisicamente attivi e gli ambienti sicuri in cui esserlo sono infatti diminuite.

Già in uno studio condotto nel 2002 veniva rilevato che il 53% dei genitori accompagnava i propri figli a scuola (Anderson, Butcher, 2006): di questi, il 66% ha dichiarato di aver accompagnato a scuola i propri figli in auto perché le loro case erano troppo distanti, mentre altre ragioni fornite dai genitori riguardavano l'assenza di percorsi sicuri a piedi, la paura dei predatori sessuali e la comodità del bambino. I bambini che vivono in aree non sicure o che non hanno accesso a percorsi pedonali sicuri e ben illuminati hanno meno opportunità di essere fisicamente attivi.

Anche i fattori socioculturali influenzano lo sviluppo dell'obesità (Hilpert *et al.* 2017; Kaufman, Karpati, 2007; Kumanyika, 2008; Lindquist *et al.* 1999; O'Dea, 2008; Ball *et al.* 2010; Bruss *et al.* 2003).

La nostra società tende a usare il cibo come ricompensa, come mezzo per “controllare” gli altri e come parte della socializzazione (Budd, Hayman,

2008). Su questi aspetti sarebbero necessari servizi di educazione alimentare. Potenzialmente, le politiche sociali possono continuare a promuovere comportamenti salutari (Story, Neumark-Stainzer, French, 2002). Al contempo, le politiche fiscali come la tassazione di opzioni non salutari, l'incentivazione della distribuzione di alimenti sani a basso costo e gli investimenti in strutture ricreative convenienti, o sulla qualità estetica dei quartieri, si configurano come proposte volte a migliorare l'alimentazione sana e l'implementazione dell'attività fisica (cfr. Dublin Dhc, 2005).

Anche la psicologia ha riservato una particolare attenzione alla cura dell'obesità, identificando alcuni fattori correlati.

a. *Depressione e ansia*. La maggior parte degli studi trova una relazione tra disturbi alimentari e depressione (Rawana *et al.* 2010). Tuttavia, questa relazione non è unidirezionale; la depressione può essere sia una causa, sia una conseguenza dell'obesità (Goldfield *et al.* 2010). In un campione clinico di adolescenti obesi è stata riportata una maggiore prevalenza, nel corso della vita, dei disturbi d'ansia rispetto a quelli non obesi (Britz *et al.* 2000). Tuttavia, alcuni studi non dimostrano una relazione significativa tra aumento del BMI e aumento dei sintomi dell'ansia (Tanofsky-Kraft *et al.* 2004). Pertanto, il rapporto tra obesità e ansia potrebbe non essere unidirezionale e certamente non sembra conclusivo.

b. *Autostima*. Per quanto riguarda l'autostima, i risultati di una nota ricerca, che ha confrontato bambini in sovrappeso/obesi con bambini di peso normale, non sono omogenei dal punto di vista dei risultati (Zametkin *et al.* 2004). Alcuni studi hanno evidenziato che i bambini obesi hanno una minore autostima, mentre altri non hanno riscontrato tale evidenza (Ackard *et al.* 2003; Jansen *et al.* 2008; Renman *et al.* 1999). Certamente, esiste un certo consenso in letteratura sul fatto che l'approccio alla misurazione dell'auto-stima con i bambini in sovrappeso/obesi sia fuorviante (Schwimmer *et al.* 2003).

c. *Insoddisfazione corporea*. La ricerca ha costantemente rilevato che la soddisfazione del corpo è maggiore nei maschi rispetto alle femmine di tutte le età (O'Dea, 2005). Le differenze di genere possono riflettere gli ideali culturali della bellezza, in quanto la magrezza è l'unico ideale per le femmine, mentre i maschi sono incoraggiati a essere sia magri, sia muscolari. In tal senso, esiste una relazione lineare tra insoddisfazione del corpo e aumento del BMI per le ragazze, mentre per i ragazzi la relazione a forma di U suggerisce che quelli con BMI agli estremi bassi e alti sperimentano alti livelli di insoddisfazione corporea (Austin *et al.* 2009; Kostanski, Fisher, Gullone, 2004).

d. *Disturbi alimentari associati al cibo*. I tratti associati ai disturbi alimentari sembrano essere comuni nelle popolazioni adolescenti obese, in particolare per le ragazze (Lundstedt, 2006). Infatti, alcuni studi hanno mostrato una più alta prevalenza di patologie legate all'alimentazione nei

bambini/giovani obesi (ad esempio, anoressia, bulimia nervosa e regolazione degli impulsi) (Decaluwxe, Breat, 2003; Decaluwxe, Breat, Fairburn, 2003).

e. *Problemi emotivi*. In uno dei pochi studi dedicati all'impatto psicologico dell'obesità sui bambini è emerso che tutti i partecipanti hanno riportato un impatto causato dal peso (Cornette, 2008). Essere più giovani, di sesso femminile e con una maggiore mancanza di controllo sull'alimentazione, sembra accentuare le conseguenze negative.

L'obesità è stata descritta come una delle condizioni più stigmatizzanti e meno socialmente accettabili durante l'infanzia (Puhl, Himmelstein, Pearl 2020; Schwimmer, Burwinkle, Varni, 2003). I bambini in sovrappeso e obesi sono spesso presi in giro e/o sono vittime di bullismo; inoltre, si trovano anche ad affrontare numerose altre difficoltà, tra cui l'essere oggetto diretto o indiretto di stereotipi negativi, di discriminazione ed emarginazione sociale. La discriminazione nei confronti di individui obesi è stata riscontrata già in bambini di età pari o inferiore a 2 anni (Budd, Hayman, 2008). I bambini obesi sono spesso esclusi dalle attività, in particolare quelle competitive che richiedono attività fisica (Niehoff, 2009). Questi problemi sociali negativi contribuiscono a una bassa autostima, una scarsa fiducia in sé stessi e un'immagine negativa del corpo nei bambini e possono anche influenzare il rendimento scolastico (Niehoff, *op. cit.*). In particolare, uno studio ha concluso che i bambini in sovrappeso e obesi hanno una probabilità quattro volte maggiore di riferire di avere problemi a scuola rispetto ai loro coetanei normopeso (Schwimmer, Burwinkle, Varni, 2003). Essi hanno anche maggiori probabilità di "saltare" la scuola più frequentemente, in particolare i bambini con patologie croniche come il diabete e l'asma.

Inoltre, le conseguenze sociali dell'obesità possono contribuire alla continua difficoltà nella gestione del peso. I bambini in sovrappeso tendono a proteggersi da commenti e atteggiamenti negativi ritirandosi in luoghi sicuri, come le loro case, dove possono cercare cibo come conforto. Infine, va notato che i bambini in sovrappeso tendono ad avere meno amici rispetto ai bambini di peso normale, il che si traduce in una "minore" interazione sociale, in scarse occasioni di gioco e in più tempo trascorso in attività sedentarie.

2.4 *Obesità infantile e famiglia. Quali relazioni?*

Come abbiamo osservato la diffusione dell'obesità infantile è in aumento, seppur con alcuni segnali di miglioramento che talvolta riferiscono almeno di un suo stabilizzarsi. Alcuni studi, svolti con i dati del *Health Survey for England* (HSE) (2013), suggeriscono che la prevalenza dell'obesità infantile

è aumentata costantemente tra il 1995 e il 2004 prima di stabilizzarsi tra il 2004 e il 2012¹⁵.

I recenti interventi e le forme di assistenza in materia di salute pubblica che mirano a ridurre l'obesità infantile si sono concentrati sulla famiglia – in precedenza il focus era portato il più delle volte solo sul bambino in sovrappeso. In tal senso, è stata riconosciuta una relazione fondamentale tra i modi di vita famigliari (quello che spesso viene chiamato “stile di vita” familiare) e l'obesità infantile. Tuttavia, è bene sottolinearlo, vi sono a disposizione poche evidenze empiriche che restituiscono un quadro omogeneo a proposito di tale relazione. I mondi della vita famigliare sono certamente coinvolti nella comprensione dello sviluppo dell'obesità infantile (Killoran *et al.* 2006), ma sono difficili da studiare in virtù della loro complessità e per i problemi connessi alla loro osservazione.

Alcuni studi hanno mostrato forti relazioni tra i BMI dei membri della famiglia (Abrevaya, Tang, 2011; Burke *et al.* 2001; Brown, Hole, Roberts, 2013; Brown, Roberts, 2013). Altri studi, invece, sostengono che tale correlazione è dovuta in gran parte a influenze genetiche (Silventoinen *et al.* 2009; Maes *et al.* 1997; Sorensen, Holst, Stunkard, 1992; Stunkard *et al.* 1990; Stunkard *et al.* 1986). Tra questi vi sono lavori che si fondano sull'esame di adozioni o di casi gemellari. Nei lavori che utilizzano tecniche statistiche più flessibili e complesse, si suggerisce che tale correlazione è almeno ugualmente dovuta a influenze non genetiche, come ad esempio le influenze sullo stile di vita o quelle comportamentali (Brown, Hole, Roberts 2013; Brown, Roberts, 2013; Davillas, Pudney, 2017; Rashad, 2006; Chou *et al.* 2004; Kaplan, Dietz, 1999; Segal, Allison, 2002, Grossman, Chou, Inas, 2006). Le correlazioni tra i coniugi – che hanno meno probabilità di essere il risultato di influenze genetiche rispetto alle correlazioni tra parenti di sangue – forniscono ulteriore supporto all'argomento (Brown *et al.* 2013; Abrevaya, Tang, 2011). Tuttavia, qui l'accoppiamento selettivo potrebbe svolgere un ruolo significativo (Silventoinen *et al.* 2003): infatti, la somiglianza di BMI tra i coniugi non è interamente attribuibile all'ambiente o allo stile di vita condiviso. Molte influenze che potrebbero condizionare la probabilità di obesità nei genitori e nei bambini sono considerate inosservabili (Brown *et al.* 2013). Alcuni studi mancano della capacità di identificare gli effetti dei fattori ambientali e, di conseguenza, tali effetti sono spesso sottovalutati, mentre si presume che la genetica sia l'influenza trainante (Segal, Allison, 2002). Lo studio di Abrevaya e Tang (2011) descrive in dettaglio l'endogeneità causata dalle variabili omesse quando si utilizza l'obesità di un membro della famiglia per prevederne un'altra. Nel tentativo di misurare ciò, i ricercatori hanno scoperto che l'educazione è una fonte di endogeneità; tuttavia, non potevano

¹⁵ Il riferimento è alla Health Survey for England. 2012 Trend Tables: *Child Trend Tables*. 2013. In: www.hscic.gov.uk/pubs/hse2012trend.

misurare l'endogeneità causata da caratteristiche non osservabili, cioè non disponibili nei loro dati. Detto in altri termini, potrebbero esserci variabili non osservate al di fuori dell'analisi che stanno influenzando la condizione di obesità di entrambi i membri della famiglia.

È stato dimostrato che l'obesità infantile è significativamente correlata con altri comportamenti osservabili, tra cui spiccano: le ore trascorse a guardare la televisione (Hancox, Poulton, 2006), le pratiche alimentari, l'esercizio fisico (Taylor *et al.* 2016; James *et al.* 2004) e l'allattamento (Gibson *et al.* 2017). Molti studi utilizzano tali comportamenti come variabili indipendenti per prevedere l'obesità infantile, ma è probabile che vi sia un'influenza endogena sottostante che influenza tutte queste caratteristiche osservabili. Nonostante vi siano diversi studi che dimostrano come gli interventi volti a migliorare la nutrizione o l'attività fisica dei bambini possano funzionare efficacemente, un numero relativamente ridotto di studi ha rilevato un effetto diretto e significativo di tali interventi sull'adiposità infantile (Summerbell *et al.* 2005). Poiché comunque si intuisce la rilevanza degli stili di vita familiare sull'obesità (Mirowsky, Ross 1998), si concorda sul fatto che gli interventi *family-based* piuttosto che quelli diretti ai soli bambini (Golan, Kaufman, Shahar 2006; Golan, Weizman 2001), andrebbero previsti con maggiore frequenza (Golan, Kaufman, Shahar 2006; Golan, Weizman 2001; Glenny, Sheldon 1997; Dietz, Gortmaker 2001), in particolare quando l'intervento tende a prevenire piuttosto che a trattare direttamente l'obesità infantile. Tali interventi possono anche essere più convenienti economicamente perché possono ridurre l'obesità in più membri della famiglia (Boutelle *et al.* 2011). Tuttavia, ciò non significa che tutti gli interventi *family-based* avranno successo, perché alcuni interventi di questo tipo, di fatto, non sono risultati migliori degli interventi focalizzati solo sui minori (de Bourdeaudhuij *et al.* 2015).

Come dimostrano gli studi degli ultimi vent'anni, l'obesità si presenta come una caratteristica molto "persistente"¹⁶. Tuttavia, in modo simile all'endogeneità sopra descritta, è difficile determinare se l'obesità "passata" (ad esempio, di un genitore) possa influenzare l'obesità attuale, o se un fattore sottostante e non osservabile persistente stia influenzando l'obesità in ogni momento. Ad esempio, lo stato socioeconomico (Shrewsbury, Wardle, 2008), la formazione dei genitori (Lamerz *et al.* 2005) e la presenza di genitori *single* (Chen, Escarce, 2010), sono fattori che mostrano influenze sulla condizione di obesità e, come tali, sono relativamente costanti nel tempo. Anche se non è chiaro quali meccanismi siano alla base di queste relazioni, interventi mirati possono essere efficaci nel ridurre l'obesità infantile (Gonzalez-Suarez *et al.* 2009), l'aumento di peso durante la gravidanza (Thangaratinam *et al.* 2012) e l'obesità negli adulti (Teixeira *et al.* 2015).

¹⁶ Si rilevano tali aspetti già in Reilly *et al.* 2003.

Dato che l'obesità infantile e altri esiti dello stile di vita familiare dovrebbero dipendere dalle stesse influenze sottostanti, sarebbe forse importante modellare questi risultati congiuntamente: nonostante ciò, la maggior parte degli studi operazionalizza queste variabili in modo indipendente (Mizutani *et al.* 2007; Francis, Lee, Birch, 2003). Ciò si dimostra meno utile quando si considerano le implicazioni delle *policies*, perché è possibile identificare solo come un intervento sullo stile di vita riesca a influenzare un singolo risultato. Altri studi hanno stimato congiuntamente una serie di esiti osservabili sullo stile di vita, tra cui la dieta, il consumo di alcol e le abitudini al fumo (Balía, Jones, 2008; Contoyannis, Jones, 2004). Ciò ha consentito di indagare i benefici dei potenziali interventi su una serie di *outcomes*, anche se non si è riusciti a identificare la causa sottostante della correlazione tra queste variabili.

Infine, vanno considerati gli studi sulle influenze genitoriali nella prima infanzia, in particolare durante la gravidanza (Gibson *et al.* 2017; Reilly *et al.* 2005; Ajslev *et al.* 2011; Toschke *et al.* 2002). Questi studi sono generalmente trasversali, perciò non consentono di studiare l'evoluzione dei comportamenti dello stile di vita. Le influenze nella prima infanzia, infatti, potrebbero continuare ad avere effetti duraturi, così come nuove influenze potrebbero emergere man mano che i bambini crescono e il loro ambiente cambia. L'inizio della scuola sembra uno "snodo centrale" in questa prospettiva. In base a ciò, viene incoraggiato l'uso di dinamiche più flessibili nella modellizzazione dello sviluppo durante l'infanzia, proprio perché i bambini sono soggetti a rapidi cambiamenti di cui tenere conto. La diffusione dell'obesità pediatrica porta certamente verso preoccupazioni di lungo periodo (Dietz, Gortmaker, 2001; Must, Strauss, 1999) anche relative all'aumento delle spese mediche (Finkelstein, Fiebelkorn, Wang, 2003).

In questa direzione, una migliore comprensione delle determinanti dell'obesità infantile permetterebbe di adattare interventi preventivi e personalizzati. In particolare, proprio il ruolo della famiglia è un campo di interesse in forte crescita (Golan, Weizman, 2001). Tuttavia, un'analisi di Kitzmann, Dalton e Buscemi (2008) mostra la scarsità di ricerche sulla correlazione tra i fattori famigliari e l'obesità infantile. Gli studi di fine XX secolo che hanno esaminato la relazione tra obesità e stato socioeconomico della famiglia hanno prodotto risultati incoerenti a seconda dei diversi gruppi di popolazione (cfr. Parsons *et al.* 1999; Sobal, Stunkard, 1989). Tra gli adulti, la condizione socioeconomica era uno dei correlati più coerenti, mentre per i bambini la relazione è meno chiara. Un folto numero di studi ha dimostrato che i bambini di famiglie con status socioeconomici bassi, presentano un rischio maggiore di sovrappeso e obesità (cfr. Danielzik *et al.* 2004; Gray *et al.* 2007; Hanson, Chen, 2007; Vieweg *et al.* 2007). Tuttavia, vi sono studi che non hanno confermato tale associazione (Power, Manor, Matthews, 2003; Jones, Nesheim, Habicht, 1985). Probabilmente, i risultati contrastanti

negli studi sulla condizione socioeconomica mostrano la presenza di cause nascoste e più prossimali sull'obesità infantile.

La ricerca su singoli indicatori rivela alcuni risultati interessanti. Nella maggior parte degli studi *population-based* e degli studi di campionamento trasversale, avere una madre in sovrappeso (Gibson *et al.* 2007; Hui *et al.* 2003; Langnäse, Mast, Müller, 2002), vivere in una famiglia monoparentale (Gibson *et al.* 2007; Hesketh *et al.* 2007) ed essere cresciuti in una condizione di basso reddito familiare (Gray *et al.* 2007; Langnäse, Mast, Müller 2002) sono fattori associati al sovrappeso e all'obesità infantile. Inoltre, tali correlati sono stati trovati anche come fattori di rischio longitudinali, come evidenziato dallo studio prospettico di Strauss e Knight (1999). Franzese e colleghi (1998) hanno scoperto che il 22% del loro gruppo obeso ha ricordato un evento di vita stressante all'insorgenza dell'obesità. La ricerca di Gibson e colleghi (2007) però non ha trovato alcuna relazione con l'adiposità infantile. Per alcuni studi, la psicopatologia materna era correlata allo stato di peso dei bambini (Epstein, Klein e Wisniewski, 1994; Epstein, Myers e Anderson, 1996; Favaro, Santonastaso 1995; Molinari, Compare 2006; Zipper, Vila, Dabbas 2001), mentre in una ricerca più recente non è stato possibile stabilire alcuna associazione con la depressione materna (Gibson *et al.* 2007).

Questi risultati non restituiscono un'immagine certamente uniforme, tuttavia i fattori sociali sfavorevoli spesso non si verificano isolatamente. Esaminare più indicatori dello stile di vita familiare, del vissuto della famiglia e la loro associazione con l'obesità infantile resta promettente, perché l'esposizione cumulativa a fattori famigliari "sfavorevoli" può influire negativamente sulla salute e sulla gestione dell'obesità infantile. Si noti però che i meccanismi specifici attraverso i quali le caratteristiche famigliari sono associate all'obesità infantile rimangono spesso "oscuri". È stato ipotizzato che i fattori famigliari e l'obesità infantile siano collegati indirettamente attraverso l'individuo e l'apporto dietetico condiviso dalla famiglia, così come evidenziato da Ruxton e Kirk (1996). In linea con i risultati precedenti – i quali sottolineavano l'importanza di esperienze genitoriali conflittuali (Abidin, Jenkins, McGaughey, 1992) – lo *stress* genitoriale viene interpretato come un importante moderatore. Anche lo studio di Moens e colleghi (2009) mostra che l'esperienza dello *stress* genitoriale può avere influenze dannose, se combinata con l'accumulo di fattori famigliari negativi.

In sintesi, le caratteristiche famigliari associate al sovrappeso sono ancora studiate in modo frammentario e richiedono un disegno di studio che esplori le influenze principali e le interazioni importanti delle caratteristiche dei conflitti del campo familiare.

2.5 I legami tra l'obesità infantile e gli stili di vita genitoriali

La letteratura offre diversi spunti su come i fattori genitoriali possono influire sull'obesità nei bambini (Sigmund *et al.* 2018; Patrick, Nicklas, 2005). Alcuni studi hanno individuato i genitori come un effetto diretto o indiretto (ad esempio, per quantità e qualità di cibo disponibile in casa, per il monitoraggio del consumo di cibo, ecc.) sulle abitudini alimentari dei loro figli e sulla successiva condizione di obesità (Birch *et al.* 2007; Rhee 2008). Dai genitori e dai pari i bambini apprendono come modellare le preferenze alimentari, l'assunzione di cibo e la curiosità di assumere nuovi alimenti¹⁷. La disponibilità e l'offerta di cibi sani sembra essere la chiave per superare l'avversione nei confronti di particolari alimenti (Gray, 2018). I tipi di cibo disponibili in casa e le preferenze alimentari dei membri della famiglia possono influenzare gli alimenti che i bambini mangiano (cfr. Halliday *et al.* 2014; De Sousa, 2009; Gibson *et al.* 2007). Inoltre, i pasti della famiglia possono influenzare il tipo di cibo consumato e la sua quantità. Anche le abitudini famigliari, sedentarie o fisicamente attive, influenzano il bambino (Anderson, Butcher, 2006). Per tali motivi una delle migliori strategie per ridurre l'obesità infantile sarebbe quella di educare le abitudini alimentari e di esercizio di tutta la famiglia (cfr. WHO, *Childhood overweight and obesity*; Kumar, Kelly, 2017; Broyles *et al.* 2015; Steele, Nelson, Jelalian, 2008)¹⁸.

¹⁷ Certe abitudini alimentari come evitare la prima colazione, fare spuntini frequenti e consumare cibo in modo incontrollato e compulsivo sono associate a una maggiore prevalenza di sovrappeso e obesità infantili. Si noti che chi non consuma la prima colazione più facilmente compenserà in modo parziale le calorie non assunte nei pasti successivi. La prima colazione è valutata anche come un attivatore del metabolismo energetico all'inizio della giornata, allungando così la metabolizzazione delle calorie, invece di attivarla solo durante il giorno. A tal proposito, le evidenze scientifiche sono limitate: alcuni studi di osservazione hanno mostrato una relazione tra il consumo della prima colazione e un peso corporeo più basso, benché i test medici randomizzati diano risultati non omogenei. Cfr. Casazza *et al.* (2015).

¹⁸ Le azioni di contrasto al sovrappeso e all'obesità infantile sono tra gli obiettivi prioritari nell'agenda sanitaria dei prossimi anni in Italia, così come in gran parte del mondo globalizzato. Gli studi di prevalenza realizzati in Italia negli ultimi anni hanno evidenziato il 21% di casi di sovrappeso e il 10% di obesità in bambini di scuola primaria. Al di là della elevata prevalenza e persistenza del fenomeno, a destare preoccupazione è soprattutto la presenza di complicanze fisiche e psicosociali già presenti nei bambini obesi, le quali tendono ad aggravarsi in età adulta. Per cui, la prevenzione e la cura dell'obesità in età pediatrica e delle sue complicanze rappresentano obiettivi strategici di fondamentale importanza, anche al fine di ridurre i costi che il Sistema Sanitario Nazionale dovrà sostenere per la cura e l'assistenza dei pazienti con patologie croniche associate all'obesità in età adulta. Negli ultimi dieci anni è stata condotta molta ricerca scientifica sulle comorbidità e sulla cura del bambino e dell'adolescente obeso e si è reso necessario per il sistema della salute poter contare su linee di intervento aggiornate in base alle nuove evidenze scientifiche. In questa direzione, la Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) e la Società Italiana di Pediatria (SIP), con la partecipazione dell'Area Pediatrica, hanno realizzato una seconda edizione della

Gli studi hanno dimostrato che avere una madre in sovrappeso e vivere in una famiglia monoparentale sono associati a sovrappeso e obesità infantile (Moens *et al.* 2009), dunque la struttura dei pasti si rivela essere molto importante: mangiare insieme in famiglia aumenta la probabilità di consumare cibi più sani, mentre mangiare fuori o guardare la TV nel momento in cui si mangia è generalmente associato a un maggiore apporto di grassi (Lissner *et al.* 2012; Feldman *et al.* 2007). I bambini, inoltre, sembrano trascorrere sempre più tempo in attività sedentarie che prevedono l'utilizzo di dispositivi elettronici (Biro, Wien 2010; Maziak, Ward, Stockton, 2008; Must, Parisi, 2009). Anche lo stile di alimentazione e la sua comunicazione ai figli è significativo. Negli studi che hanno esaminato l'influenza di quattro diversi stili genitoriali (autorevole, autoritario, permissivo e negligente), la genitorialità autoritaria era collegata ai più alti tassi di obesità infantile e la genitorialità autorevole era collegata ai tassi più bassi di obesità (Rhee *et al.* 2005; Berge, *et al.* 2010).

Una alimentazione “autorevole” e ben comunicata è associata a sentimenti positivi riguardo ai cibi sani, mentre ogni tentativo di vietare “cibo spazzatura” è associato all'aumento del desiderio di quel cibo (Birch, Fisher, 1998).

Vi sono evidenze empiriche secondo cui i genitori con cattive abitudini alimentari spesso hanno figli con cattive abitudini alimentari (Campbell *et al.* 2007). Alcuni studi sottolineano come lo stile genitoriale possa influenzare la quantità di monitoraggio effettivo che viene concesso alle abitudini alimentari del bambino, il tipo di scelta alimentare fornito al figlio e la frequenza con cui si incoraggiano i comportamenti positivi rispetto all'alimentazione e all'attività fisica (Hubbs-Tait *et al.* 2008). Inoltre, l'implementazione di stili genitoriali positivi aiuta i bambini in sovrappeso a perdere peso (Rhee, 2008).

Mentre vi è stata crescente attenzione sull'influenza degli stili genitoriali, non è accaduto altrettanto per l'analisi di come i genitori obesi interagiscono con i loro figli e se l'obesità influenza direttamente lo stile genitoriale (cfr. Zeller *et al.* 2008). La ricerca di Ball, Crawford e Kenardy (2004) esamina gli effetti dell'obesità degli adulti sulle relazioni interpersonali e sulla soddisfazione di vita. Il risultato mostra che le relazioni e la soddisfazione sul lavoro variano in base allo “stato del peso dell'individuo”. Tuttavia, mentre questi studi esaminano le relazioni interpersonali che le persone obese hanno con i loro amici e con i coniugi, la ricerca non mostra ancora come le abitudini alimentari e l'immagine del proprio corpo, possano influenzare la relazione di un genitore con i figli, il partner e gli altri membri della famiglia.

Consensus su Diagnosi, terapia e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente (2017), come aggiornamento della Consensus (2006).

Date tali prospettive, il nostro studio cerca di riflettere in modo “comprendivo” sulle relazioni tra genitori e figli in sovrappeso.

3. Stili di vita e relazioni familiari: il campo da esplorare

3.1 La famiglia tra *habitus* e campo

La logica della pratica del nutrire una famiglia implica soddisfare non solo ciò che è materiale, ma anche quegli aspetti simbolici del bisogno di cibo. Ovvero, la pratica di nutrire la famiglia implica il soddisfacimento di bisogni comuni, i quali includono comunità, solidarietà, senso di appartenenza, dignità, rispetto, autostima, onore, amicizia e amore. In particolare, in *La misère du monde*, Bourdieu si è rivolto alla famiglia come un campo di studio, perché essa svolge un ruolo chiave nel mantenimento dell'ordine sociale ed è un luogo primario dell'accumulazione e della trasmissione di diverse forme di capitale (Bourdieu, 2015; 1993).

Il volume e la composizione del capitale di un individuo orienta la sua posizione nei «campi» di azione sociale. «Campo» è il concetto chiave con cui riferirsi a una rete di relazioni sociali. Ogni campo è governato dalla propria logica, dalle proprie regole e regolamenti. L'evoluzione delle società tende a far emergere campi «autonomi e dotati di leggi proprie. [...]». Ogni campo, producendosi, produce una forma di interesse che, dal punto di vista di un altro campo, può sembrare disinteresse» (Bourdieu, 2009, p. 142)¹⁹. Gli agenti rispondono alle regole implicite che governano i campi in cui operano e spesso si impegnano in strategie e conflitti per accumulare capitale e mobilitarsi all'interno di questi spazi di *agency*. Sebbene vi sia una disparità nella valutazione dei capitali associati alle diverse culture di classe, il valore relativo di un capitale dipende anche dallo stato di avanzamento nel campo in cui quel capitale circola²⁰. Quindi, ciò varia da un campo all'altro. Secondo Bourdieu (1993) la famiglia funziona come un campo che contiene relazioni fisiche, economiche e simboliche: tali relazioni corrispondono alla forma e

¹⁹ Con questa metafora spaziale Bourdieu definisce la struttura degli ambiti entro cui si muovono gli agenti.

²⁰ Si noti fin da subito che nel *framework* portato dal *Cultural Turn* si tende, sociologicamente, a conferire una maggiore attenzione nei confronti delle questioni riguardanti la relazione tra stili di vita e comportamenti salutari guardando alla classe come oggetto indebolito dai cambiamenti socioeconomici legati al passaggio verso una società post-fordista. In altre parole, il *Cultural Turn* disarticola la posizionale visione dell'identità di classe, dei suoi comportamenti e dei suoi stili a favore di un trattamento maggiormente discorsivo, focalizzandosi sui codici culturali, sulle rappresentazioni e sulle categorizzazioni, considerate relativamente indipendenti dalla posizione sociale. In generale, le possibilità di utilizzare gli stili di vita come indicatori di classe e di stratificazione sociale o come indicatori di pratiche di consumo sembrano oggi più limitate. Si veda sul tema Devine *et al.* (2004); Evans (2017).

alla quantità di capitale che ogni membro della famiglia possiede. In questo senso, la famiglia è fondamentale per la formulazione dell'*habitus* e per la trasmissione del capitale, partecipando di conseguenza anche alla produzione e alla riproduzione delle disuguaglianze. In particolare, la famiglia svolge un ruolo chiave nel trasmettere il capitale culturale attraverso un'azione pedagogica (Johnson, 1993).

Nella definizione di Bourdieu, l'*habitus* si dà come un «sistema di disposizioni durature e trasmissibili, strutture strutturate predisposte a funzionare come strutture strutturanti, cioè in quanto principi generatori e organizzatori di pratiche e rappresentazioni» (Bourdieu, 2005, p. 84). L'*habitus*, integrando le esperienze passate, agisce influenzando le percezioni, le valutazioni, le condotte e, nello stesso tempo, rendendo possibile l'attuazione di una grande varietà di compiti, grazie ai *transfert* analogici di schemi che permettono di risolvere problemi dalla stessa struttura. Le strutture sociali, attraverso vari processi di socializzazione, vengono interiorizzate e diventano disposizioni, e le disposizioni conducono alle pratiche, le quali, a loro volta, riproducono le strutture sociali. Secondo Bourdieu, è in questo modo che l'*habitus* trascende la divisione fra oggettivismo e soggettivismo: esso è sia «strutturato» sia «strutturante», un prodotto oggettivo delle strutture sociali così come ciò che produce le pratiche che riproducono le strutture sociali (Bourdieu, 2005; 1977). Tale concetto è sostenuto in chiave anti-riduzionista perché l'*habitus*, come tale, non conduce automaticamente alle pratiche e, al contrario, si mostra nel suo essere flessibile, polisemico e politetico. Piuttosto che determinare esattamente le pratiche, esso agisce come *framework* delimitante all'interno del quale possono essere prodotte un gran numero di pratiche. L'*habitus* «è ciò che permette di produrre pratiche in numero infinito e relativamente imprevedibili [...] limitate tuttavia nella loro diversità» (Bourdieu, 2005, p. 88). È proprio questa flessibilità inventiva che permette al “portatore” di *habitus*, quando entra in uno specifico campo, di affrontare le varie esigenze che le “posizioni” impongono. Tuttavia, questo tipo di adattabilità politetica opera in modo dato per scontato, non riflessivo. In circostanze normali l'*habitus* funziona secondo una modalità che non presuppone né introspezione, né calcolo. In circostanze normali le disposizioni di un attore e le posizioni del campo conducono alle pratiche senza attivare strategie fondate razionalmente. Solo quando si verificano delle “crisi”, per esempio quando non c'è corrispondenza fra disposizioni e posizioni, entra in scena la strategia riflessiva e razionale. Quando le posizioni cambiano e le strategie si attardano, il portatore di *habitus* è obbligato ad abbandonare i suoi orientamenti dati per scontati e ad adottare modalità di azione più riflessive, basate sul calcolo (Bourdieu, Wacquant, 1992). Le disposizioni, ossia propensioni e inclinazioni, che danno forma all'*habitus* sono, difatti, acquisite e interiorizzate durante le esperienze quotidiane vissute nella famiglia, nel gruppo dei pari e a scuola. Esse sono “incorporate” e sedimentate nei singoli mediante

un graduale e complesso processo di socializzazione. In questo senso, l'*habitus* rimanda al livello del dato per scontato, a una dimensione altra e sottostante a quella della consapevolezza e dell'azione razionale e calcolata: in quanto amalgama di presente, passato e futuro, l'*habitus* orienta e predispone gli agenti sociali verso alcune scelte e direzioni, senza che esse siano strettamente determinate. Tuttavia, il dinamismo è interno alla stessa dinamica di attivazione, poiché le disposizioni sono sempre a uno stato potenziale, la cui concretizzazione dipende dalle circostanze interne allo spazio sociale.

Chiaramente, il suo utilizzo deve essere “accorto”, soprattutto all'interno di un *frame* qualitativo come il nostro. L'*habitus* è un modo di guardare ai dati che rende il “dato per scontato” problematico. Vale a dire, esso suggerisce tutto un insieme di questioni che sono necessariamente indirizzate verso la ricerca empirica: ad esempio, come si è adattato l'individuo al contesto in cui si trova? Come la storia personale plasma le sue risposte al mondo sociale contemporaneo? Quali vocazioni soggettive sono manifestate? Gli effetti strutturali sono visibili all'interno delle micro-interazioni quotidiane? Da questa prospettiva, l'*habitus* diviene uno strumento malleabile e dinamico per interrogare alcune dimensioni silenti delle pratiche quotidiane della famiglia.

Infatti, per Bourdieu le famiglie nucleari e le famiglie benestanti detengono la maggior parte del potere simbolico, perché sono naturalizzate in modo da essere viste come la norma universale. Invece, coloro che hanno il privilegio di avere una famiglia “normale” sono in grado di chiedere altrettanto senza dover sollevare la questione delle condizioni di accesso universale a ciò che chiedono universalmente – ad esempio un certo reddito, spazio abitativo e così via (Bourdieu, 1993). Ciò significa che gli stili di vita famigliari nucleari e benestanti possono essere spesso riconosciuti erroneamente come i più legittimi e tale forma di violenza simbolica è spesso attuata verso le famiglie più povere ed emarginate²¹. Perciò, la famiglia svolge un ruolo decisivo nel mantenimento dell'ordine sociale, attraverso la riproduzione sociale oltre che biologica, ovvero la riproduzione della struttura dello spazio sociale e delle relazioni sociali. Inoltre, lo Stato svolge un ruolo nella normalizzazione di alcune formazioni famigliari. Attraverso la politica e il discorso esso costituisce l'identità familiare come uno dei più potenti principi di percezione del mondo sociale e una delle unità sociali più «reali» (Bourdieu, *op. cit.*). Quindi, ciò che è simbolico si intreccia con le disuguaglianze materiali e possiede rilevanza sul ruolo degli stili di vita, dei corpi, dei

²¹ Si noti che la violenza simbolica «è quella forma di violenza che viene esercitata su un agente sociale con la sua complicità». Gli agenti sociali, in quanto sono «agenti di conoscenza, anche quando sono sottoposti a determinismi, contribuiscono a produrre l'efficacia di ciò che li determina, nella misura in cui strutturano ciò che li determina» (Bourdieu, Wacquant, 1992, p. 129).

modelli di consumo e delle famiglie nella produzione e nella riproduzione dell'ordine sociale.

Nel prossimo paragrafo esamineremo come i concetti Bourdieu possano essere ripresi per fornire un senso a una specifica relazione: quella tra posizione socioeconomica, salute e stili di vita (pratiche), in particolare guardando ai più giovani, nel campo sociale della famiglia.

3.2 *L'intreccio tra vissuti e socializzazione in famiglia*

Il rapporto tra le strutture sociali e i vissuti delle persone è biunivoco. Le une influiscono sulle altre e viceversa, in modo continuo. Parlare di intreccio relazionale tra sessi e generazioni ci conduce a porre al centro della nostra analisi quella realtà tanto complessa, quanto di esperienza quotidiana che è la famiglia.

Adottando questa angolazione per osservare, analizzare e comprendere il fenomeno del sovrappeso e dell'obesità in età infantile, ci porta ad assumere la famiglia come campo privilegiato di analisi. Il primo passaggio lo abbiamo focalizzato sul comprendere come, all'interno delle coppia, della relazione genitoriale e, quindi, delle relazioni famigliari, emergono, si strutturano e mutano le idee e le pratiche riferite al consumo di cibo, alla rappresentazione del corpo e come poi queste vanno a strutturare gli *habitus* che i soggetti agiscono all'"esterno" della famiglia, nella scuola e nei servizi a essi dedicati. Attraverso il concetto di campo, Bourdieu ci offre uno strumento chiaro, coerente e solido per concettualizzare la vita familiare, che fornisce una comprensione delle sue particolarità, la sua posizione all'interno di strutture di potere più ampie e il suo ruolo nella produzione di capitale sociale e, quindi, di capitale culturale. Parlare di famiglia *come* campo significa riferirsi a un sistema relativamente autonomo di relazioni tra agenti che sono, da un lato, uniti dall'interesse reciproco di un sistema di riconoscimento e da un insieme di assunti e pratiche dati per scontati rispetto al "ciò che si fa, o che è bene fare", dall'altro, si trovano in un sistema conflittuale e competitivo in cui ciascuno deve individuare la propria strategia utile all'ottenimento di quel riconoscimento.

Anche in questo campo gli agenti lottano ad armi impari, perché la posizione occupata all'interno del campo conferisce a ciascuno poteri diversi derivati dalla qualità e quantità di capitale detenuta da ciascuno. All'interno del campo famiglia, la lotta si struttura principalmente lungo due assi di potere: quello dei sessi e quello fra generazioni. Come suggerisce Atkinson (2014), la definizione di famiglia come campo ci permette di osservarla come un microcosmo che, condensando e mediando le influenze del macrocosmo sociale, acquisisce un ruolo primario e fondamentale nella costruzione e ricostruzione delle storie dei mondi di vita dei singoli soggetti, necessari per una

spiegazione sfumata/interpretata del perché le persone si comportano in un certo modo.

All'interno del campo i singoli soggetti attuano la loro personale lotta per il riconoscimento e lo fanno attraverso risorse che differiscono da soggetto a soggetto, sia per qualità, sia per quantità. Queste risorse, che possono essere economiche, culturali, sociali e denotano l'unicità di ciascuno nella loro dimensione simbolica, si generano e operano all'interno del campo specifico di riferimento. La somma di queste risorse va a costituire un vero e proprio capitale, mobilitabile dall'individuo all'interno del campo per ottenere riconoscimento e all'esterno per ottenere un posizionamento che dipenderà dalla classe sociale di appartenenza.

Il nostro sguardo analitico si rivolgerà inizialmente alle dinamiche relazionali interne alla famiglia, per poi volgere a osservare come la famiglia, attraverso rappresentazioni e pratiche, si relaziona al proprio esterno rispetto all'esposizione dei propri corpi, al consumo di cibo e alla gestione del peso.

Se è vero che ciascun microcosmo sociale si relaziona al macrocosmo attraverso una forma di omologia, cioè di somiglianza strutturale, sarà interessante vedere come la famiglia agisce i propri capitali nel contesto sociale esterno a essa. A questo proposito, la letteratura sociologica ci mostra un dibattito molto ricco, che vede scontrarsi fondamentalmente due posizioni opposte: da un lato, c'è chi argomenta che costrittivamente, proprio per le sue caratteristiche di campo, la famiglia non possa essere in grado di produrre risorse utili al contesto esterno, mentre, dall'altro, chi invece sostiene che proprio perché quello della famiglia è un campo caratterizzato da una rete di relazioni molto densa, che vede intrecciarsi sessi e generazioni legati tra loro da scambi basati su dono e reciprocità, è capace di generare al proprio interno una serie di risorse (fiducia, reciprocità, sostegno, ecc.) che i singoli trasmettono all'esterno. Si attiva così uno scambio tra interno ed esterno della famiglia che sarebbe interessante osservare a quali condizioni può mantenersi attivo, affinché sia il microcosmo famiglia, sia il macrocosmo "società" possano beneficiare l'uno della presenza dell'altro.

All'interno del campo famiglia si sviluppa la forma primaria di capitale sociale, quello che in letteratura viene definito il capitale sociale familiare (CSF) e che si riferisce alla capacità delle relazioni famigliari di generare legami affidabili e continui basati sui mezzi di scambio generalizzati simbolicamente del dono e della reciprocità. Tale proprietà *sui generis* è definita nei termini di: un legame strutturale, una referenza simbolica, un effetto reciprocità derivante dalla relazione stessa (Prandini, 2003). Questa capacità generativa della famiglia include l'insieme dei processi attraverso cui l'individuo, nel corso dello sviluppo, apprende ad interagire con gli altri, a costruire relazioni, legami stabili, mentre, parallelamente, acquisisce le norme, le regole, i simboli e gli strumenti propri della cultura e della società di appartenenza. Infatti, la famiglia è quella realtà che ha la funzione di

socializzare i nuovi nati alla realtà in cui sono approdati, compiendo quel passaggio da natura a cultura, da individuo a società.

Per le finalità di questo contributo ci interessa particolarmente proporre un focus sulla socializzazione, perché è attraverso di essa che i genitori trasmettono ai figli regole di convivenza quotidiana, la quali saranno poi trasferite in ambito sociale: pratiche riferite al cibo, orari, organizzazione del rapporto sonno-veglia, condivisione dei compiti, ecc. La socializzazione si configura sia come un prodotto, sia come un processo e riguarda informazioni non semplicemente riconducibili alle norme, ma piuttosto include aspetti affettivi che agiscono da sfondo alla trasmissione delle regole stesse (Corsano, 2007). Sono proprio questi processi che includono dimensioni strutturali e soggettive che ci interessa porre sotto i riflettori della nostra analisi, per evidenziare i meccanismi sociali riferiti alle pratiche alimentari e all'obesità infantile.

A questo proposito, riprendendo una distinzione tradizionalmente presente in letteratura, è possibile parlare di socializzazione primaria e secondaria. La socializzazione primaria riguarda la precocità con cui si verificano questi processi così come la loro imprescindibilità per la formazione dell'individuo e l'acquisizione di competenze sociali di base. Tra queste ricade l'alimentazione, le sue pratiche e i suoi significati (Schaffer, 1996). La socializzazione secondaria può essere considerata come quella processualità che accompagna il bambino dalle relazioni familiari del nucleo alla socialità del contesto a esso esterno. Si tratta della capacità del bambino di rapportarsi con figure adulte diverse dai familiari, con i pari, regolando autonomamente la propria azione rispetto agli altri (Winnicott, 1965). Allora possiamo immaginare di evidenziare una continuità tra il CSF interno e la socializzazione primaria e la socializzazione secondaria e il CS. Nonostante nell'osservazione la distinzione tra socializzazione primaria e secondaria non sia così rigida, può essere utile in questo percorso al fine di distinguere tra pratiche di alimentazione e significati del cibo maturati e trasmessi in famiglia, quindi grazie alla socializzazione di tipo primario, e pratiche e significati del cibo attuati dalla famiglia nei momenti di socialità e di condivisione con persone diverse da quelle del nucleo familiare. Osservare la socializzazione secondaria condurrà a comprendere come la famiglia mette in gioco i propri capitali nel contesto sociale esterno.

Il meccanismo che entra in gioco sia nella socializzazione primaria che in quella secondaria è quello della trasmissione. La trasmissione interna alla famiglia è da sempre immaginata in capo alle generazioni più anziane rispetto a quelle più giovani (Mannheim, 2008). Dal punto di vista sociologico, la generazione rappresenta quella relazione sociale che lega coloro che hanno la stessa collocazione nella discendenza familiare rispetto al modo in cui tale collocazione viene tratta dalla società attraverso le sfere che mediano tali relazioni all'interno e all'esterno della famiglia (Leccardi, Ruspini, 2006).

Questa definizione sociologica di generazione ci permette di studiarla come un costrutto che si basa sull'età storica biologica coniugata alle relazioni tra generanti-generati e alla questione connessa alla trasmissione di pratiche e risorse (asse sociale): si tratta del legame agito dentro e fuori la famiglia, ossia nella comunità.

Volgendo lo sguardo alle trasformazioni demografiche avvenute nel nostro Paese negli ultimi quattro decenni, possiamo affermare che se a livello macro l'invecchiamento della popolazione significa trasformazioni nella forza lavoro e una revisione del sistema di welfare (e non solo), a livello micro – cioè all'interno delle strutture familiari e della parentela – ciò comporta una modificazione della composizione delle reti e una conseguente ridefinizione dei rapporti e delle relazioni fra le generazioni che le popolano (Naldini, Saraceno, 2011). Questo fenomeno non può non avere delle ripercussioni sulla socializzazione primaria e secondaria, quindi, per il nostro lavoro, sulla trasmissione dei significati del cibo.

3.3 La famiglia come campo di trasmissione dei significati e dei valori del cibo

Se osserviamo la famiglia come campo possiamo concettualizzare la trasmissione intergenerazionale all'interno delle famiglie come la coltivazione di *habitus*. Essa implica tramandare atteggiamenti, valori e pratiche e un sistema di disposizioni acquisite dall'apprendimento implicito o esplicito che funziona come un sistema di schemi generativi, capace a sua volta di generare strategie (Bourdieu, 1993). Inoltre, le disposizioni si sviluppano molto presto nella vita delle persone, riproducendo la vita culturale (Bourdieu, 1973). In tal senso, guardando al ruolo delle esperienze sociali che gli individui maturano nel processo continuo di socializzazione e di partecipazione alla cultura, possono essere identificati due diverse funzioni dell'*habitus*. La prima riguarda la *struttura strutturata*, ovvero è storia incorporata o presenza del passato nel presente: l'esperienza passata si traduce in disposizioni percettive e comportamenti che funzionano sia nelle situazioni conosciute che in quelle del tutto nuove. La seconda riguarda la *struttura strutturante*, ovvero il principio generativo e la capacità creativa che permette al soggetto di attuare comportamenti di adattamento continuo, nel momento in cui ricostruisce un rapporto tra sé e il contesto, iniziando così un dialogo.

Dal momento che il cibo viene ingerito, è la «forma ultima» di consumo (Warde, 2016), un *medium* di trasmissione culturale. Il cibo e le pratiche alimentari sono circondati da rituali e da significati. Ciò significa che l'*habitus* relativo al cibo viene letteralmente incorporato nei corpi e chi mangia viene quindi incorporato in culture particolari (Fischler, 1988). All'interno delle

famiglie questo processo di incorporazione è un *medium* per riprodurre la famiglia stessa (DeVault, 1991). Per quanto riguarda le pratiche alimentari, nel momento in cui le persone transitano allo *status* di genitori possono cercare di orientare i bambini al fine di garantire che mangino in modi culturalmente appropriati, in relazione al tempo e al luogo (Elias, 2005). Come suggerisce Lupton (1994), la relazione tra genitore e figlio è anche caratterizzata da una «lotta» per il potere in relazione alle abitudini corporee del bambino (cfr. O'Connell, Brannen, 2014; Brannen, O'Connell, 2017). In alcuni casi, i genitori cercano di perpetuare le esperienze della loro infanzia e le pratiche dei loro genitori, mentre in altri possono sperare di fare le cose in modo diverso ed evitare di trasmettere comportamenti appresi ritenuti inadeguati o addirittura nocivi.

A tal proposito, nello studio di Knight e colleghi (2014) sul ruolo dei ricordi di infanzia e delle relazioni intergenerazionali nella trasmissione delle pratiche alimentari della famiglia, emerge che un terzo dei genitori intervistati ha descritto negativamente le esperienze infantili delle proprie pratiche alimentari. Tale evento conduce, in modo più o meno riflessivo, verso uno sforzo ad agire diversamente con le proprie famiglie. Il ricordo più comune di questi genitori si rende presente come una “costrizione” a mangiare un particolare alimento. Talvolta e in modo affatto causale affiora il desiderio di non imporre questa pratica ai propri figli.

Inoltre, le identità alimentari cambiano nel corso della vita, in relazione al contesto storico e in relazione alle generazioni più anziane che precedono. Ogni generazione cerca, seguendo percorsi diversi, di differenziarsi da un'altra e di lasciare il «proprio segno» riguardo a ciò che le è stato trasmesso (Bertaux, Bertaux-Wiame, 1997). In tale processo spesso si creano delle ambivalenze, perché una nuova generazione mostra la volontà, rispetto alla generazione dei loro genitori, di voler dare una vita migliore ai propri figli, o di allevarli in modo diverso (Brannen, 2015), anche creando nuove posizioni socioeconomiche, così come nuove disposizioni o abitudini che possano allontanare i genitori attuali dalla generazione più anziana²². In tal modo,

²² Il modello di regolazione dei rapporti fra padri e figli è durato circa duemila fino a quando l'avvento del welfare state ha assicurato i cittadini dalla “libertà dal bisogno” regolando in modo “nuovo” il bilanciamento tra il potere privato e quello pubblico. In questo modo la solidarietà intergenerazionale si è spostata dalla cerchia delimitata dalle mura domestiche (la famiglia) verso l'esterno della famiglia (lo Stato). Il declino dello Stato del benessere, la crisi finanziaria del 2008 e la perdurante situazione di difficoltà economica ha fatto sì che la solidarietà intergenerazionale all'interno della famiglia e nella sfera pubblica seguisse logiche opposte. Il flusso di beni che transita in famiglia dalla generazione più anziana verso quella più giovane è esattamente di segno opposto rispetto a ciò che avviene nel sistema di welfare vigente. Si verifica una sorta di “simmetria inversa” che provoca una sorta di schizofrenia per cui nell'arena pubblica è in atto uno scontro generazionale latente che esacerba le ambivalenze più sopra richiamate (per la prima volta le generazioni attuali sono condannate ad avere condizioni di vita peggiori di quelle dei loro padri); tra le mura domestiche gli scambi seguono

mentre la trasmissione culturale crea, riproduce e trasmette identità familiari, al contempo genera anche posizioni contro le quali le nuove generazioni reagiscono.

Il cibo è quindi un veicolo fondamentale per trasmettere il patrimonio e il significato culturale familiare, che spazia da un semplice pasto in famiglia, fino al pranzo del Ringraziamento o alla cena di Natale (Muir, Mason, 2012). Tuttavia, la trasmissione non è semplice, dal momento che l'*habitus* viene messo in atto in campi mutevoli. Anche quando i genitori cercano di riprodurre le proprie esperienze, lo fanno in condizioni storiche molto diverse da quelle della propria infanzia. Vale a dire, le pratiche alimentari non sono automaticamente trasmesse da una generazione all'altra, ma sono adattate, adottate, trasformate o generate *ex novo* nelle pratiche della vita di tutti i giorni (Forero, Smith, 2010). Oggi, la vita familiare è in genere organizzata attorno all'occupazione di entrambi i genitori e una conseguenza di ciò è che le madri hanno meno tempo da dedicare alla preparazione dei pasti (Wardle *et al.* 2007). Inoltre, oggi vi è una grande abbondanza di prodotti alimentari raffinati che risultano poco salutari, mentre al contempo coesistono un'enfasi sulla «scelta» del consumatore e un'enfasi contraddittoria sulla «moderazione individuale» (Guthman, DuPuis, 2006; Pirie, 2016). Nell'attuale clima di forte normatività riguardante la responsabilità genitoriale e cosa significa «mangiare bene» (Maher, Fraser, Wright, 2010), molti genitori esprimono la volontà che i loro figli mangino in modo «sano» e si conformino ai dettami delle attuali preoccupazioni in materia di salute personale.

La letteratura che riguarda il rapporto tra l'obesità infantile e la famiglia è in grado di mostrarci che la frequenza e la natura quotidiana dei pasti e delle altre «occasioni alimentari» possono offrire una fonte particolarmente potente di trasmissione intergenerazionale precoce di atteggiamenti e credenze alimentari (Billon *et al.* 2002). Il grado di controllo dei genitori esercitato sull'alimentazione dei bambini fornisce un potenziale meccanismo comportamentale attraverso il quale gli atteggiamenti e le credenze dei genitori vengono trasmessi ai bambini: ciò sembrerebbe confermare il consenso sul fatto che le abitudini dei genitori/della famiglia influenzano le successive abitudini alimentari dei figli una volta divenuti adulti.

Come abbiamo visto, alcuni tipi di comportamento alimentare sono associati a fattori sociodemografici. Ad esempio, uno stato socioeconomico più elevato è associato a pratiche dietetiche più restrittive e a un'attività fisica più vigorosa (Wardle *et al.* 2001). Vi sono inoltre evidenze del fatto che il comportamento relativo alla scelta, all'acquisizione e alla preparazione del cibo per la famiglia rimane, oggi, ancora principalmente nelle mani delle madri per una grande maggioranza di famiglie (cfr. McIntosh *et al.* 2010; Beshara

una traiettoria inversa: dalla generazione senior a quella junior fluiscono numerose e variegata risorse culturali e sociali e il cibo e l'alimentazione sembra ricadere tra queste.

et al. 2010; Barnett *et al.* 2008). Ciò potrebbe suggerire che i trasferimenti intergenerazionali di comportamenti e atteggiamenti alimentari sani possono limitarsi ai membri di sesso femminile delle famiglie (cfr. Jackson, 2009; Murcott, 1997; Wilk, 2010; Wills *et al.* 2011).

Se le credenze e i comportamenti alimentari si formano e si configurano principalmente nella prima infanzia e nell'adolescenza, mentre sono riprodotti culturalmente di generazione in generazione (Lupton, 1994), offrire e ricevere cibo è un ambito chiave nella vita familiare, in cui vengono giocate relazioni di ruolo e di potere capaci di orientare i significati del cibo e dell'alimentazione. Anche per questo motivo, gli studi sull'alimentazione dei bambini nelle famiglie si sono concentrati sul cibo come un «indice» delle relazioni generazionali (James, Curtis, Ellis, 2009), come un *medium* per negoziare significati (Cook, 2008), come un veicolo per «esprimere l'identità» (Valentine, 1999) e, infine, come una «arena» in cui mettere in atto «forme di resistenza» a particolari pratiche (Grieshaber, 1997). Tuttavia, in questo ambito vi sono meno ricerche sulle modalità attraverso le quali i genitori esercitano il loro ruolo e l'autorità genitoriale sui propri figli attraverso processi di trasmissione – consapevolmente o inconsapevolmente. Fischler (1986) nota che il controllo della dieta del bambino è comunque di vitale importanza. Infatti, non è in gioco solo la salute attuale della prole, ma tutta la sua evoluzione futura, tutta la sua futura persona. Per cui, un controllo sull'alimentazione significa un controllo del bambino volto a orientarne il suo sviluppo.

3.3.1 La trasmissione di cibo come trasmissione di memoria

All'interno del percorso che stiamo tracciando tra generazioni, trasmissione e alimentazione, vorremmo collocare il ruolo della memoria, perché il cibo, nel suo essere simbolo e significato, è in grado di suscitare, ri-convocarla e incarnarla (Sutton, 2001). Infatti, i ricordi alimentari talvolta si susseguono attorno a «esperienze corporee» che risalgono al passato (Narvaez, 2006)²³.

Nel cercare di rendere conto dei modi in cui modellano le pratiche alimentari dei loro figli, i genitori attingono a ricordi positivi relativi a

²³ Esperienze corporee, così come indagate da Narvaez, si muovono sulla scorta di Mauss e Halbwachs. Da un lato, quindi, il problema è all'interno delle «tecniche del corpo» di Mauss (2017), con cui si voleva valutare la variabilità e il significato dei gesti, delle posture, degli atteggiamenti nelle diverse epoche storiche e nei diversi contesti geografici e culturali. Dall'altro, con Halbwachs, è in gioco la memoria del singolo individuo come costantemente stimolata e influenzata dai rapporti che questo intrattiene con i membri della società in cui vive: «se esaminiamo un po' più da vicino i modi in cui ricordiamo, scopriremo che, molto probabilmente, il maggior numero di ricordi ci torneranno in mente allorquando i nostri parenti, amici o altri ce li ricorderanno» (1997, p. 1).

esperienze della propria infanzia e alle proprie culture familiari. Alcuni vogliono continuarle, desiderano che le loro famiglie mangino insieme nello stesso modo in cui ricordano di aver fatto da bambini. Altri attingono a ricordi negativi del cibo durante l'infanzia. Ovvero, il cibo evoca forti risposte emotive, tra cui risentimento, antipatia, repulsione fisica, sicurezza, amore e nostalgia (Lupton, 1994). In effetti, i ricordi delle esperienze passate sono esse stesse «forme di trasmissione» (Thompson, 1993). Questi possono avere conseguenze non intenzionali sia per gli individui interessati, sia per la generazione successiva.

In questa chiave, la ricerca ha dimostrato che i pasti in famiglia hanno in particolare una «funzione protettiva»

- verso uno scarso apporto dietetico (Neumark-Sztainer *et al.* 2003; Woodruff *et al.* 2008; Larson, 2007);
- in relazione agli esiti considerati come non-salutari legati al peso – ad esempio, l'aumento di peso eccessivo o comportamenti alimentari disordinati (Utter *et al.* 2008; Berge *et al.* 2012; Berge *et al.* 2015);
- in rapporto alla vita psico-sociale dei bambini, degli adolescenti e dei giovani adulti (Fulkerson *et al.* 2006; Fulkerson *et al.* 2007; Eisenberg *et al.* 2004).

Si può affermare che mangiare insieme produce benefici fisici, individuali e sociali, perché si tratta di un'opportunità quotidiana per un'alimentazione sana che innesca una «connessione attiva» tra i membri della famiglia (Berge *et al.* 2012; Flattum *et al.* 2015; Neumark-Sztainer *et al.* 2010). Dati e risultati esistenti, i quali suggeriscono fortemente che i pasti in famiglia possono servire a proteggere i giovani da una serie di esiti dannosi per la salute, la partecipazione ai pasti regolari in famiglia è fortemente raccomandata da diverse organizzazioni e associazioni. Di contro, nonostante i numerosi benefici per la salute e le molteplici comunicazioni diffuse dagli organi di salute pubblica che informano le famiglie dell'importanza di consumare insieme pasti regolari, molte famiglie non intraprendono tale pratica. I dati suggeriscono che la frequenza del consumo di pasti familiari è diminuita nel tempo, in particolare tra le famiglie a basso reddito (Walton *et al.* 2016; Neumark-Sztainer *et al.* 2013). Anche nel tentativo di orientare lo sviluppo di interventi volti ad aumentare il numero di famiglie che si impegnano in pasti familiari regolari, è importante esplorare i meccanismi che possono portare alla trasmissione intergenerazionale dei pasti familiari o verso cambiamenti nei modelli di pasto trasferibili tra le generazioni (Fulkerson *et al.* 2014). Alcuni studi hanno iniziato a esplorare i potenziali meccanismi attraverso i quali si trasmette la *routine* del consumare i pasti in famiglia tra le generazioni (Watts *et al.* 2017; Berge *et al.* 2018).

Fra questi, lo studio longitudinale di Watts e colleghi (2017), il quale utilizza i dati raccolti nell'ambito del progetto EAT (*Eating and Activity in*

Adolescents and Young Adults), ha fatto emergere che la frequenza dei pasti in famiglia – insieme all’idea che i pasti in famiglia fossero “attesi” durante l’adolescenza – è stata spesso associata alla frequenza dei pasti in famiglia durante la prima infanzia. Utilizzando lo stesso *pattern* di dati, Berge e colleghi (2018) hanno esaminato la trasmissione intergenerazionale dei pasti famigliari regolari dall’adolescenza alla genitorialità: i risultati indicano che i giovani genitori adulti che hanno riferito di consumare pasti regolari in famiglia, oppure che hanno iniziato da breve tempo a consumare pasti regolari con le famiglie attuali, hanno maggiormente riportato: *i*) che gli apporti alimentari sono più salutari, *ii*) che vengono messi in atto dei comportamenti *weight-related* e *iii*) che tali pratiche hanno effetti sociali e psicologici percepiti come positivi – soprattutto rispetto ai giovani adulti che hanno segnalato di non aver mai avuto pasti regolari in famiglia (in quella di origine e in quella attuale). Il ricordo di pasti famigliari frequenti durante l’infanzia per un genitore si associa solitamente a un maggior coinvolgimento nei pasti famigliari attuali, così come si associa al praticare una *routine* ben definita di pasti in famiglia, generando anche aspettative più “alte” verso i pasti famigliari (Friend *et al.* 2015).

Nel complesso, le ricerche realizzate con metodologia qualitativa che hanno esplorato la trasmissione intergenerazionale dei pasti famigliari hanno fatto emergere che le esperienze dei pasti durante l’infanzia dei genitori (siano queste buone e cattive) ha inciso notevolmente sulle loro scelte circa il “come” impegnarsi nei pasti con i propri figli. In diversi studi, un tema comune che emerge è che i genitori desiderano «migliorare» la propria «esperienza alimentare» al fine di migliorare la vita del proprio bambino (Trofholz *et al.* 2018).

Nel loro insieme, i risultati qualitativi e quantitativi, suggeriscono che l’esperienza di un genitore dei pasti in famiglia, riferita soprattutto al periodo dell’infanzia, ha un forte impatto sulle *routine* e sulle aspettative attuali dei pasti famigliari. In questa direzione, Loth e colleghi (2019) mostrano che chi ha “mantenuto” il *pattern* famigliare iniziale sono genitori che spesso associano ricordi positivi al consumo di pasti famigliari durante l’infanzia e l’adolescenza. Per molti genitori, questi ricordi positivi hanno avuto un ruolo attivo nella decisione di continuare con la tradizione dei pasti in famiglia con i propri figli. Al contrario, i genitori che non hanno mantenuto ciò che è stato inizialmente trasmesso hanno riferito di avere ricordi contrastanti delle loro esperienze di pasti famigliari. Alcuni partecipanti hanno descritto pasti occasionali e veloci consumati insieme alla famiglia di origine, mentre altri non avevano alcun forte ricordo di infanzia collegato al pasto in famiglia. Inoltre, lo studio dimostra che diverse famiglie che hanno un pasto famigliare non coerente rispetto ai *pattern* dei pasti famigliari tradizionali hanno spesso discusso del ruolo conflittuale svolto dal lavoro e dalla pianificazione

famigliare con il partner – conflitto che sembra incidere sull'impossibilità di consumare regolarmente pasti insieme.

3.4 Gli stili di vita “come” problema di salute

Gli stili di vita tendono a essere percepiti come salutari o non salutari a seconda dei tipi di pratiche adottate. Le pratiche che nella letteratura riguardo l'obesità – infantile e adulta – spesso vengono definite come *sane* o *non sane* sono soprattutto il consumo di cibo e l'esercizio fisico. La ricerca epidemiologica mette in relazione stili di vita non salutari con uno stato socioeconomico basso, mentre gli stili di vita sani sono messi in relazione con una maggiore aspettativa di vita e con uno stato socioeconomico elevato (Backett-Milburn *et al.* 2010). In risposta a tali risultati, oltre al crescente tasso di obesità tra i bambini in Occidente, la ricerca sociale e le agende politiche si sono sempre più preoccupate degli stili di vita dei giovani e dei bambini. Poiché la maggior parte degli adolescenti e dei bambini è oggetto di cura dei genitori, la ricerca sugli stili di vita si è focalizzata progressivamente sulla famiglia, interpretandola come luogo di produzione dello stile di vita.

In particolare, tra i gruppi socioeconomici più poveri, un'alimentazione sana per le famiglie con figli adolescenti e bambini è divenuta una preoccupazione anche per la cultura popolare. Ciò emerge largamente attraverso i programmi televisivi dedicati a tale tematica. Ora, ciò che conta è che la risposta a simili preoccupazioni spesso risiede nell'individualizzare tali problemi. Infatti, sono spesso tralasciate le questioni strutturali e culturali che limitano l'accesso delle persone con uno stato socioeconomico medio-basso a stili di vita sani, per suggerire invece che il cambiamento nello stile di vita può essere ottenuto “incoraggiando” gli individui a compiere, mediante volontà e impegno, scelte di stile di vita “giuste” e “corrette”, spesso affidate a un'improvvisata pedagogia della cucina o a un'educazione alimentare *sui generis* (cfr. Frye, Bruner, 2012; Monaghan, Colls, Evans, 2013).

Le pratiche sane vengono spesso semantizzate attraverso un codice morale: in particolare, si esprime chiaramente un giudizio su cosa sia una giusta pratica genitoriale e uno stile di vita salutare buono, mentre, al contempo, cosa non è né l'uno, né l'altro. Come osservano Hollows e Jones (2010), l'esperto di turno dello stile di vita culinario diviene una figura simile all'imprenditore morale, il quale sostiene che i singoli cittadini sono responsabili della cura di sé e, quindi, operano all'interno di un più ampio discorso di patologizzazione-medicalizzazione di un intero stato socioeconomico – in particolare, quello medio-basso, che nel nostro caso interessa direttamente l'obesità e il sovrappeso. Anche attraverso ciò che il sistema dei media comunica, così come attraverso istanze portate avanti dalle politiche sociali di diversi paesi, si è passati da una razionalità del welfare che individuava lo

stato come responsabile della cura dei cittadini, per focalizzarsi ora sulla responsabilità individuale e familiare come luogo in cui dovrebbe essere «regolata» la cura e la salute dei giovani cittadini in tutti i suoi aspetti (Featherstone, 2004).

In tale processo, il sistema dei media e il discorso politico hanno avuto la tendenza a patologizzare, tipizzare e marginalizzare le esperienze delle famiglie a basso reddito insieme alle esperienze dei genitori soli, normalizzando le possibilità morali delle famiglie bianche, della classe media, sposate ed eterosessuali (Quarmby, Dagkas, 2013). In casi specifici, essi hanno anche contribuito nel ricreare un pregiudizio di genere, in cui le madri, anziché i padri, sono considerate quali responsabili della cura e della salute della famiglia e dei bambini, generando un'individualizzazione della responsabilità (Maher *et al.* 2010).

Va notato, però, che mentre media e agenda politica hanno attirato utilmente l'attenzione sulle pratiche quotidiane e familiari, le quali incidono sulla salute, un approccio individualizzato sembra riprodurre le disuguaglianze sanitarie legate alla condizione socioeconomica, così come le eventuali disuguaglianze di genere.

In particolare, gli stessi studi scientifici in materia talvolta trascurano i processi culturali che incidono sulle pratiche dello stile di vita, per appoggiarsi piuttosto verso una specie di individualismo metodologico (cfr. Cockerham, 2013a). Ad esempio, vi è stata soltanto una minoranza di tali studi che si è focalizzata sui processi socioculturali alla base delle statistiche sull'alimentazione sana e sullo stato socioeconomico (Backett-Milburn *et al.* 2010).

Tuttavia, secondo Cockerham (2013a), vi è stata una recente appropriazione di approcci neo-strutturali anche da parte della sociologia medica, resa possibile 1) dal riconoscimento che le teorie *agency-oriented* hanno difficoltà notevoli nello spiegare adeguatamente i vincoli strutturali e 2) dalle tecniche statistiche che ora consentono un'analisi dell'impatto dei vari livelli della struttura sulla salute. In un tale contesto, un focus di ricerca sulla famiglia si inserisce anche nel panorama sociopolitico dell'obesità e dell'obesità infantile, insieme alle altre questioni relative allo stile di vita (Maher *et al.* 2010).

Per questi motivi, il *framework* offerto da Bourdieu ha spesso ottimi strumenti da offrire ai ricercatori sullo stile di vita che desiderano prendere in considerazione sia l'*agency*, sia l'impatto della struttura, ed evitare di individuare e patologizzare i problemi sociali (William, 1995; Cockerham, 2013a, 2013b; Huppatz, 2015). Ciò significherà anche rendere conto della particolari significatività del ruolo delle madri nelle pratiche dello stile di vita familiare, senza per questo riprodurre stereotipi di genere e disuguaglianze.

3.5 Stili di vita, salute e condizioni familiari

La prospettiva di Bourdieu offre certamente diversi strumenti da destinare allo studio del comportamento relativo alla salute e al rapporto tra salute, stili di vita e condizione socioeconomica. Se con Weber e Simmel interpretare lo stile di vita significa richiamare, necessariamente, modelli teorici caratterizzati da diverse forme della loro dipendenza dalla stratificazione sociale, il costruttivismo strutturalista²⁴ di Bourdieu favorisce sia il focus analitico delle interazione *face to face* nel riprodurre l'agire degli individui tra di loro, sia l'analisi dello stile di vita come prodotto degli *habitus* e con funzione di segno di una qualifica sociale (Bourdieu, 1983, p. 177):

L'habitus è infatti contemporaneamente principio generatore di pratiche oggettivamente classificabili e sistema di classificazione (*principium divisionis*) di queste pratiche. È proprio nel rapporto tra queste due capacità che definiscono l'*habitus* [...] che si costituisce l'immagine del mondo sociale, cioè lo spazio degli stili di vita (Bourdieu, *op. cit.*, p. 174).

Se gli stili di vita sono i prodotti sistematici degli *habitus* che, presi nei loro reciproci rapporti, diventano segni dotati di qualifica sociale, la relazione tra le condizioni socioeconomiche e *habitus* si pone come fondamento di quell'alchimia che trasforma la distribuzione del capitale, prodotto di un rapporto di forze, entro un sistema di differenze percepite, di caratteristiche distintive, ovvero in distribuzione di capitale simbolico. Dal momento che le condizioni sociali producono *habitus* diversi, questi risultano essere configurazioni sistematiche di proprietà particolari che si manifestano nei diversi *lifestyles*. In questo senso, gli stili di vita, nel loro essere modelli, regole pratiche e valori, sono orientati dagli *habitus*. Tuttavia, un elemento fondante l'analisi degli stili di vita dalla prospettiva che stiamo analizzando va ravvisata nelle due articolazione della sociologia delle pratiche sociali di Bourdieu (2005; 2003): ovvero, la prima è quella dell'individuo che riflette e discute delle proprie azioni, la seconda è quella in cui questo stesso individuo agisce come «preso dal fuoco dell'azione» per immediatezza, cioè seguendo una «logica che non è quella della logica» (Bourdieu, 2005, p. 140 ss.), cioè una *logica pratica* che è in qualche modo «acciuffata da quello di cui si tratta» (Bourdieu, *op. cit.*, p. 154).

Da questa prospettiva, Williams (1995) sostiene che i legami comunemente stabiliti tra l'educazione alla salute e le pratiche sane si siano rivelati troppo esili: per cui, gli strumenti offerti da Bourdieu offrono una comprensione della conservazione di determinati comportamenti legati alla salute per

²⁴ Con ciò si intende che vi sia una genesi sociale, da un lato, degli schemi di percezione, di pensiero e di azione che sono costitutivi dell'*habitus*, dall'altro, delle strutture sociali, in particolare dei campi (Bourdieu, 1987, p. 147).

le diverse condizioni socioeconomiche. Il punto di forza di tale approccio è che consente ai ricercatori di comprendere la durata della pratica classificata tenendo conto della struttura e dell'*agency*, nonché del conflitto per la distinzione nei comportamenti dello stile di vita e del potere della classe dominante sulle pratiche corporee delle altre. Le disuguaglianze di salute sono anche il risultato di conflitti per la distinzione. Quindi, attraverso il significato del concetto di *habitus*, per comprendere gli stili di vita, va considerato un aspetto fondamentale: è nella relazione tra *habitus* e capitale, situata all'interno dei contesti dei diversi campi sociali della società (la relazione tra posizione e disposizione), e la lotta per la distinzione sociale, che si costruiscono e si riorientano gli stili di vita. Pratiche e stili di vita possiedono diverse affinità²⁵. Infatti, entrambi sono i prodotti degli *habitus* che operano come sistemi di segni dotati di una qualifica sociale.

Nella nostra analisi sono in gioco fattori che vanno ben oltre l'economia, fattori che riposizionano i corpi, le loro rappresentazioni e i significati con cui vengono negoziati. Di recente, basandosi su Williams (1995), Cockerham (2013b, p. 131 e ss.) ha sostenuto che i fattori sociali non solo causano malattie, ma siano anche causa di salute, e uno dei meccanismi primari con cui la salute è socialmente prodotta o indebolita avviene attraverso gli stili di vita²⁶. Per cui, i paradigmi individualistici degli stili di vita salutari sembrano troppo ristretti per considerare le influenze strutturali sulle scelte di stile di vita della salute. Quando si guarda agli stili di vita, i quali tendono a raggrupparsi entro schemi particolari che possono riflettere differenze distinte per condizione socioeconomica, età, genere e altre variabili strutturali, va necessariamente considerato il contributo di Bourdieu, almeno nel momento in cui, attraverso esso, si può dar conto di come la struttura sia presente in ogni contesto sociale in cui viene esercitata l'*agency*. Vale a dire, con stile di vita

²⁵ Ad esempio, sui rapporti tra stili di vita e tempo libero, Bellah scrive che «uno stile di vita riunisce tutti coloro che si assomigliano socialmente, economicamente e culturalmente, e uno dei principali scopi è la gioia di stare con coloro che «condividono il proprio stesso stile di vita» (Bellah *et al.* 1996, p. 243; cfr. anche p. 335). Certamente da prospettive non omogenee, con Bellah, Dumazedier (1972; 1974), Sobel (1983; 1981) e Miles (2000) si apre una riflessione sui *loisirs* che porta l'attenzione alle sue modalità e ai suoi contenuti, componenti fondamentali dello stile di vita. Comunque, la prospettiva per cui non sia possibile derivare direttamente da una particolare attività i suoi significati è pienamente schiusa con Giddens: lo stile di vita è «un set di pratiche più o meno integrate che un individuo abbraccia non solo perché [...] soddisfano bisogni utilitaristici ma perché forniscono forma materiale a una particolare identità sociale» (1999, p. 81). Pertanto, uno stile di vita, pur coinvolgendo un insieme di abitudini e sensibilità, mantiene però una sua coerenza e unità tali da assicurare all'individuo il senso di «sicurezza» del sé, il suo «comporsi e ricomporsi» (Giddens, *op. cit.*, p. 106). Un attenuazione del rilievo giddensiano ai processi di autoconstruzione identitaria deriva, come ha evidenziato Castells (1997), dalla constatazione del contrasto tra la libertà del soggetto e i flussi globali di potere, di informazione e di importanza delle posizioni sociali e delle organizzazioni che strutturano le identità.

²⁶ Sul tema si veda anche Cockerham (2005) e (2010).

salutare (Cockerham, 2005; 2013a; 2013b) non si descrivono delle pratiche come comportamenti casuali di individui socialmente disconnessi: piuttosto, sono *routine* personali che si fondono in una forma aggregata caratteristica di gruppi specifici e di classi sociali in cui hanno origine. I comportamenti salutari si raggruppano in stili di vita distintivi basati sullo *status* socioeconomico, sull'età, sul genere, sulla razza e su altre variabili sociali. Questi *patterns* non sono involontari. Sono “riscossi” socialmente in un processo *top-down* di socializzazione ed esperienza che impone la consapevolezza della gamma di scelte disponibili per l'individuo e i protocolli socialmente determinati per la scelta (appropriati o inappropriati). Ovvero, le persone scelgono la loro pratica di stile di vita, ma in genere le loro scelte sono coerenti con le loro condizioni socioeconomiche e in conformità con altre variabili strutturali a loro applicabili. In tal senso, le strutture sociali canalizzano così gli stili di vita salutari su percorsi particolari rispetto ad altri che potrebbe essere scelti. Quindi, gli stili di vita salutari possono essere compresi come «schemi collettivi di comportamento relativi alla salute basati sulle scelte di opzioni disponibili per le persone in base alle loro *chances* di vita» (Cockerham, 2005, p. 55).

Sebbene le condizioni socioeconomiche sembrino avere l'influenza maggiore nell'orientare i comportamenti di salute, va necessariamente riconosciuto che vi sono una serie di altri importanti fattori sociali. Ad esempio, gli stili di vita salutari possono essere influenzati dall'età (Burdette *et al.* 2017; Jones *et al.* 2011; Lawrence *et al.* 2017; Mize, 2017; Mollborn, Lawrence, 2018; Mollborn *et al.* 2014), dal genere (Cockerham, 2005; 2013b; 2014; Flood, Moen, 2015), dalla razza (Cockerham *et al.* 2017), dalla religione (Hill *et al.* 2007) e dallo stato civile (Ross, Hill, Mirowsky, 2016).

Inoltre, anche se le pratiche di *lifestyle* salutare hanno un carattere binario generale (positivo o negativo), tali pratiche potrebbero non essere esclusivamente in un modo o nell'altro nel differenziare tra stili di vita. Possono anche essere una miscela o una combinazione di buone e cattive pratiche da parte di alcune persone (Burdette *et al.* 2017; Cockerham *et al.* 2017; Maller, 2015; Mollborn, Lawrence, 2018; Mollborn *et al.* 2014). È la somma totale della partecipazione in un particolare *set* di pratiche che sfocia in risultati salutari per individui o gruppi (Maller, 2015).

Blaxter (2003) propone che il concetto di capitale proposto da Bourdieu possa essere rielaborato per includere la sottocategoria «capitale salute». Nel 1990 Blaxter pubblica uno studio britannico su larga scala intitolato *Health and Lifestyles*, ma solo più tardi sviluppa tale estensione: il capitale salute viene visto come «valuta corporea (*bodily currency*) – forza, forma fisica, stato immunitario, tendenze ereditarie, scatti o arresti nello sviluppo, danni fisici e vulnerabilità» (Blaxter, 2003, p. 79). Lo studio paragona il capitale salute al capitale economico, in quanto può essere misurato, a volte impoverito o guadagnato in modi imprevedibili, ma per la maggior parte è distribuito

secondo un modello coerente che i ricercatori possono misurare. Abbiamo richiamato questo quadro concettuale perché la famiglia può contribuire alla perdita o al rafforzamento di questo capitale, così come può farlo l'istruzione e l'occupazione. Inoltre, le pratiche di *lifestyle*, come l'alimentazione e l'esercizio fisico, possono anche esaurire o migliorare questo capitale. Guardando alle condizioni e alle posizioni socioeconomiche, il capitale salute è distribuito in modo diseguale. Quindi, le determinanti del capitale salute sono specifiche della coorte e non interamente individuali: ma ciò che conta ora è che il concetto collega il *frame* temporale individuale con il movimento temporale della storia sociale e culturale. Per cui, il *capitale salute* diviene anche un dispositivo euristico volto a indirizzare la ricerca verso modalità in grado di affrontare la complessità dei modelli di salute legati alla condizione socioeconomica e, allo stesso tempo, per ancorare saldamente i modelli “nel” corpo. In questa sede, il concetto si rivela prezioso perché se, da un lato, riconosce il potere culturale, insieme al potere economico, i fatti sociali e fisici, dall'altro, coglie la significatività del tempo per comprendere le disuguaglianze negli *healthy lifestyles*.

3.6 La famiglia e gli stili di vita dei più giovani

Mentre con Williams, Cockerham e Blaxter si enfatizza la rilevanza di Bourdieu per comprendere la relazione tra la salute della classe sociale e gli stili di vita, una serie di studi recenti operativizza tale approccio per lo studio degli stili di vita dei più giovani. Tali studi usano metodi qualitativi e privilegiano il contesto della famiglia.

In un lavoro sul rapporto tra famiglia e alimentazione sana, Quarmby e Dagkas (2013) riflettono sulle pedagogie informali dei pasti. In linea con Bourdieu, la famiglia viene letta come un campo di pratica sociale e un luogo informale di apprendimento. La famiglia è un luogo in cui vengono riprodotte le conoscenze relative alla salute e che quindi può avere un impatto a lungo termine sulle pratiche alimentari sane dei bambini. Nello studio, Quarmby e Dagkas hanno rilevato che, in particolare per i giovani appartenenti a famiglie con due genitori, questi ultimi usano i pasti famigliari per aiutarli a identificare cibi sani e non sani e a rafforzare le credenze e le opinioni “natural” che operano nel campo familiare, in modo da orientare la pratica comune del consumo di cibo salubre (Quarmby, Dagkas, *op. cit.*). I genitori, in particolare le madri, possiedono in questo contesto una maggiore autorità pedagogica e trasmettono conoscenza ai bambini su pratiche e disposizioni sane. I bambini “assumono” tali conoscenze come proprie e questo processo può essere interpretato come il trasferimento di capitale culturale, in quanto è culturalmente prezioso e coerente con l'ortodossia sociale sui cibi buoni e cattivi. Tuttavia, Quarmby e Dagkas rilevano anche che la

struttura familiare e le variabili socioeconomiche a volte impediscono alle famiglie di mangiare insieme, limitando così la possibilità di pedagogie informali durante i pasti e la trasmissione del capitale culturale. Il cibo da asporto e i pranzi “al sacco” vengono inoltre utilizzati più frequentemente nelle famiglie monoparentali, perché sono più veloci da preparare: ciò, in seguito, sembra tradursi in giovani che esprimono un gusto orientato al *fast food*. Le famiglie miste, durante il periodo iniziale di transizione, hanno meno probabilità di sperimentare i pasti in famiglia come norma, fattore che altera lo stato attuale della famiglia campo, influenzandone identità e confini. Lo studio si conclude affermando che i pasti della famiglia sono fondamentali per la riproduzione di conoscenze e disposizioni alimentari sane, ma i fattori socioeconomici e la struttura familiare possono impedire il verificarsi di queste pratiche pedagogiche formali e informali.

Invece, Backett-Milburn e colleghi (2010) sviluppano uno studio qualitativo di comprensione delle pratiche dietetiche con 35 genitori della classe media (principalmente madri) di bambini di età compresa tra 13 e 14 anni, che vivono nella Scozia orientale. Lo studio sostiene che la condizione socioeconomica e l'*habitus* sono centrali per discutere circa i contesti familiari che promuovono diete sane e benessere fisico, ma i modi in cui le influenze socioculturali orientano le pratiche quotidiane e le *routine* famigliari che sono alla base della scelta del cibo, del gusto e dei comportamenti alimentari, vengono spesso lasciate senza esame. Nelle loro interviste, i ricercatori sollecitano i genitori nel fornire descrizioni circa le pratiche alimentari e salutari dei loro figli, così come dei tentativi di controllarne gusti e appetiti, o sui modi di gestire la crescente indipendenza dei figli. Lo studio mostra che le “discussioni” dei genitori riguardano tanto il modello di famiglia a cui aspirano uniformarsi, quanto ciò che si mangia in famiglia e il tipo di dieta seguito. Vale a dire, i genitori comunicano ideali di vita familiare della loro posizione sociale e spesso distinguono le loro pratiche da quelle che ritengono indesiderabili o maggiormente desiderabili. La maggior parte dei genitori riferisce di soddisfare gli ideali nutrizionali, mentre i pochi che ammettono (colpevolmente) di non incontrare ideale alcuno, dichiarano di voler rettificare la situazione e monitorare i propri figli – tale monitoraggio è interpretato come “coerente” con gli approcci della classe media all’educazione dei bambini. Spesso, i genitori di questo studio affermano di non fare uso di *fast food* o pasti pronti e che i pasti in famiglia sono cucinati interamente in casa. I pasti fatti in casa sono definiti come salutari ma anche come appropriati per “famiglie come la loro”: la maggior parte delle famiglie afferma di mangiare insieme (i pasti fatti in casa in famiglia possono essere solo legittimamente saltati per attività extracurricolari) e coloro che non stanno operando in tal modo dichiarano di voler intraprendere questa pratica. Quindi, i pasti della famiglia sono vissuti come un’opportunità per governare le dimensioni delle porzioni dei bambini, per monitorare l’assunzione di

verdure e per controllare la frequenza degli spuntini e il ricorso ad altri pasti durante la giornata. Questo tipo di regolazione parentale serve a garantire una pratica salutare, ma anche a coltivare il gusto stesso. Talvolta, è emerso che i genitori che apprezzano le diete cosmopolite, incoraggiando i loro figli a sviluppare i “gusti degli adulti”, i quali vanno ricondotti al processo di distinzione della classe media.

Per quanto riguarda il nostro studio, sarà importante notare come le pratiche alimentari dei genitori e dei più giovani, nei pasti famigliari, siano pratiche radicate anche in contesti passati, nella vita familiare attuale e nelle aspirazioni future della famiglia stessa. In tal senso, una componente fondamentale di ciò è l'*habitus* familiare, con cui definiamo quella logica della pratica che è alla base delle *routine* e dei comportamenti quotidiani.

Infatti, le ricerche mostrano che le scelte alimentari e le pratiche alimentari sono “in linea” con l’idea di una “buona genitorialità” (della classe media) e che il consumo di cibo familiare è parte integrante della distinzione socioeconomica. È importante sottolineare che i risultati dello studio sopra discusso sono abbastanza diversi da quelli di un precedente studio che coinvolgeva genitori con un retroterra socioeconomico più basso, in cui la nutrizione dei più giovani era in posizione nettamente inferiore nella gerarchia delle preoccupazioni genitoriali. Al contrario, i genitori della classe media sembrano avere gerarchie distintive in base alla quale la gestione della dieta dei propri figli è un atto che può divenire prioritario. Infatti, tale capacità della classe media serve anche a riprodurre il privilegio della classe stessa: le pratiche alimentari dei bambini della classe media sono quindi potenzialmente parte dei loro mondi pubblici previsti e attesi.

Guardando a un contesto estremamente diverso, il villaggio di Kwapa nelle zone rurali dell’Uganda, la ricerca etnografica di Meinert (2004) coinvolge le famiglie e i loro giovani rivelando che il concetto di capitale corporeo – un concetto che Wacquant (1995) ha proposto a complemento della formulazione di Bourdieu – e in misura minore quello di *habitus*, si rivelano altrettanto utili per spiegare le risorse e le strategie per la salute dei bambini nella ricerca di una “buona vita” e di una buona salute. I risultati di Meinert sono tratti da una serie di metodi di raccolta dei dati partecipativi, inclusi seminari di scrittura e di disegno con un gruppo di bambini in età scolare, oltre a interviste con 70 bambini e 27 delle loro madri (o padri), due volte a settimana per sette mesi, nonché un sondaggio socioeconomico con le loro famiglie. Tale studio è importante perché rivela come la salute e la ricchezza siano intrinsecamente connesse nel Kwapa: vale a dire, una buona salute sociale e corporea equivale alla “buona vita” e fornisce una distinzione sociale per questa comunità. Quindi, ciò è qualcosa a cui gli individui lavorano nella vita di tutti i giorni. L’istruzione è considerata una risorsa significativa per costruire stili di vita sani all’interno della casa, perché fornisce ai bambini le capacità comunicative per interagire con i funzionari istituzionali – come gli

operatori sanitari – e per comprendere le istruzioni mediche. In questo modo, l’istruzione è un capitale culturale a beneficio di tutta la famiglia. L’igiene personale, una dieta sana e un investimento nell’aspetto, sono anche percepiti come un modo per distinguere le famiglie e una modalità mediante la quale viene “offerta” una buona vita. Meinert propone che le forme locali di capitale relative alla salute e allo status includono: *unity*, una forma di capitale sociale che può essere sfruttata in malattia; *smartness* (in casa e nel corpo) una forma di capitale sociale capace di integrare elementi morali ed estetici; il *bodily capital* dei bambini, preoccupazione costante per le famiglie per cui sono previsti investimenti in esso (ad esempio attraverso diete sane) – investimenti che verranno recuperati sotto forma di altre risorse, come il lavoro e *unity*. Va notato però che alcuni elementi della teoria di Bourdieu non si applicano a questa cultura: ad esempio, il capitale non è il possesso dell’individuo. Piuttosto, esso viene percepito come incarnato nella casa anche dopo che l’individuo che accumula capitale non è più vivo. Mentre si considera l’*habitus* come utile per comprendere i principi generativi delle *health practices* e in particolare la relazione tra la famiglia di un individuo e la propria pratica, esso è in un certo senso «repressivo» rispetto all’*agency* dei bambini nel processo di socializzazione. Tuttavia, Meinert (2004) l’*habitus* cattura utilmente il modo in cui i bambini attingono a una molteplicità di risorse convertibili nel loro tentativo di conquistare una buona vita e una buona salute.

Infine, vorremmo richiamare lo studio di Macdonald *et al.* (2004) sui modi in cui l’attività fisica viene valutata e gestita all’interno delle famiglie. Nella loro ricerca con 12 famiglie di diverse strutture e appartenenti a condizioni socioeconomiche differenti, viene esplorata la relazione tra i modelli di attività fisica, i livelli di abilità (*skills*) e gli interessi ricreativi dei bambini, la posizione della loro famiglia, il reddito e l’impegno per l’attività fisica o altre responsabilità. La ricerca mette in evidenza il ruolo che i genitori possiedono nel far adottare ai bambini pratiche di sport organizzato e gioco fisico. In contesti famigliari diversi, i genitori sono consapevoli della retorica di uno stile di vita sano e dell’attività fisica di grande valore e, come tale, il coinvolgimento dei bambini negli sport organizzati è un compito gestito all’interno degli stili di vita delle famiglie. I genitori tentano di personalizzare le attività dei bambini in modo che siano in linea con gli interessi, i generi, le origini e gli interessi attuali dei loro figli. Ciò dimostra che i bambini sono attivi nella costruzione del loro stile di vita, ma anche che l’*habitus* intergenerazionale influenza le loro scelte in merito all’attività fisica. Tuttavia, i genitori fanno spesso sacrifici per assicurare che i bambini siano coinvolti in tali attività, anche sottoforma di una loro capacità nell’impegnarsi nell’esercizio fisico laddove vi sia una «mancanza di tempo», o accordi «complessi» in materia di assistenza all’infanzia, oppure dei costi poco sostenibili per le famiglie con basso status socioeconomico e monoparentali.

Tali aspetti, potenzialmente possono riprodurre esperienze “di classe” e incidere sulla comprensione di ciò che significa tempo libero.

In conclusione, guardando nel complesso allo studio di Macdonald e colleghi (2004), la prospettiva offerta con Bourdieu ci ricorda che la disposizione a impegnarsi in attività fisiche deriva da una complessa interazione di vari capitali – economico, sociale e culturale – che vanno a costituire una disposizione culturale della famiglia nei confronti dell’attività fisica.

Una delle premesse teoriche chiave del nostro studio è che le famiglie prese in esame, in particolare focalizzandoci sulla genitorialità in relazione alla gestione della cultura alimentare propria della famiglia e dei figli, condividono valori, bisogni e desideri comuni con altri membri della società. Vale a dire, non sono membri di una sottocultura deviante o di una non meglio qualificata sottoclasse con valori e pratiche particolari che li separano da tutto il resto.

Una seconda premessa fondamentale è che il cibo si trova all’intersezione degli aspetti biologici, materiali e simbolici della vita familiare. Il cibo è essenziale per la vita perché abbiamo bisogno della sua energia e dei suoi nutrienti come corpi, ma la natura della nostra socialità risiede nelle nostre pratiche e quindi la nostra capacità di sostenerci coinvolge molto più dei semplici nutrienti. Ciò che mangiamo è un segno di appartenenza, di *status* sociale e di valore spirituale. Mangiare lo stesso cibo degli altri è un segno fondamentale di appartenenza e di distinzione (Stone, 1988). Piuttosto, ciò che interessa è comprendere la logica della pratica alimentare di famiglie senza vincolarle ulteriormente alla condizione economica e sociale, per quanto possibile, e dimostrare che la logica della pratica alimentare, anche per queste famiglie, ha una sua propria razionalità, ed è un indicatore rilevante di un «pieno» di cultura, non di una mancanza, di un suo «vuoto».

Un aspetto centrale del dibattito sull’obesità infantile è il modo in cui i genitori sono investiti della discorsività pubblica sulla responsabilità genitoriale in materia di alimentazione e nello sviluppo dell’obesità infantile. Di fatto, i genitori subiscono le pressioni morali per fornire una buona alimentazione ai bambini (Murphy, 2000; 2003; Vander Schee, 2009). Tuttavia, l’obiettivo principale di queste “preoccupazioni” dell’agenda pubblica e sanitaria sono le madri (Robson, 2005). In particolare, le madri sono soggette al «discorso biologico-morale» (Murphy, 2003), che identifica le buone pratiche di alimentazione con la buona maternità, consentendo l’intrusione della sfera pubblica nella *privacy* della famiglia. Una buona maternità è quindi associata alla consapevolezza della salute, alla definizione e al mantenimento di regole e confini, nonché all’investimento di tempo nell’insegnamento delle buone abitudini alimentari (Kokkonen, 2009).

4. Cultura del cibo e relazioni famigliari: un campo di ricerca da esplorare

L'odierna modernità alimentare può condurre a una perdita della propria distintività e a un allontanamento dalle culture alimentari passate in virtù di una maggiore soddisfazione quotidiana del bisogno alimentare.

A ciò si aggiunge il fatto che, a partire dalla metà del secolo scorso, i gusti alimentari hanno iniziato a omogenizzarsi, si è ristretto lo spazio dei sapori e ciò anche grazie al diffondersi della grande distribuzione, capace di raggiungere capillarmente e con prezzi economici la maggior parte degli individui. In questa fase storica i piatti che rappresentavano il pasto tipo dell'italiano, da nord a sud del Paese, erano un numero ristretto e risentivano delle influenze delle abitudini alimentari «veloci» e «comode» che si erano sviluppate oltre oceano (Ritzer, 1997; 2020). Verso la fine degli anni Novanta, questa tendenza ha iniziato a essere contrastata da una cultura alimentare volta a recuperare i piatti semplici della tradizione dei diversi territori. A questo si è affiancato lo sviluppo e la progressiva diffusione del cibo sostenibile, biologico e “lento”, che per lungo tempo è stato ad appannaggio di gruppi e sub-culture elitarie, le quali hanno spesso unito una specifica pratica alimentare a istanze sociali legate alla ecologia, alla sostenibilità e alla difesa dei diritti umani a diverse latitudini.

Tali tendenze connesse al cibo sono tutt'oggi presenti e si articolano tra loro attraverso differenti modalità – talvolta contrastanti – connettendosi a idee, pratiche, capitali sociali, culturali ed economici che presentano caratteristiche fra loro molto diverse, a seconda dei nuclei famigliari che vengono osservati. Inoltre, crediamo che l'elemento che è stato inserito nel dibattito pubblico e nell'immaginario collettivo negli ultimi due decenni del secolo scorso, legato al cibo come elemento di “rischio” per la salute, così come la medicalizzazione dei corpi, abbia contribuito a far emergere semantiche articolate riferite all'alimentazione.

All'interno del nostro disegno della ricerca e nello specifico nella costruzione dello strumento di rilevazione, abbiamo ritenuto che i significati del cibo e dell'alimentazione andassero esplorati, all'interno della coppia, in apertura d'intervista, perché pensiamo che questi siano alla base delle decisioni e delle pratiche alimentari che si attuano all'interno della famiglia.

Dopo la raccolta dei dati socioanagrafici di ciascun intervistato, abbiamo chiesto alla coppia di indicarci quale significato possiede per loro il cibo e, a seguire, di indicarci 5 parole chiave da associare ad aspetti “positivi” legati al cibo e 5 parole chiave riferite ai suoi aspetti “negativi”.

L'analisi delle interviste ci permette di evidenziare che queste prime risposte sono state fornite in modo individuale da ciascun genitore, mentre non sono emersi significati del cibo del tutto condivisi dalla coppia. Le risposte si articolano lungo l'asse di genere. Infatti, abbiamo osservato che le donne

attribuiscono al cibo significati legati al piacere, ai quali affiancano immediatamente significati connessi a emozioni negative, sensi di colpa e difficoltà nella gestione del proprio peso e del peso dei/delle figli/e. In tal senso, il cibo sembra rappresentare una realtà quotidiana controversa e intrisa di ambivalenze, in grado di mostrare i chiaroscuri affettivi, emotivi e pratici di donne madri che si vivono continuamente oscillanti e sospese tra una pluralità di ruoli e responsabilità.

Gli uomini attribuiscono al cibo fondamentalmente due tipologie di significati: la prima riguarda il soddisfacimento di un bisogno primario (il nutrimento); la seconda riguarda il piacere, in particolare nella possibilità di godere dei frutti del proprio lavoro. I pasti serali e quelli del fine settimana (soprattutto il pranzo domenicale) sono descritti come momenti «liberatori», di «appagamento» personale, spesso condivisi con la compagnia di amici e parenti: tutti elementi che sembrano compensare e giustificare la fatica vissuta sul lavoro. Il «buon cibo» viene associato alla famiglia e agli amici. Quando esso acquisisce un significato positivo, da un lato, viene contrapposto al mondo del lavoro, mentre, dall'altro, fornisce una giustificazione alla «fatica» che si prova rispetto a esso, nel guadagnarlo e nel «portarlo in tavola».

Alcuni padri “denunciano” frequentemente il fatto di essere «fuori forma fisica». Alcuni si definiscono in sovrappeso a causa dell'età, mentre altri ritengono di potersi «abbandonare» a pasti abbondanti, perché comunque compensano bruciando calorie attraverso l'intensa attività fisica quotidiana che richiede la loro professione.

Queste posizioni si differenziano da quelle espresse dalle mogli intervistate, perché in caso di sovrappeso i padri non sembrano porsi, in modo manifesto, problemi di estetica del corpo o di un'eventuale non accettazione di esso da parte degli altri, *in primis* dai famigliari stessi. Dall'altra parte, i padri che desiderano fare attività fisica per «mantenersi in forma» riescono «a trovare il tempo», diversamente dalle mamme. Queste lamentano diverse difficoltà nel ricavarci uno «spazio per sé», in quanto sono «schiacciate» tra l'attività lavorativa e i compiti di cura. Inoltre, le madri collegano immediatamente le domande riferite ai significati del cibo alla condizione fisica di sovrappeso del figlio (seguito dal servizio GET). Ciò non accade con i padri. In questa direzione, le madri vedono nel figlio in sovrappeso l'elemento tangibile del proprio senso di colpa, riferito all'incapacità di alimentare il figlio in modo corretto. Le madri si (auto)accusano di frequente di «non riuscire» a trasmettere abitudini alimentari «salutari» ai propri figli, rappresentandosi talvolta come agenti attive nella riproduzione di culture «malsane» o poco salubri. Ciò si scontra con la naturale propensione della madre a nutrire la prole e, di conseguenza, il piacere legato al cibo e agli aspetti conviviali a cui spesso è associato si tinge di inevitabili ambivalenze. A questo proposito, alcune madri raccontano di consumare cibo «piacevole» ma poco sano «di nascosto» dai propri figli e famigliari. Ci sono anche alcune mamme che,

dopo aver acquistato alcuni cibi (merendine, biscotti, cibi pronti, ecc.), si premurano di nasconderli, affinché i figli non li trovino. Tale pratica viene indicata come una specie di strumento pedagogico (il figlio «non vede il cibo vietato») come rinforzo a comportamenti positivi (il cibo nascosto viene condiviso in caso di «comportamento buono»), oppure come soluzione «veloce» nei momenti di scarsità di tempo.

Ai genitori è stato chiesto chi avesse trasferito loro il significato riferito al cibo che ci stavano raccontando. Questo passaggio è stato inserito nell'intervista per esplorare la dimensione della trasmissione e della memoria, ipotizzando che questa si strutturasse lungo l'asse generazionale.

Anche in questo caso, le risposte dei due genitori hanno riguardato le proprie esperienze individuali, perché tutti hanno attinto dalla memoria della propria infanzia. Rispetto a quest'area di indagine non si sono riscontrate differenze legate alla variabile di genere.

Gli intervistati raccontano di aver costruito i propri significati riferiti al cibo grazie alle loro famiglie d'origine. I nonni dei bambini seguiti dal GET appartengono alla generazione dei *baby boomers*, generazione che ha beneficiato a pieno dello sviluppo economico (e non solo) dell'immediato secondo dopoguerra. Si tratta di una generazione che, pur essendo cresciuta in un periodo di ricostruzione e rilancio del Paese, ha conosciuto, con differenze a seconda dei territori della penisola, la fatica e i sacrifici derivanti dal doversi impegnare in prima persona nella progettualità riferita a un proprio percorso professionale e familiare. Si è trattato di una generazione che, con prospettive di un futuro florido davanti a sé, ha conosciuto le difficoltà economico-lavorative e che tuttavia ha potuto fare affidamento su un sistema sociale strutturato, così come sulla forza di una rete familiare ancora ampia, caratterizzata dalla compresenza di più membri di una stessa generazione e da una forte solidarietà.

Questa generazione ha trasmesso significati del cibo legati al piacere, alla convivialità, all'opportunità di «poter essere in tanti» (famigliari e amici) attorno a un tavolo imbandito, per godere, anche attraverso il cibo, della ricchezza che si stava creando e del benessere di cui progressivamente si disponeva. L'immagine che i genitori restituiscono è quella di una rete familiare ampia e con ruoli di genere piuttosto strutturati secondo una visione «tradizionale». Infatti, nei racconti degli intervistati, la madre, insieme alle zie e alle nonne, era la responsabile della preparazione dei pasti, mentre il padre era colui che, rientrando dal lavoro, desiderava che la famiglia fosse radunata attorno alla tavola in determinati orari e che godeva di tale pratica.

Nei racconti emergono descrizioni di cibi fortemente legati alle tradizioni culturali dei diversi territori regionali e in particolare alla cultura contadina. I piatti che vengono evocati appartengono a diverse zone del Paese, poiché tra gli intervistati sono presenti ragazzi/e che hanno intravisto nel trasferimento nelle regioni del Nord del Paese maggiori opportunità legate al proprio

percorso formativo e professionale. In questi casi, il racconto dei cibi della propria infanzia evoca negli intervistati e nelle intervistate ricordi che sembrano essere «più lontani» di altri, perché racchiudono profumi, sapori e abitudini che ricordano non soltanto l'infanzia, ma anche persone e abitudini geograficamente distanti, con le quali è possibile ricongiungersi soltanto in alcuni «eccezionali» momenti dell'anno.

Diversamente, le coppie di origine reggiana ricollegano i piatti, i sapori e i volti della loro infanzia a ciò che (ri)vivono la domenica, tornando a pranzo dai genitori che cucinano piatti della tradizione emiliana. Nei racconti delle mamme e dei papà il cibo dell'infanzia è sempre accompagnato da ricordi positivi e spensierati, senza alcun riferimento al problema del cibo come *rischio* per la salute o come elemento di *esclusione* o emarginazione. Il ricordo del cibo dell'infanzia è quello di un cibo che «rende felici», che unisce e che facilita la condivisione e la solidarietà all'interno della rete familiare e amicale.

Come abbiamo fatto emergere in precedenza, all'interno di questa generazione – definita *generazione X* – il racconto del cibo e delle abitudini alimentari dei genitori acquisisce un significato diverso: il piacere del cibo e la sua dimensione vitale vengono scalfiti dai sensi di colpa e dalla consapevolezza dei rischi per la salute che il cibo può comportare. Tuttavia, a cosa è possibile attribuire questo passaggio che è avvenuto nel breve spazio di una generazione, che sembra essere per alcuni aspetti epocale e che osserviamo compresente accanto agli altri significati del cibo all'interno delle famiglie?

Il passaggio «epocale» è avvenuto nel nostro contesto culturale in cui una nuova organizzazione sociale ha imposto nuove forme e nuovi tempi a diverse pratiche del vivere insieme. Per quello che ci preme analizzare in questo spazio ci basti ricordare la diffusione del cibo industrializzato e a prezzi molto economici, alla portata di tutti, il cibo *prêt a manger*, come ci ricorda l'insegna di una catena di *fast food* che troviamo in diversi angoli del pianeta. Cibo veloce, semplice e facile da consumare in qualsiasi luogo, slegato dai suoi spazi di crescita, produzione e consumo, che fino alla generazione precedente erano chiaramente identificabili e fisicamente vicini all'esperienza della vita quotidiana di ciascuno. Ne deriva un cibo dai sapori decisi, con una prevalenza del dolce, molto omologati e rintracciabili a tutte le latitudini.

In più punti dell'intervista i genitori affermano con vigore, anche quando la domanda verte su aspetti diversi, di conoscere le indicazioni riferite alla «buona alimentazione», allo stile di vita salutare e sostenibile, di sapere quali sono i bisogni alimentari di un bambino in crescita, ma che gran parte di queste «buone norme» non sono rispettabili e «compatibili» con i tempi della vita quotidiana contemporanea.

A questo punto riemerge la differenza di genere. Infatti, sono le mamme che, una volta introdotta le domande riferite alle *routine* famigliari, all'organizzazione dei pasti, ecc., si sentono in dovere di rispondere giustificandosi rispetto a ciò che «non riescono a fare».

Le responsabilità lavorative e famigliari gravitano sulle spalle delle madri che si descrivono come «funambole» che, con sforzi talvolta sovraumani, provano a mantenere in equilibrio ruoli ed esigenze non sempre conciliabili. Tutte le madri avvertono la mancanza di tempo sufficiente per dedicarsi alla preparazione di «pasti sani». Ciò sembra richiamare l'idea che il cibo sano, nutriente e non nocivo per la salute, è un cibo lento, poco elaborato, che viene procurato direttamente dai produttori, preparato e lavorato in casa grazie all'impegno personale delle «proprie mani» così come a una grande disponibilità di tempo: «è fatto in casa da me!».

Per queste ragioni, nelle dichiarazioni dei genitori intervistati, si fatica a trovare spazio per il cibo sano. In alcuni casi, le famiglie che hanno la «fortuna» (così la definiscono) di abitare vicino ai nonni possono beneficiare della preparazione dei pasti da parte delle nonne, che però, a detta dei genitori, «viziano i bambini» in quanto cucinano cibo della tradizione in abbondanza, all'interno di un clima giocoso e affettuoso che tiene in scarsa considerazione le norme alimentari salutari.

La pratica della preparazione del cibo e il consumo di pasti attiva una serie di cortocircuiti tra ruoli e compiti, così come tra una cultura del cibo salutare e una cultura del cibo tradizionale, che non sembra essere più sostenibile. Tuttavia, non sembrano però aprirsi davanti agli occhi delle madri intervistate diversi sentieri percorribili, in quanto le madri si trovano in una *empasse* che non riescono a superare: cibo buono e salutare sacrificando il proprio impiego oppure cibo veloce e confezionato ma mantenendo il proprio lavoro?

Il focus è tutto sulle madri perché l'idea è quella secondo cui il nutrimento, il cibo e il cucinare sono femmina, nonostante siano tutti sostantivi maschili. Un papà ha esplicitamente dichiarato: «cucinare significa fare la madre».

L'*empasse* delle donne madri sembra rafforzarsi nel momento in cui esse vivono in un contesto culturale in cui le aspettative proiettate su di loro sono molteplici e scarsamente negoziabili.

Man mano che l'analisi dei dati si sviluppa, si tratteggia l'immagine di una famiglia nucleare, a doppio reddito, con una divisione dei ruoli di genere che in letteratura viene definita «tradizionale». La presenza dell'uomo padre sul mercato del lavoro è concepita come segno di responsabilità: si tratta del maschio che procaccia risorse per poter dare da mangiare ai propri famigliari. La donna madre viene vista *in primis* come responsabile della cura e dell'accudimento di tutti i membri della famiglia, così come della cura della casa. Questi compiti sono primari e fondamentali per il ruolo di madre. A questi, per senso di responsabilità e in un'ottica di cura, si può affiancare il lavoro retribuito, che però in molti casi assume, sia dal punto di vista della mansione, sia dell'orario, modalità che devono conciliarsi con i ruoli primari

famigliari, con la convinzione che se il lavoro non fosse conciliabile lo si potrebbe lasciare.

5. I pasti in famiglia. Tra difese di ritualità, tradizioni e (difficili) innovazioni

Nella tradizione culturale italiana il pasto è concepito come un rito quotidiano, capace di tracciare i confini tra il *dentro* e il *fuori* della famiglia, così come quelli tra il *condiviso* e il *non condiviso*, tra il *privato* e il *pubblico*. Tale pratica organizza la famiglia riunendo regolarmente i suoi membri (e tutti coloro che la famiglia decide di includere) e contribuendo al loro benessere fisico, morale e sociale. Se da un punto di vista emotivo e relazionale il pasto in famiglia ha sempre fornito un ritmo e una struttura prevedibile alla giornata, rendendola più rassicurante e condivisa, da un punto di vista fisiologico rappresenta un modo per gestire le esigenze nutrizionali di tutti i membri (bambini e adulti). Tuttavia, la misura in cui ha successo dipende da un gran numero di fattori: la possibilità di accedere ad alimenti convenienti, nutrienti e sani, le conoscenze nutrizionali e la capacità di acquisto, così come le capacità di programmazione e organizzazione legate alla preparazione degli alimenti (pianificazione).

Se poniamo l'attenzione sui significati e sulle pratiche che ruotano attorno all'alimentazione rispetto all'infanzia, nelle parole degli intervistati l'immagine del «tavolo» che richiama «tutti attorno a sé» ritorna spesso come luogo fondamentale per la socializzazione dei bambini. Il pasto in famiglia è lo scenario primo e privilegiato per la loro introduzione alle regole e alle norme del comportamento «accettato», ma anche dei valori e delle aspettative familiari. Per i più piccoli e i bambini in età prescolare, la pratica dello «stare a tavola» insegna ciò che viene considerato cibo «culturalmente accettabile» e, a un livello più elementare, ciò che è considerato *cibo* e *non cibo*. Dal punto di vista nutrizionale, i pasti in famiglia offrono spesso l'opportunità per socializzare i bambini a modelli di comportamento alimentare sano, a nuovi gusti e al rispetto dell'appetito come guida alla sazietà. Tuttavia, non va dimenticato che i meccanismi che permettono una socializzazione alle pratiche alimentari sane sono gli stessi che possono innescare pratiche alimentari malsane, tanto nella loro *routinizzazione* quanto nel loro consolidamento. Durante i pasti in famiglia, i genitori sanno «dove sono» i loro figli, possono valutare i loro umori e le loro esigenze, scoprire problemi e aiutare a risolverli. Come abbiamo menzionato, la ricerca ha anche suggerito che il pasto in famiglia ha un «effetto protettivo». Ovvero, bambini e adolescenti che mangiano più frequentemente con la famiglia possono consumare diete di «qualità» migliore e hanno meno probabilità di essere in sovrappeso, hanno meno problemi emotivi, hanno migliori risultati scolastici e hanno

minori probabilità di adottare comportamenti rischiosi. Tuttavia, va considerato che “l’effetto protettivo”, come vedremo nei prossimi paragrafi, è talvolta ambivalente quando parliamo del pasto in famiglia in riferimento a bambini con problemi di sovrappeso e obesità. Se, da un lato, è difficile isolare i pasti della famiglia da altre “influenze” famigliari, dall’altro, “l’effetto protettivo” può agire anche in riferimento a cibi non salubri e *junk food*, proteggendo pertanto le cattive abitudini a tavola. Questo ci ricorda come sia molto complesso scindere le componenti emotive da quelle pratiche, soprattutto considerando il nesso tra cibo, famiglia e salute.

La comparsa di un pasto sul tavolo della famiglia rappresenta il risultato di attività lunghe e specializzate, che coinvolgono sia il processo decisionale (costellato da molte negoziazioni), sia il lavoro fisico-manuale. Questa attività di «decidere e fare», che si applica a tutte le fasi del processo di preparazione di un pasto (dalla pianificazione dei menù alla spesa, alla preparazione e al servizio), è in gran parte invisibile, ritenuta fondamentale e spesso «data per scontata». Rispetto al passato, i dati statistici mostrano che, mentre tale processo è ancora prevalentemente svolto dalle donne, gli uomini stanno assumendo un ruolo più rilevante nella preparazione dei pasti in famiglia. Tuttavia, l’immagine dell’“uomo ai fornelli” è, nell’immaginario, ancora molto legata a figure di *chef*, più o meno stellati, che poco hanno a che fare con la preparazione di più pasti al giorno, ma piuttosto con gli aspetti edonistici legati al cibo. L’uomo ai fornelli è un evento eccezionale nel *menage* familiare.

Cucinare un pasto in famiglia può essere un compito piacevole e appagante, ma richiede anche «compromessi» in termini di tempo, denaro e capitale emotivo: per queste ragioni è risultato essere esiguo il numero di padri che nella quotidianità gestisce la preparazione dei pasti. Considerato il grande lavoro che richiede, la preparazione di un pasto in famiglia può essere considerata una dimostrazione simbolica di cura. Di conseguenza, quest’ultima può essere carica di ambivalenze volgendosi di più verso l’amore o verso il dovere, ma mostra comunque “impegno” nei confronti del gruppo familiare e dei suoi singoli membri. Condividendo i compiti relativi ai pasti, dalla spesa alla preparazione del cibo, dalla preparazione della tavola alla conversazione, i membri della famiglia possono partecipare a questo esercizio di solidarietà che può trasformarsi in una pratica di sviluppo per un ampio spettro di competenze: da quelle linguistiche, quando i bambini sono molto piccoli, fino a quelle culinarie. Durante i pasti in famiglia, i bambini apprendono una serie di capacità legate allo sviluppo, come tenere in mano una tazza, un bicchiere, o manipolare le forchette e i cucchiari, mentre acquisiscono e sviluppano abilità linguistiche e di alfabetizzazione, soprattutto attraverso il flusso della conversazione. Per i bambini piccoli, il pasto è la principale fonte di esposizione alla conversazione familiare e all’espressione di pensieri, idee ed emozioni. In tal senso, il lamento per il pasto familiare

“perduto” potrebbe effettivamente rappresentare una reazione al cambiamento percepito, o temuto, nelle strutture e negli accordi famigliari.

Attraverso lo scambio di storie, aneddoti e notizie, i bambini imparano a conoscere il mondo degli adulti, gli interessi e gli atteggiamenti dei loro genitori, mentre gli adulti imparano a conoscere gli interessi e gli atteggiamenti del mondo dei figli. Se le relazioni sono conflittuali, anche queste pratiche possono generare tensione familiare e senso di insicurezza, producendo un effetto tossico e *non nutritivo*. Come è emerso dall’analisi delle interviste, le pratiche riferite alla preparazione del cibo, così come la spesa e il riordino, sono spesso idealizzate e caricate di numerosi significati, tanto da provocare talvolta sentimenti di «inadeguatezza» e «frustrazione», soprattutto da parte della donna madre.

Per tutte queste ragioni abbiamo deciso di assumere il pasto in famiglia come elemento di analisi privilegiato, al fine di estrapolare i significati e le pratiche che le famiglie attuano rispetto al cibo e all’alimentazione. Dai dati raccolti emerge che il pasto famigliare rappresenta un momento centrale per la comprensione degli elementi legati alla nostra domanda di ricerca. Da questa prospettiva, abbiamo deciso di suddividere l’analisi che segue in tre momenti: tutte le pratiche riferite alla spesa, all’approvvigionamento e alla preparazione – ciò che avviene *prima* del pasto; tutto ciò che avviene *durante* il pasto in famiglia; e il *dopo*, quel momento che si identifica nella conclusione del pasto e nelle attività a ridosso di tale “chiusura”.

5.1 *Prima dei pasti*

5.1.1 La pianificazione dei pasti e la spesa

La maggior parte delle coppie intervistate dichiara un elevato grado di pianificazione dei pasti, anche se tale significato è attribuito prevalentemente alla pratica del «fare la spesa», talvolta definita come la «parte più difficile» e faticosa della pianificazione dei pasti complessivi della famiglia. La pianificazione dei pasti consiste nel rispondere a una domanda implicita su quali alimenti «mettere a tavola» per tutta la settimana e, di conseguenza, fare la spesa. La maggioranza delle coppie intervistate non valuta cosa acquistare prima di recarsi al supermercato, né si affida a una lista di alimenti più o meno salutari, ma sceglie gli alimenti «al momento», quando già si trova al supermercato.

Rispetto alla pratica del fare la spesa abbiamo osservato che questa è descrivibile attraverso tre dimensioni: *Chi? Quando? Dove?* fa la spesa per la famiglia. La spesa è uno di quei compiti famigliari che spesso viene condiviso all’interno della coppia. Rispetto a tale attività, padre e madre risultano intercambiabili e, talvolta, è una pratica totalmente delegata al marito, che la

concilia con i propri turni lavorativi, se il contenuto della spesa è stato pianificato in precedenza dalla moglie, o se si tratta degli stessi prodotti che vengono acquistati abitualmente e che non devono «mancare in frigo». In altri casi, la spesa è un'attività familiare che «coinvolge anche i bambini» ed è vissuta come un momento di condivisione e di partecipazione. Nel primo caso, la spesa viene fatta un paio di volte durante la settimana gestendo le necessità giornaliere; negli altri casi viene fatta settimanalmente per i prodotti freschi, mentre per gli altri prodotti viene fatto un approvvigionamento su base mensile. La grande distribuzione è la realtà più utilizzata dalle famiglie. In alcuni casi, specialmente per coloro che vivono in paesi di provincia, alcune materie prime «fresche», tipo la carne e la verdura, vengono acquistate nei negozi di vicinato referenziati, oppure direttamente dai produttori.

In generale, pianificare il pasto significa mangiare insieme a un determinato orario, come un atto che segue una *routine* scandita dal lavoro nei giorni feriali. I genitori percepiscono la pianificazione del pasto come un'attività «utile», perché consente loro di risparmiare tempo e provvedere all'organizzazione complessiva della famiglia, specialmente durante i giorni feriali. La scarsità di tempo è spesso vissuta dai genitori occupati, in particolare dalle madri, come un grave problema familiare nella cura dell'alimentazione dei figli. Più in generale, le coppie intervistate si percepiscono come parte di «un'accelerazione del tempo» sociale che si traduce in un costante stato di «frenesia» o pressione sull'«organizzazione della tavola». Solamente tre coppie si riferiscono esplicitamente a una pianificazione precedente ai pasti, in riferimento alle ricette da preparare e all'acquisto di ingredienti da «trattare» e manipolare in modo particolare.

Andiamo a fare spesa il sabato, 4 volte al mese. Mettiamo molti alimenti in *freezer*. Pesci surgelati, patate surgelate, oppure cose come i bastoncini Findus. Per casa nostra, purtroppo, l'orario di lavoro influenza il modo di cucinare. Se avessi un altro lavoro, gestirei la spesa in modo diverso (Int. 39-40).

Io non ho regole. Di solito vado quando il frigo è vuoto e vado nel posto dove costa meno, quindi alle grandi distribuzioni. In casa noi non abbiamo neanche pane, al massimo solo la baguette fresca (Int. 43-44).

Andiamo al centro commerciale [...] noi guardiamo un po' le offerte e un po' cosa vorremmo mangiare [...] perché cerchiamo di mangiare il pesce due o tre volte al giorno e di non mangiare eccessivamente carne, però si guarda un po' ecco (Int. 45-46).

Alcuni genitori hanno anche scoperto che la pianificazione dei pasti è stata utile per contenere i costi, perché tale pratica garantisce l'acquisto di alimenti inseriti nella lista della spesa e, al contempo, previene spese inutili e sprechi.

Solo il fatto che mi fa ragionare quando vado a fare la spesa, cioè io non sono una persona che confronta due tipi di pane integrale, prendo quello che è in offerta, devo essere sincera. Adesso, invece, queste cose non le guardo più, leggo le etichette [...] [la dottoressa del GET] mi ha detto di cercare le fibre e io cerco le fibre, non mi ha fatto delle spiegazioni scientifiche lunghissime. Mi ha dato solo due o tre dritte e io seguo quelle. E i risultati ci sono (Int. 57-58).

Io ho sempre fatto il giro dei supermercati in base alle offerte e facevo un po' il menù di famiglia in base alle offerte. Nella scelta del prodotto contava l'offerta piuttosto che la marca o la qualità. Invece, adesso, con il fatto che [la dietologa del GET] non mi ha dato una dieta specifica, che magari in un secondo momento, durante la crescita, può essere anche utile, ma mi ha solo dato un'idea del piatto, che la metà dev'essere verdura, un quarto carboidrati e un quarto proteine [...] Ecco, questo nella sua semplicità, a me ha aiutato tantissimo (Int. 57-58).

Alcune coppie che hanno partecipato al percorso GET ritengono che la pianificazione sia divenuta importante affinché il cibo servito sia «completo», vario e nutriente per i figli:

Abbiamo cominciato a guardare tutte le etichette, [mia figlia] si diverte molto a fare questa cosa perché [il percorso GET] le ha insegnato a leggere le etichette, quello che c'è, quello che non c'è, quello che fa bene, quello che non fa bene. È quindi la sua spesa delle sue cose, sceglie lei insomma, ci ha dato un sacco di suggerimenti, anche proprio come prodotti specifici da acquistare (Int. 47-48).

Tuttavia, alcuni genitori hanno una pianificazione «molto minima». Come ha descritto una madre, a volte non è prevista alcuna pianificazione, proprio perché anch'essa richiede tempo: «ci sbrighiamo a fare la spesa e poi è tutto»; mentre altri genitori pianificano i pasti la sera prima o il giorno stesso.

quando abbiamo bisogno di qualcosa lo andiamo a comprare, non amo fare le grosse spese, perché per noi il solo fatto di entrare in un supermercato è già un forte stress, perché nei supermercati sai quando entri ma non sai quando esci. Quindi non facciamo grosse spese. Andiamo negli orari strategici quando non c'è nessuno. Può capitare che a volte andiamo in pausa pranzo, perché c'è meno gente, oppure la mattina presto o la sera tardi, quando sta per chiudere e c'è meno gente. Quando ci rendiamo conto che il frigorifero ha bisogno perché si sente l'eco, allora andiamo a fare la spesa (Int. 29-30).

Io ci vado giornalmente. Io non surgelo niente. Io sono anche a casa da lavorare, quindi [...] Surgelo dei piselli, delle cose, ma carne e pesce no, vado giornalmente a prenderle (Int. 25-26).

Molto spesso i genitori hanno voluto ribadire la volontà di pianificare in modo più «efficace» i pasti in famiglia. Tuttavia, essi dimenticano di farlo e la causa di tale dimenticanza è frequentemente associata agli eccessivi carichi lavorativi. Questi genitori hanno fatto dei «tentativi» di pianificazione, ma come tali non si sono ancora trasformati in *routine*. Tuttavia, essi sembrano consapevoli di cosa significhi pianificare un pasto e farne un'abitudine salutare.

Quando si tratta della responsabilità della pianificazione e del processo decisionale in merito ai pasti, la maggior parte delle famiglie ha un processo decisionale congiunto in una certa misura. Per la maggior parte delle famiglie, la madre ha spesso «l'ultima parola» nel cibo servito durante i pasti. Dalle interviste è emerso che, nella decisione, le madri tengono spesso in considerazione le richieste del figlio perché sono quelle informazioni provenienti dalla dietologa del percorso GET.

Al contrario, per i genitori che chiedono «riscontri» su cosa cucinare e quali alimenti comprare, non sempre i suggerimenti provengono dal percorso GET (dietologa o nutrizionista), ma seguono piuttosto le preferenze precedenti del bambino. Tuttavia, per alcune famiglie, il processo decisionale sul cibo, servito durante i pasti, consiste in discussioni familiari in cui ciascuno fornisce il proprio punto di vista. A volte, ogni membro della famiglia, a turno, decide quale cibo dovrebbe essere servito per il pasto in famiglia e ciascun membro ha così la possibilità di scegliere il proprio cibo preferito.

5.1.2 La preparazione e la messa in tavola degli alimenti

Gli intervistati restituiscono una rappresentazione differente dei pasti in famiglia che avvengono durante la settimana e quelli che avvengono nel fine settimana.

Per la maggior parte degli intervistati, i pasti in famiglia durante la settimana coincidono con le cene, perché durante il giorno i genitori sono «fuori per lavoro» e i bambini pranzano a scuola, grazie al servizio mensa. La cena è in molti casi il momento in cui la famiglia si ritrova, anche se l'orario del pasto viene spostato «in avanti» per garantire a tutti di rientrare a casa dai propri compiti quotidiani e a chi cucina di avere sufficiente tempo per la preparazione. La cena vede tipicamente la madre ai fornelli, anche se spesso si tratta di pasti preparati in poco tempo, in cui si utilizzano prodotti pronti.

Come abbiamo descritto nei paragrafi precedenti, la scarsità di tempo rende complesso non solo il rispetto di un'eventuale pianificazione dei pasti, ma anche il consumo di cibi che richiedono cotture lente (legumi e cereali) o lunghe preparazioni (verdure). È in questi momenti della giornata che spesso le madri sperimentano un senso di frustrazione e un senso di colpa per «non essere in grado» di soddisfare le esigenze alimentari di tutti i

famigliari, di differenziare i cibi e di occuparsi in prima persona della loro preparazione. Al contempo, è nel preparare i cibi per la famiglia nel «proprio spazio cucina» che le madri “sentono” di riaffermare il proprio concetto «di sé» e il loro senso di «identità» come madri e/o mogli.

Comunque, «frustrazione» e «colpa» emergono generalmente nelle madri quando si tratta di mettere in tavola, per «mancanza di tempo», *comfort food* o prodotti *fast food*: questi cibi, da un lato, spesso aiutano a mettere «tutti attorno a un tavolo» in tempi rapidi, mentre, dall’altro, provocano grande soddisfazione da parte di tutti i commensali.

La cena si svolge tipicamente in cucina e si mangia in sala unicamente nelle grandi occasioni o nel fine settimana. Al di là del luogo, il momento della cena insieme è carico di aspettative legate alla «condivisione», anche se nessuno ha raccontato di adottare particolari modalità di preparazione della tavola e di cura di essa: «basta che ci sediamo insieme».

5.1.3 Compiti e piccoli rituali prima del pasto

Per la maggior parte delle famiglie i bambini partecipano nell’apparecchiare la tavola insieme ai genitori. Per alcune famiglie tale pratica è una forma di condivisione e di socializzazione ai doveri del pasto. In una sola famiglia è stato osservato il rituale della preghiera all’inizio del pasto, in cui il padre ha la responsabilità di recitarla.

5.2 Durante i pasti

5.2.1 Il pasto tra regole e aspettative dei genitori

Tutti i genitori riferiscono di adottare regole e di avere aspettative riguardo ai pasti della famiglia che desiderano far seguire ai bambini. La maggior parte dei genitori si dichiara favorevole al «far assaggiare» ai bambini «tutti» gli alimenti almeno una volta, anche se si tratta di «un solo morso». Tale atto sembra avere due funzioni: implementare i gusti del bambino e trasmettere un’educazione «aperta» verso l’alimentazione in generale, ovvero che non precluda nessun tipo di gusto o di cucina. Ci sono anche famiglie che attuano comportamenti opposti. Alcune coppie di genitori si descrivono come fortemente «legate» ai piatti della loro quotidianità, ai «gusti» e ai «colori» noti. Tali coppie non si dichiarano aperte alla possibilità di assaggiare gusti o piatti diversi da quelli della tradizione, soprattutto se si tratta di cucina «etnica»²⁷.

²⁷ Qui etnico ha il valore di *non tradizionale*.

Nelle risposte fornite, una certa regolarità si è mostrata soprattutto sulla «seconda porzione» richiesta dai bambini. I genitori spesso forniscono al figlio una porzione ulteriore del primo piatto, «un secondo piattino» della stessa pietanza. Nella maggior parte delle famiglie, viene richiesto ai bambini di finire il cibo nei loro piatti «prima» di consumare altro cibo. Con grande frequenza, la seconda porzione è oggetto di una negoziazione conflittuale tra il genitore e il figlio, che nella maggior parte dei casi si risolve a favore del figlio. Tuttavia, va notato che vi sono bambini che si «autoregolano» nel non chiedere una seconda porzione, riportando nel momento della tavola i consigli dell'educazione alimentare che hanno ricevuto dalla dietologa del percorso GET. Tale pratica viene sottolineata da alcuni genitori come «giusta» e salutare ma, al contempo, come espressione di disappunto e disattese delle aspettative verso la cucina familiare, soprattutto in termini di qualità.

La maggior parte dei genitori richiede ai bambini di sedersi e mangiare al tavolo durante i pasti. Alcuni genitori hanno insegnato ai bambini a chiedere il permesso prima di lasciare il tavolo, ma tale regola non è seguita in modo generale: le famiglie per cui tale regola si rende «esplicita» avviene in ragione di una trasmissione della pratica dalle famiglie di origini dei genitori. Per più di un terzo delle famiglie non vi sono regole ben definite per sedersi o per abbandonare il tavolo. Ciò può avvenire in ogni momento.

5.2.2 Comportamenti alimentari dei genitori e modelli «da seguire»

Durante i pasti in famiglia i genitori cercano spesso di modellare i comportamenti alimentari dei loro figli. Ciò si verifica sia intenzionalmente, sia involontariamente. Secondo la maggioranza degli intervistati, i bambini apprendono «a mangiare bene» osservando e imitando le abitudini alimentari dei genitori a tavola. Ciò avviene sia per comportamenti alimentari salubri, sia per quelli non salubri. Alcuni genitori cercano di trasmettere l'educazione al cibo e il modello da seguire in modo consapevole e intenzionale. Tuttavia, il cibo sano e il modello da seguire vengono spesso associati alla «porzione ridotta» e alla «negazione di una seconda porzione», sempre tenendo in considerazione l'obiettivo ponderale da raggiungere.

Come visto più sopra ci sono genitori che incoraggiano i bambini ad assaggiare gusti nuovi e per farlo preparano pasti con ingredienti vari che provengono anche dalla cucina etnica. Diversamente, altri genitori raccontano di abitudini alimentari tradizionali e del rifiuto di cibi definiti «strani» e «moderni». Tale atteggiamento di rifiuto si ritrova quando abbiamo discusso del progetto GET: alcuni genitori hanno raccontato della

difficoltà nel preparare piatti consigliati dalla dietologa del servizio proprio perché basati su materie prime non conosciute e considerate non tradizionali – ad esempio, hamburger di soia, farro, quinoa, legumi, ecc.).

In alcuni casi, questi commenti sono stati accompagnati da derisione rispetto a una proposta definita poco sostenibile, sia dal punto di vista economico, sia dal punto di vista culturale: «l'hamburger non può essere di miglio e lenticchie, se è un hamburger deve essere di carne e possibilmente di maiale».

5.2.3 Strategie alimentari dei genitori

Per la maggior parte, i genitori intervistati si (auto)rappresentano come «impegnati» in strategie di alimentazione salutare, soprattutto quando i bambini rifiutano di mangiare oppure di provare un determinato cibo. Talvolta, la strategia alimentare avviene anche quando i bambini sopravvalutano determinati alimenti. Queste strategie includono: 1) servire cibo che i bambini mangiano; 2) chiedere ai bambini se vogliono un particolare cibo o se lo hanno mai provato; 3) posizionare poco cibo sul piatto in modo da razionare la porzione; 4) comunicare ai bambini di «mangiare tutto», negando loro cibo considerato «spazzatura»; 5) minacciare di togliere privilegi alimentari o non alimentari ottenuti – dal pezzo di cioccolata a fine cena, al poter giocare con il *tablet* dopo mangiato. I genitori che definiscono i loro figli «palati più esigenti» hanno riferito che solitamente servono cibo che «a loro piace», privilegiando la quantità: «un bel piattone!». Alcuni genitori ruoterebbero il cibo servito secondo i gusti di ciascun membro della famiglia, in modo che tutti possano ricevere i loro cibi preferiti durante la settimana. Tale strategia spesso è tradita dai contenuti della spesa e dal fatto che i pasti in famiglia sono «pochi» durante la settimana, quindi si tende a seguire una dieta più omogenea: «ogni volta si mangia quello che c'è e vale per tutti».

I genitori spesso incoraggiano i bambini a provare le verdure servite durante il pasto, ottenendo tuttavia uno scarso successo. Talvolta, i genitori suggeriscono ai bambini di mangiare come loro, di «prendere esempio» da come mangiano – «vedi che il papà la mangia la verdura?» – o di mettere nel piatto un po' del cibo che «passa in tavola». Altre volte, il genitore chiede al figlio di mangiare la verdura che è rimasta nel proprio piatto, con qualche successo. Dalle interviste si può notare che quando i bambini si rifiutano di mangiare un particolare cibo, servito durante il pasto, i genitori negano in seguito altri cibi previsti nel «pranzo insieme», come ad esempio una fetta di salume in aggiunta, oppure il *dessert*. Soprattutto rispetto ad alcuni alimenti, i genitori negano ai bambini la possibilità di mangiarne «anche solo un assaggio», in contraddizione con la più ampia strategia del cercare di «fargli assaggiare un po' di tutto». A ciò si affianca l'utilizzo di «minacce» volte a

togliere privilegi non alimentari (come le attività post-pasto) nel caso in cui i bambini non finiscano il pasto.

5.2.4 Il cibo servito durante i pasti

Quando le famiglie consumano insieme il pasto riferiscono di privilegiare «il cucinare a casa», piuttosto che il «mangiare fuori». La maggior parte delle famiglie mangia a casa, mentre solo occasionalmente, circa «2-3 volte al mese», si «sente» di uscire. Al contrario, i genitori ordinano spesso cibo dall'esterno e lo servono in casa, oppure acquistano nella grande distribuzione cibo «già pronto».

Nella quasi totalità delle famiglie vi è l'abitudine di cucinare e servire una sola portata a pasto. I carboidrati, cioè «la pasta», sono di solito serviti a pranzo, nella consapevolezza dei genitori che il pasto consumato a scuola prevede un equilibrio di tutti gli elementi nutrizionali. Alla sera si cerca di mangiare le proteine e le verdure, anche se difficilmente manca la porzione di carboidrati, perché il pane, la piadina, l'erbazzone, o altri prodotti sostituiti del pane, sono comunque sempre presenti in tavola.

I genitori sono convinti che il cibo consumato tra le mura domestiche non sia soltanto più economico, ma sia soprattutto anche un cibo che corrisponde ai parametri salutari di «genuinità» e «freschezza», dal momento che è «fatto in casa». In questo senso, talvolta la cornice familiare sembra fungere da «elemento protettivo» rispetto alle corrette abitudini alimentari, a prescindere da cosa accade «realmente» nelle pratiche alimentari quotidiane.

5.2.5 La conversazione durante i pasti

Come abbiamo notato, i pasti in famiglia rappresentano un momento della giornata molto atteso da parte dei membri della famiglia. Tutte le famiglie si dicono «impegnate» in conversazioni durante i pasti. Per la maggior parte degli intervistati i pasti rappresentano un ambiente rilassato, in cui i membri possono parlare, scherzare, ridere ed «essere se stessi». Quando si siedono a tavola per la cena gli adulti ritengono «chiusa» la giornata lavorativa e possono finalmente dedicarsi al piacere del cibo e alla presenza dei propri familiari. I più piccoli sono felici di poter rivedere genitori e fratelli, mentre al contempo ricevono «attenzioni». Negli adulti, così come nei più piccoli, emerge con forza il desiderio di raccontarsi, condividendo ciò che è accaduto durante la giornata.

Il «parlare a tavola» è considerato, dalla maggior parte delle famiglie, un'attività di primaria importanza. Infatti, i genitori tendono a classificare i

pasti della famiglia come una delle attività più importanti della loro *routine*, non solo per la commensalità condivisa, ma anche come momento di «parola per tutti». In questo senso, la conversazione a tavola può riorganizzare e riorientare i significati della vita mondana. Il pasto diviene un'opportunità per trascorrere del «tempo insieme», un «ambiente rilassato» dove «tutti possono «essere ciò che sono» e «dire quello che gli pare liberamente». Un genitore ha insistito con forza su tale aspetto della tavola, come una sorta di «arena libera» in cui esprimersi: non avendo sempre pasti regolari, la famiglia si sente meno «connessa» e la conversazione agisce come un rafforzamento dei legami famigliari quando si ha occasione di riunirsi attorno al tavolo insieme. Va notato che per molte famiglie i pasti rappresentano l'unica possibilità in cui i membri possono riunirsi per dare «tempo alla famiglia, per parlare, per legare insieme». La conversazione fornisce «*routine*», «struttura», è «l'ossatura» del tempo famigliare. Quando i membri della famiglia «mancano» i pasti, a causa del lavoro o di impegni extralavorativi, spesso si sentono «persi», «lasciati fuori», sentono di «aver perso tempo».

Data l'importanza che i genitori attribuiscono ai pasti della famiglia, emergono spesso quelle che vengono percepite come «sfide» famigliari da affrontare durante il pasto. Una delle maggiori sfide è certamente la fitta agenda di genitori e figli, che rientra con continuità nei pasti. Lavoro dei genitori, scuola, attività extrascolastiche, sono anche «ostacoli» da affrontare a tavola mentre si consuma il pasto. Come ha fatto emergere una madre, una volta che si apparecchia, si cucina e si mettono i figli a tavola, si incontrano maggiori difficoltà nel gestire tali «sfide» (educative, organizzative, ecc.), perché dopo aver provveduto a tutto ciò subentra «la fatica dello stare a tavola e pensare» per dirimere problemi, soprattutto quando i genitori affrontano un pasto tra un turno di lavoro e un altro.

Gli argomenti ruotano solitamente intorno alla vita scolastica dei figli, al lavoro dei genitori e agli eventi accaduti durante la giornata di ciascun membro della famiglia. Argomenti come film, notizie e cibo sono molto comuni durante i pasti. Una famiglia ha raccontato di una *routine* quotidiana in cui ogni persona parla della parte peggiore e della parte migliore della propria giornata.

Va rilevato che spesso i genitori usano i pasti come un'opportunità per fare piani famigliari «riferiti» alla giornata successiva e «prendere accordi» sull'organizzazione della vita della famiglia. Talvolta, i pasti vengono utilizzati come momenti per discutere di «questioni serie» che riguardano aspetti specifici della vita dei diversi membri. Com'è emerso dall'analisi, il pasto in famiglia rappresenta uno spaccato delle dinamiche relazionali fra sessi e generazioni, mostrandone quindi le ambivalenze: se il pasto, da un lato, è atteso come momento di condivisione, dall'altro, non mancano i casi in cui si trasforma in un campo di scontro e conflitto, proprio perché tutti i membri della famiglia si ritrovano radunati e sono «costretti» al confronto. Questo si nota

soprattutto in alcune famiglie in cui il pasto diviene un luogo per discutere questioni legate all'educazione dei figli, sia in termini formativi, sia per quanto riguarda l'educazione alimentare. Questi momenti si caratterizzano spesso per un'elevata conflittualità, soprattutto se si pensa al cibo come qualcosa che viene definito «pericoloso» e «patologico» per la salute del figlio e per i suoi percorsi di crescita.

5.2.6 L'utilizzo dei media durante i pasti

La maggior parte dei genitori non dispone regole precise riguardo l'uso dei media durante i pasti della famiglia. Tali regole vanno dal non «usare la televisione», a un utilizzo saltuario di *tablet* e *smartphone*. La gestione di questi dispositivi non segue «regole fisse» rispetto a tutti i membri della famiglia, ma dipende in gran parte dalle necessità di ciascuno e dalle situazioni particolari. Nello specifico, i genitori utilizzano il telefono se lo ritengono utile a loro, mentre lo lasciano utilizzare al figlio se questo può servire a «distrarlo» e «a farlo mangiare»: l'uso del dispositivo a tavola assume quindi un valore compensativo e di gratificazione, quando non un vero e proprio “media” del pasto stesso. Al contempo, per i genitori che non consentono l'uso dei dispositivi multimediali, emergono motivi ben precisi e di tipo opposto: «distraggono» dal cibo, dalla «conversazione insieme» e «tolgono tempo» alla famiglia. Al contrario, vi sono famiglie che lasciano utilizzare ai figli *tablet* e dispositivi, perché i pasti della famiglia vengono percepiti come un momento di socializzazione e comunicazione in cui si parla anche degli strumenti e dei contenuti multimediali che interessano figli e genitori. Talvolta, può capitare che attraverso tali dispositivi la famiglia si metta in contatto con parenti e amici nel momento del pasto.

Nella maggior parte delle famiglie la televisione fa «da sottofondo» al consumo dei pasti: viene accesa durante la preparazione dei cibi come elemento di «compagnia» per chi si trova in cucina e viene in seguito tenuta accesa –programmi e volti noti della televisione generalista rappresentano per molte famiglie una parte importante della propria quotidianità, anche se non vengono «seguiti» con continuità e attenzione mentre «si mangia tutti insieme». Queste famiglie ritengono che i cellulari coinvolgano i commensali in un modo negativo e diverso dai televisori: sono percepiti come «più fastidiosi» dei televisori e incidono maggiormente sul «cattivo» svolgersi della conversazione. Alcune famiglie ritengono che la TV sia solo un «rumore di fondo» che fa parte del pasto familiare: non vede in essa né un pericolo, né un'opportunità. Tale aspetto viene connesso al fatto che quando i genitori rientrano per la cena nessuno dei commensali «ha la forza» di stare attento a un programma particolare, piuttosto che a un contenuto specifico. Talvolta, i genitori lasciano usare *tablet* e dispositivi digitali ai figli per

«isolare» la loro conversazione, che in questo modo viene percepita come maggiormente «intima» e comunque focalizzata su aspetti urgenti da trattare. Infatti, vi sono casi in cui i genitori lasciano che il pasto familiare si concluda, per i figli, sul divano e davanti alla televisione. Tale pratica ha la funzione di far recuperare alla coppia un «momento intimo» della tavola, seppur molto frazionato, che fornisce quel «poco tempo» per stare insieme – in diversi casi, l'unico della giornata.

Rispetto alla preparazione dei pasti e al loro consumo, anche altri media occupano un ruolo rilevante. In particolare, i *social media* sono utilizzati da alcune mamme per condividere immagini di cibi, mentre i padri si dichiarano non interessati a queste piattaforme. Inoltre, alcune madri raccontano che utilizzano *blog* e motori di ricerca per individuare nuove ricette o consigli per «diete dimagranti». Tuttavia, la generazione dei genitori intervistati non sembra essere particolarmente attratta e interessata ai media digitali, che in alcuni casi sono stati anche descritti come «pericolosi», in particolare rispetto alla possibile alterazione e falsificazione delle «relazioni vere».

5.3 Dopo i pasti, tra compiti e doveri

La fase che segue la conclusione dei pasti è sicuramente la meno ricca di ritualità rispetto alle fasi precedenti. La conclusione del pasto – sappiamo che si tratta per lo più del fine cena – sta a indicare che il momento di ritrovo e confronto tra i familiari è concluso. Nella maggior parte delle famiglie le madri si occupano di sparecchiare e di riordinare la cucina, in alcuni casi con l'aiuto del figlio o del coniuge. Tuttavia, non esiste una regola che stabilisca i doveri legati al fine pasto: il pasto finisce quando finisce il cibo in tavola e, progressivamente, ci si allontana dalla cucina.

Va evidenziato che alcune madri preferirebbero avere «aiuto» per la pulizia della cucina a fine pasto, mentre per altre tale compito «spetta» a loro e preferiscono eseguirlo «da sole», in modo che sia «più rapido» e veloce: così, le madri possono sistemare il cibo avanzato e gli oggetti della tavola e della cucina nel modo a loro «più comodo» e «funzionale» al pasto successivo.

Comunque, per alcune famiglie esiste un «elenco» di piccoli lavori domestici in carico ai bambini, che fornisce loro una certa responsabilità: dal «portare la scopa» per la pulizia, al «piegare la tovaglia», o al rimettere la tavola a posto se è stata spostata. Tuttavia, i bambini difficilmente partecipano al lavaggio dei piatti, sia per «paura di incidenti» da parte della madre, sia perché si dedicano «immediatamente» ad altre attività, che spesso hanno a che fare con la preparazione dei materiali per la scuola del giorno dopo e con la cura personale prima di andare a dormire.

In alcuni casi abbiamo registrato una pratica familiare per cui chi non si occupa di cucinare si occupa della pulizia, ma tale pratica non è estesa ai figli

e presenta molto spesso una regolarità: la madre pulisce, il padre sparcchia la tavola. Nei rari casi in cui i doveri di pulizia di fine pasto coinvolgono l'intera famiglia, ciascun membro ha un compito di pulizia e tale pratica viene segnalata nella sua ludicità: «è un gioco a cui partecipiamo tutti». Tale pratica è presente nelle famiglie in cui tutte le fasi riferite al pasto sono fortemente pianificate e programmate.

I genitori fanno emergere regole precise sull'«essere a casa» per i pasti in famiglia, che si svolgono per la maggior parte di sera (la cena), dal momento che il pranzo del figlio avviene nella mensa scolastica. Tuttavia, per alcune famiglie, i membri hanno l'accordo di «essere a casa per i pasti» ogni giorno, a meno che non siano impossibilitati per motivi di lavoro.

Come emerge nella maggioranza delle interviste, i genitori cercano di organizzare il pasto in famiglia almeno tre volte a settimana – talvolta una alla settimana, anche se si tratta, prevalentemente, del pranzo della domenica. Queste famiglie spesso hanno genitori occupati con il lavoro fino al tardo pomeriggio e non sono «materialmente» in grado di consumare insieme i pasti. A questo si aggiunge che nell'orario della cena, molto spesso, i bambini sono impegnati in diverse attività, ricreative o sportive, che precludono la possibilità di «un orario stabile».

6. I pasti della famiglia fuori casa. Il cibo e la socializzazione

6.1 I pasti famigliari fuori casa

Durante l'intervista abbiamo esplorato con i genitori anche le pratiche alimentari che riguardano i pasti fuori casa, che siano consumati solo con i membri della famiglia o con parenti e amici. Le famiglie mangiano sole fuori casa raramente. Quando ciò accade è per occasioni eccezionali quali festività, compleanni o cerimonie. In questi casi le famiglie scelgono ristoranti con cucina tradizionale, per lo più agriturismi con uno spazio adeguato a far giocare i bambini che non amano stare seduti a tavola a lungo. Più di rado capita che la famiglia esca per andare a mangiare in pizzeria. Gli intervistati affermano che mangiare fuori casa con l'intera famiglia è troppo costoso. Come abbiamo visto più sopra la pizza piuttosto che altri piatti pronti come il *sushi*, gli *hamburger*, le piadine, vengono presi da asporto e mangiati a casa in quelle sere in cui non c'è tempo sufficiente per dedicarsi alla preparazione dei pasti.

6.2 I pasti famigliari fuori casa con gli amici

La famiglia racconta di mangiare più spesso fuori casa recandosi a casa di amici. Ciò avviene durante il fine settimana, soprattutto il sabato sera. La cadenza di queste cene non è ravvicinata: si tratta mediamente di un incontro al mese e in alcuni casi ogni 2/3 mesi. Le uscite sono più ravvicinate nel periodo estivo, in particolare quando termina la scuola e il tempo dedicato alla gestione familiare diviene più flessibile. Nonostante il momento di incontro con gli amici per mangiare insieme sia descritto come un «qualcosa di piacevole», molte famiglie faticano a programmarlo “in casa”. Per i genitori gestire un pasto per più commensali rispetto al solito equivale a un sovraccarico della *routine* settimanale, dovendo occuparsi, all’interno d’uno stesso giorno, di pulire la casa, fare la spesa e cucinare. Questa sembra essere la ragione per cui tali cene sono meno frequenti di quanto siano desiderate.

Nella maggior parte dei casi, quando le famiglie incontrano gli amici, questi sono spesso genitori di bambini che frequentano la scuola dei figli. In tali occasioni, il «ritrovarsi a mangiare insieme» è «un pretesto per stare in compagnia», in un clima disteso e ludico. Molto rare sono le uscite per mangiare insieme con amici, di famiglia o colleghi di uno dei genitori, che non hanno figli.

Gli incontri con gli amici si svolgono a casa di una famiglia piuttosto che dell’altra, preferendo le case più grandi e quelle con taverne e/o giardino. Più raramente le famiglie si recano con amici in locali pubblici, perché incontrano difficoltà nel trovare «spazi» adatti per far giocare i bambini. In questi casi, gli spazi esterni degli agriturismi rappresentano una buona soluzione, anche se non sono «economicamente sostenibili» se scelti con frequenza.

La pianificazione e la scansione temporale che abbiamo utilizzato per descrivere i pasti famigliari fra le mura domestiche non verrà riproposta per l’analisi del pasto “fuori casa”. Infatti, dall’analisi delle interviste, abbiamo osservato che quando la famiglia decide di mangiare insieme agli amici è come se il tempo del familiare, con le sue cadenze e *routine*, «venisse sospeso». In queste occasioni il cibo costituisce uno “sfondo” alla socialità, allo stare insieme, al condividere racconti ed esperienze, nella consapevolezza che i figli stanno anch’essi dedicandosi al gioco e al divertimento. Il cibo che si condivide con gli amici durante il fine settimana è il cibo legato al piacere, il cibo ricco e colorato delle diverse tradizioni culinarie che si dividono e fondono. In tal senso, per alcune mamme, le cene con gli amici sono il momento in cui preparare piatti «succulenti» della propria tradizione e dare «prova» delle proprie capacità culinarie. Anche in queste occasioni il cibo assume una connotazione legata alla cura. Tuttavia, non si tratta della stessa cura, tipicamente materna, che viene profusa nella preparazione dei pasti famigliari con una finalità di nutrimento, e non si tratta nemmeno di una cura riferita alla crescita, quanto piuttosto di un prendersi cura che sta a significare

l'affetto nutrito per l'altro (altri) e la dimostrazione della piacevolezza dello stare insieme.

Durante l'estate, nelle serate con gli amici, la cucina è molto spesso affidata ai padri, che solitamente preparano carne alla griglia. In queste occasioni, ciascun membro della famiglia sembra trovare attorno alla tavola un proprio spazio di «distensione» e di «piacere». Le mamme si dedicano a consigli riferiti ai piatti cucinati e alle «chiacchiere» a proposito di «figli e scuola», mentre i papà conversano tra di loro di passioni e interessi comuni. In questi momenti emerge che i genitori recuperano uno spazio «tutto per sé». Inoltre, questi raccontano che negli incontri con gli amici è come se, per il bambino, il cibo «perdesse di valore», nel senso che per i più piccoli «il mangiare» diviene un elemento accessorio, dal momento che si dedicano soprattutto al gioco in compagnia dei coetanei. Per cui, in queste occasioni, il senso di leggerezza che «provano» i genitori è anche arricchito dal fatto che i bambini con problemi di sovrappeso e di obesità non necessitano di una «particolare attenzione» rispetto alla gestione del pasto abituale. Tale elemento potrebbe suggerire che il consumo di cibo, talvolta eccessivo, possiede, almeno nella *routine*, un «valore compensativo» che però muta nel momento in cui i bambini giocano in compagnia degli amici.

6.3 I pasti famigliari fuori casa con la famiglia allargata

Diversamente da ciò che accade rispetto ai pasti con gli amici, i pasti famigliari consumati a casa dei nonni hanno tempi e modalità prevedibili. Si tratta solitamente di un pasto che viene consumato in un giorno e in un momento specifico del fine settimana e costituisce una *routine*. Questi pasti si svolgono abitualmente la domenica a pranzo e recuperano la ritualità che abbiamo visto caratterizzare il pasto famigliare casalingo e la arricchiscono altresì di elementi legati alla tradizione, alla memoria e, quindi, alla trasmissione di valori. Il mangiare insieme a casa dei nonni ripropone tutti gli elementi legati alla gestione del pasto e alla preparazione del cibo riferiti alla memoria dei genitori intervistati. Il pranzo della domenica permette di rivivere sapori, colori ed emozioni vissute nella propria infanzia tramite il cibo.

Il pasto della domenica è un momento in cui si incontrano i nonni, così come i membri della famiglia allargata: zii, cugini, ecc. La preparazione è affidata alla cura della nonna, che pianifica il pranzo con attenzione e cerca di cucinare tutto prima dell'arrivo dei famigliari. Si tratta di un pasto completo, basato sulla cucina tradizionale, composto da più portate, perché vengono serviti i piatti preferiti di ciascun membro della famiglia. In queste occasioni, le indicazioni riferite alla dieta alimentare dei bambini

in sovrappeso vengono sospese, come a dire che la finalità di quel pasto è un'altra e nulla ha a che fare con elementi dannosi per la salute. È come se i nonni pensassero che i loro piatti e la loro cucina, data la cura e l'amore con cui vengono preparati, non possano costituire un elemento di rischio per la salute del bambino, quanto piuttosto un "elemento protettivo".

Il pasto si svolge nella stanza più importante della casa: il salotto. Il tavolo occupa lo spazio centrale, è apparecchiato con cura e attorno ad esso si radunano tutti i famigliari con il nonno che siede a capotavola. I tempi del pasto sono solitamente lunghi, perché anche in questo caso – come accade con gli amici – il cibo è un pretesto per ritrovarsi in un clima sereno e conversare, raccontandosi cosa è accaduto durante la settimana. Da parte degli intervistati, il momento del "fine pasto" non viene descritto come caratterizzato da particolari ritualità connesse alle attività di pulizia e di riordino, quanto piuttosto come un «tempo ulteriore» per stare in compagnia, raccontarsi, discutere e affrontare alcuni aspetti organizzativi della settimana che sta per iniziare, mentre i bambini giocano con nonni, cugini e zii.

Questa dinamica non viene vissuta dalle famiglie che hanno la propria famiglia di origine in altre regioni e che vivono i momenti descritti non come una *routine* settimanale, ma come una pratica legata alle festività e ai periodi di vacanza. Per queste famiglie, il pranzo della domenica si svolge con ritmi più lenti e rilassati, ha un menù più ricco rispetto ai pasti della settimana lavorativa, ma non sembra caratterizzato da particolari ritualità.

7. Capitale corporeo dei genitori e dei bambini: reazioni e vissuti della famiglia

7.1 Capitale corporeo, habitus e stili di vita

Nella sociologia classica il corpo sembra aver rappresentato ciò che Shilling (1993) ha definito «una presenza assente» perché molto raramente è stato oggetto di studio, anche se ha sempre costituito la modalità attraverso cui gli individui hanno rappresentato il sociale.

Le origini di tale approccio le possiamo rintracciare nell'antropologia e in particolare nel contributo di Marcel Mauss (2017) che, introducendo il concetto di «tecniche del corpo», ci indica come attraverso il corpo l'uomo modifica l'ambiente in base alla cultura della comunità a cui appartiene. Questa *agency* trasforma l'uomo stesso, perché le trasformazioni retroagiscono sull'uomo che progressivamente si adatta a quello specifico ambiente. Nei suoi scritti, Mauss sostiene che non esiste un corpo «completamente naturale», nel momento in cui ogni azione incorpora l'impronta della socializzazione rispetto a come mangiare, come ci si lavano le mani, ecc.

Quindi, il corpo incarna significati sociali sotto forma di *habitus* che non sono di tipo individuale, ma incarna e riflette significati sociali che, in quanto tali, non variano da individuo a individuo, ma da gruppo a gruppo.

Tali elementi sono stati poi ripresi da Mary Douglas, che ha approfondito il tema dell'analisi del corpo come simbolismo sociale e come forma di classificazione. Secondo l'antropologa britannica il corpo sociale e il corpo fisico si trovano in una continua interazione, perché il corpo sociale determina il modo in cui viene percepito il corpo fisico: a sua volta, la percezione fisica del corpo sostiene una specifica visione del corpo sociale (Douglas, 1993).

Nell'epoca contemporanea, a partire dagli anni '80 del secolo scorso, il corpo sembra aver acquisito una maggiore centralità negli studi sociologici, divenendo una risorsa attraverso cui gli individui costruiscono la propria identità.

A proposito di costruzione sociale dei corpi, collocandoci in una prospettiva di *embodied sociology* piuttosto che di una sociologia del corpo, desideriamo riprendere il contributo di Pierre Bourdieu (2009b), che ha posto il tema del corpo al centro della sua teoria. Egli ritiene che il corpo rappresenti lo spazio in cui gli *habitus* si incarnano. Il corpo è al contempo un principio d'individuazione per il singolo, perché lo individua rispetto a un tempo e a uno spazio, così come un principio di collettivizzazione, poiché incorpora le strutture sociali sotto forma di opportunità, aspettative e anticipazioni. Quindi, esiste una corrispondenza tra strutture sociali e strutture fisiche e ciò significa che a diverse posizioni sociali corrispondono diversi «stili corporei» che si manifestano attraverso le rappresentazioni, le pratiche, gli accordi e i compromessi, così come le invenzioni e gli adattamenti. In tal senso, l'*habitus* agisce come principio unificatore di quasi tutte le scelte e le pratiche sociali realizzate da un attore. La totalità di tali pratiche costituisce uno *stile di vita* che forma uno schema di percezione e di valutazione, attraverso cui distinguere e classificare i membri di un gruppo sociale e il cui senso deriva dalla posizione in un sistema di opposizioni e di correlazioni. Quindi, il corpo racchiude in sé un bagaglio di risorse materiali e simboliche che possono essere attivate nell'azione sociale, tradotte e convertite in risorse diverse di tipo fisico, culturale, sociale ed economico. In questo modo, anche il corpo si iscrive nella teoria bourdieusiana del campo e dei capitali, al punto che l'autore parla esplicitamente di *capitale corporeo* per indicare l'eredità biologica e sociale che è incorporata negli stili corporei.

Per analizzare questi aspetti, all'interno dell'intervista rivolta ai genitori dei bambini con problemi di gestione del peso abbiamo chiesto loro come definiscono la propria forma fisica e quali pratiche hanno introdotto al fine di prendersi cura di loro stessi. Inoltre, abbiamo chiesto ai genitori come giudicano la forma fisica del/della figlio/a e se il sovrappeso e l'obesità abbiano creato al/alla bambino/a difficoltà relazionali con i pari.

7.2 Il capitale corporeo dei genitori

I genitori intervistati hanno dimostrato un forte disorientamento iniziale quando è stato chiesto loro come definissero la loro forma fisica, cosa facessero per prendersi cura di loro stessi e quali erano, secondo la loro visione, le caratteristiche di un «corpo ideale». Evidentemente, non si aspettavano di ricevere domande sulla propria forma fisica. Tuttavia, superato lo smarrimento iniziale, le risposte non hanno evidenziato particolari differenze tra le madri e i padri. In larga maggioranza, i genitori si rappresentano come «fuori forma» e «appesantiti», mentre alcuni si descrivono come «obesi» e raccontano della «lotta» che stanno conducendo, da quando erano ragazzi, per superare tali «problemi», attraverso diete costanti o saltuarie, visite specialistiche, anche per arginare difficoltà relazionali e psicologiche, fino ad arrivare, in un paio di casi, alla terapia chirurgica.

Un aspetto interessante da sottolineare è che le madri, nella loro totalità, così come qualche papà, tendono ad avere un atteggiamento di autogiustificazione, affermando che hanno “perso” la forma fisica da quando hanno avuto figli e che comunque tale condizione non costituisce un problema: l’aspetto estetico non è più considerato importante o necessario alla loro rappresentazione. In questo caso, emerge l’idea per cui il capitale corporeo, utilizzato in una certa fase del percorso di vita come risorsa orientata al mercato matrimoniale, attraverso la valorizzazione degli aspetti estetici, diviene successivamente una risorsa totalmente orientata ad «avere la forza» fisica e la capacità di poter ottemperare ai propri compiti quotidiani – «nonostante il sovrappeso riesco comunque a fare tutto!».

M: Non ho tempo, con il lavoro e lui [il figlio] da accompagnare da tutte le parti non riesco a fare altro (Int. 63-64).

M. Mi sento in forma... forse un po’ in sovrappeso. Prima di avere i 3 figli ho sempre fatto qualcosa, fin da piccola. Nuoto, pattinaggio, poi insomma andavo in palestra. Dopo, con i figli... (Int. 59-60).

La principale differenza fra madri e padri la si coglie nel momento in cui si chiede loro cosa facciano per prendersi cura di loro stessi. Le mamme dichiarano di non riuscire a ricavare uno spazio per sé: alcune facevano attività sportiva prima di diventare madri, ma tutte oggi raccontano che il bilanciamento quotidiano tra responsabilità di cura familiare e compiti lavorativi gli impedisce di ritagliare uno spazio per la cura di sé. Invece, un numero contenuto di padri dichiara di riuscire a dedicare qualche ora alla settimana al proprio sport preferito, un’«attività» che viene fatta per piacere e non connessa a questioni di salute, tanto è che qualcuno dichiara che dopo l’attività sportiva «premia» lo sforzo attraverso il cibo.

P. Io non faccio niente. Faccio del gran divano. Però anche io sto in piedi in ceramica. Otto ore in piedi, avanti e indietro, con 40 gradi (Int. 49-50).

P. Io, boh, mi definirei tamugno. Io vado su da un muro se mi ci mandi. In questo momento, per le gambe, vado su da un muro. Strappi dal 20-22%. Ieri sera abbiamo fatto un dislivello, erano 12-13-14%. 10 km che ti tengono lì. Poi siamo arrivati in gelateria e siamo andati a prendere il gelato. E [mio figlio], anche lui tamugno, ma sarà ben la nostra falsa riga. Noi sappiamo di non essere magri e di non avere una vita regolata con l'alimentazione, per cui fai cene, baracche, scancheri, allora... sai che sei suscettibile alle variazioni frequenti di peso, per cui la bilancia diventa un controllo. Noi ci sfondiamo eh! (Int. 15-16).

Il punto di vista di uomini e donne torna a coincidere nel momento in cui sono invitati a riflettere sulle caratteristiche che secondo loro sono proprie di un corpo ideale.

Tutti descrivono il corpo ideale come corpo «in forma», in salute, ma che non corrisponde necessariamente a criteri estetici specifici. Nessun intervistato ha risposto citando il corpo di una persona famosa, di un *influencer*, del mondo sportivo o del mondo dello spettacolo. Piuttosto, i genitori hanno elencato le caratteristiche del corpo ideale facendo riferimento al fatto questo debba essere «non in sovrappeso» e «tonico» come elemento di prevenzione da determinate patologie. Quindi, per i genitori il capitale corporeo è generalmente connesso alla salute (benessere e rischi).

M. Ho pensato subito a un corpo in forma, ma non penso a nessuno in particolare. Oddio donne bellissime non mancano, poi però c'è la salute. Ecco forse a una certa età pensi più alla salute, no forse no (Int. 59-60).

7.3 Il capitale corporeo dei bambini e delle bambine

Ai genitori intervistati è stato chiesto di definire la forma fisica dei/delle propri/e figli/e. La reazione conseguente a tale quesito è stata “di difesa”. Ai ricercatori è sembrato che gli intervistati si sentissero in qualche modo “giudicati” e che si trattasse proprio della domanda che introduceva il “problema” dell'obesità infantile, rispetto alla quale, soprattutto le mamme, nutrono un forte senso di colpa.

Comunque, gli aggettivi con cui è stata descritta la forma fisica dei bambini e delle bambine sono stati diversi: «tozzetta»; «rotondina»; «stagno»; «tamugno»; «cicciettello»; «in carne»; «non esile»; «tondina»; «leggermente in sovrappeso»; «ben messa»; «roccia».

Nella semantica utilizzata per riferirsi alle figlie femmine è stata utilizzata spesso la forma diminutiva e/o vezzeggiativa. Diversamente, per i figli

maschi sono stati richiamati attributi ed elementi riconducibili alla «forza fisica» e all'idea di «prestazione» da offrire (in particolare sportiva).

Le descrizioni dei figli fatte dai genitori sono immediatamente accompagnate da una giustificazione relativa al fatto che il figlio o la figlia sono comunque in salute, che stanno bene e che dal punto di vista dei genitori – in questo caso soprattutto di mamme – non si tratta tanto di bambini/e in sovrappeso, ma semplicemente di bambini/e in buona forma fisica e «non eccessivamente magri».

M. Secondo me è un bimbo sano, forte, assolutamente, fisicamente fa molte attività si muove molto quindi, non è un bambino... si è proprio massiccio nel senso che la sua dimensione adesso sta crescendo molto, quindi si sta anche... si è alzato molto e si è assottigliato, pur rimanendo comunque un bimbone eh, mantiene il sovrappeso. Però crescendo sta ottimizzando anche la sua resistenza nella corsa, soprattutto nel calcio che prima era un bambino che si stancava molto (Int. 11-12).

M. il discorso dell'obesità secondo me... non è mai stata obesa mia figlia [la mamma ci mostra delle foto della figlia]. Questa è [lei], vedi che è tozzetta? Qua ha la giacca, ma c'è una foto anche dove è rotondina, ma non è, almeno io, poi magari noi la vediamo così perché... (Int. 9-10).

M. io la vedo rotondina ma nulla di esagerato. La pediatra invece mi ha detto che è nella prima fascia dell'obesità. A me non sembra però. Secondo me i grassi sono più grossi. Però devo dire che lei si sta trasformando tanto, soprattutto in altezza. Sarà quello? Sarà un insieme di cose? Comunque, per me è più un essere formosa. Lei invece penso che si veda un po' rotondina appunto, ma non ha amiche più magre di lei. Si confronta con le sue amiche, ma o sono dieci volte più grosse di lei, o sono quelle minuscole che sono magrissime perché hanno problemi di alimentazione. Ma l'essere un po' più rotondina non credo le crei dei problemi, anche se in generale è una bambina molto silenziosa. Di solito vengo a sapere le cose dopo mesi. Ma non l'ho mai sentita lamentarsi di qualcuno che la prende in giro... (Int. 43-44).

Alcuni genitori, in questo caso si tratta soprattutto di papà, mettono in correlazione la forma fisica del figlio con la propria, fornendo la giustificazione del sovrappeso rispetto al fatto che anche il papà o la mamma durante l'infanzia e la giovinezza erano robusti.

P. Ma lui, io lo vedo molto uguale a me, cioè come proprio fisicamente uguale a me, ha un'ossatura robusta, cioè grossa. E poi comunque mi rivedo a volte in quando io ero più piccolo. Lo vedo simile a come ero io alla sua età, ero un po' più tozzo diciamo, tondino. Sì, infatti, io da un lato, a differenza di lei, mi preoccupa meno [...] cioè approvo il percorso che sta facendo, però diciamo che non sono molto ligio ad attenermi alle regole che mi dice anche lei, perché comunque io lo vedo come me e vedo come sono arrivato ora e

per me è un passaggio che lui farà quando poi arriverà all'adolescenza. Ha proprio lo sviluppo effettivo (Int. 7-8).

In modo netto, la maggior parte dei genitori afferma che il/la proprio/a figlio/a non è obeso/a, ma è semplicemente di costituzione «robusta», come del resto gran parte dei membri della famiglia. In alcuni casi i genitori spiegano che il sovrappeso del figlio o della figlia non può essere considerato come patologico, perché già presente dalla nascita e perché presente nelle generazioni famigliari. Tale aspetto sembra essere utile ai genitori per giustificare che si tratta di una caratteristica «fisica» o «congenita», ovvero che non può essere imputata a condizioni ambientali o a una cattiva alimentazione.

M. Lei è fantastica, è una bambina molto solare e contagiosa, allegra. Poi è sempre stata molto brava, è una bimba molto testarda, se vuole fare una cosa la vuole fare. Per dire, a ginnastica artistica era una delle poche bimbe che sapeva fare la spaccata, nonostante fosse un po' rotondina. Invece, le altre erano tutte molto lineari. No, non la vedevo grassa. Per me lei è stupenda così com'è. Infatti, quando andavo dalla pediatra le dicevo: "ma come fa a dirmi che è sovrappeso?". Dicevo "per me è meravigliosa, non è possibile". Non li vedevo questi chili in più che potevano esserci. Poi, magari, a ginnastica artistica un po' l'ho notato, perché vedendo queste bimbe che erano molto lineari, allora dicevo "mamma mia!". Però lei era bravissima perché sapeva fare tutte le... non si è mai sentita quella sminuita (Int. 39-40).

Solo in un paio di casi le mamme hanno manifestato preoccupazione per la condizione fisica del/la figlio/a avendo notato un loro affaticamento fisico durante momenti ludici con i pari che prevedevano attività motoria.

I genitori non sembrano essere preoccupati dell'attuale problema di obesità del/la proprio/a figlio/a, quanto piuttosto di «cosa possa accadere» loro durante l'adolescenza al persistere del sovrappeso, soprattutto rispetto all'accettazione di sé e all'accettazione da parte degli altri.

Durante l'intervista abbiamo cercato di capire se il sovrappeso avesse rappresentato, per i bambini e le bambine, una fonte di disagio o un ostacolo nella relazione con i pari.

Possiamo dire che nella maggioranza dei casi i genitori hanno risposto che il sovrappeso del/la figlio/a non costituisce un ostacolo relazionale. La prima risposta dei genitori è sempre stata accompagnata da una descrizione particolareggiata dei tratti caratteriali legati alla socievolezza, alla simpatia, alla bontà del/la proprio/a figlio/a.

A proposito di capitali ci è sembrato di osservare che i genitori provassero a giustificare la scarsa accettazione sul piano fisico del/la proprio/a figlio/a da parte dei/delle compagni/e, con un'accettazione che avviene non sul piano fisico, ma piuttosto su quello relazionale. L'idea è quella secondo cui, già a partire dall'infanzia, sia necessario sapere convertire le risorse fisiche e

corporee in risorse relazionali. In questo modo sembra che i genitori giustifichino una logica compensativa: è in sovrappeso ma simpatico/a e si fa voler bene da tutti. Tuttavia, questa logica compensativa sembra pericolosa perché non consente di porre la giusta attenzione sulle questioni fisiche e di salute del corpo, così come sugli eventuali rischi connessi agli stili di vita non sani.

Se la prima reazione dei genitori è stata di tipo difensivo, le domande successive hanno fatto emergere un quadro emotivo più complesso, in cui madri e padri hanno raccontato delle difficoltà che il/la figlio/a ha incontrato nel rapportarsi con alcuni/e compagni/e, in alcuni casi dell'affaticamento fisico nello svolgere un'attività motoria routinaria.

M. Mah, questo no, perché è una bambina solare. Più che altro è lei che si sente correre diversamente rispetto agli altri e fa cose diverse, quando magari tutti corrono, lei corre di meno, ma non credo che per ora ne faccia un problema, perché in fondo sono giochi e sport e sono ancora piccoli, sono diciamo delle attività di gruppo. Credo che possa crearle delle difficoltà se arriverà così a 15 anni, che lì cominciano i problemi... (Int. 7-8).

M. A mio figlio chiedo sempre “ti prendono in giro?” ... sì, l'anno scorso c'era una femmina, che non me l'aspettavo da una femmina, che l'ha preso un po' in giro e l'ha fatto piangere. Non me l'aspettavo da una ragazzina, io pensavo sempre tra i maschi, sono un po' aggressivi: è stato così male che è arrivato a casa a piangere. E poi al gest, l'anno scorso, una bimba l'ha preso in giro e gli ha detto “ah, sei grosso”, “sei grande”. È molto sensibile. È per quello che anche secondo me lo tocca subito se lo prendi in giro o gli dici qualcosa, si emoziona subito. Non è un bambino che si tiene il muso o resta così, tira fuori le emozioni subito. Gli vengono le lacrime subito (Int. 55-56).

Come abbiamo visto, i genitori non sono totalmente consapevoli dell'obesità del/la figlio/a. Al contrario, in molti casi essi ritengono che il sovrappeso sia indicatore di una buona forma fisica, di «buona salute». Piuttosto che allinearsi all'interno di un discorso medico di malattia o di una categoria sociale stigmatizzata, i genitori hanno collocato le esperienze dei figli all'interno di narrazioni più ampie, in cui è stato dato risalto alle loro storie di vita e alle loro relazioni di genere con le famiglia e coi pari.

7.4 La routine quotidiana dei bambini e delle bambine tra stile di vita e alimentazione

Durante l'intervista con i genitori abbiamo indagato anche quale sia la routine quotidiana dei loro bambini e delle loro bambine, al fine di comprendere con chi trascorrono la maggior parte del loro tempo, se e quanto

conducono una vita sedentaria, quali cibi preferiscono consumare, con quale frequenza e a quali orari.

Dalle interviste è emerso un profilo di *routine* che accomuna tutti i bambini e le bambine coinvolte nello studio. I bambini e le bambine trascorrono la maggior parte della giornata a scuola, perché frequentano il tempo pieno ed escono quindi tra le 16:00 e le 16:30.

Si alza alle 7.00, fa colazione, fino a poco tempo fa con tè e brioche, perché il latte non esiste. La brioche fatte da noi o con una tortina, sempre sul dolce, l'abbiamo sempre abituata così. Poi il papà la porta a scuola, visto che io sono già a lavorare, dopo ha scuola, arriva a casa alle 16.30, però prima dell'uscita le danno un frutto per merenda, lei lo mangiava volentieri perché aveva una fame esagerata. Lei spesso faceva il bis, lei me lo diceva. Insomma, lei aveva la sua libertà di scelta. Io non ho mai contestato niente. Lei mangiava quello che voleva. Arriviamo a casa alle 16.30 e lei spesso ha i compiti. Ci sono sempre io e finché facevamo attività fisica era tutto un corri corri, "Dai", prendi la borsa che era già pronta sull'uscio e andare in piscina. Un'ora che poi diventa un'ora e mezza, dopo la piscina un pacchetto di patatine oppure la facevo rilassare e non le ho mai negato le patatine. Tutti alimenti che forse adesso in questo percorso ci sto pensando che era meglio non darle (Int. 39-40).

Quando i bambini e le bambine escono da scuola è sempre la famiglia a occuparsi di loro. Nella maggior parte dei casi si tratta dei genitori, mentre in alcuni casi intervengono i nonni. Nessuno ha raccontato di utilizzare servizi di attività di *post* scuola o di *baby-sitter* per la cura e l'accudimento dei bambini durante il pomeriggio. Questo è possibile perché molti genitori lavorano con la modalità a turni e riescono quindi a organizzarsi in modo tale che uno dei due sia presente, oppure, in alcuni casi, le madri lavorano *part-time* e al pomeriggio concludono l'attività lavorativa in tempo per andare a prendere i propri figli/le proprie figlie a scuola. Possiamo quindi affermare che i bambini e le bambine sono seguiti dalla famiglia e passano la maggior parte del loro tempo tra la scuola e l'ambiente familiare.

Come abbiamo visto dall'analisi dei dati presentata nei primi paragrafi, la letteratura nazionale e internazionale, descrive i bambini con problemi di sovrappeso come bambini sedentari. L'ipotesi che accomuna diverse discipline è che si tratti di bambini e bambine che trascorrono gran parte del loro tempo libero guardando la televisione o utilizzando dispositivi per giocare, ascoltare musica, produrre video, ecc.

In questa direzione, i racconti dei genitori hanno fatto emergere una realtà diversa. Oltre all'attività motoria curriculare, di due ore a settimana fatta a scuola, i bambini e le bambine svolgono mediamente due attività sportive extra-scolastiche, con un impegno di 3/4 pomeriggi a settimana. I bambini e le bambine che al momento dell'intervista non stavano facendo attività sportiva erano soltanto due. Nel primo caso si trattava di una bambina con

problemi respiratori sottoposta a cura con cortisone che aveva dovuto sospendere l'attività motoria per evitare ricadute. Nell'altro caso, si trattava di una mamma che, abitando in un Comune poco servito in termini di palestre e spazi ricreativi per bambini e bambine, non riusciva a organizzarsi per accompagnare la figlia a svolgere attività sportiva.

Complessivamente, ciò che emerge dalle interviste è un "sovraccarico" di attività dei bambini e delle bambine: terminata la giornata scolastica sono impegnati almeno tre pomeriggi su cinque, in varie attività sportive e ricreative. Meno frequente è l'attività fisica fatta insieme alla famiglia attraverso camminate o «biciclettate», dedicate prevalentemente alla gestione degli spostamenti inerenti alla *routine* quotidiana. L'attività fisica fatta dai bambini è sempre strutturata all'interno di tempi e spazi dedicati. Le famiglie sembrano non aver ancora mutato le proprie abitudini quotidiane rispetto a quanto suggerito dal percorso GET, anche attraverso l'utilizzo del «contapassi», utile per indicare che uno stile di vita salutare prevederebbe una certa quantità di passi quotidiani da farsi negli spostamenti fra la casa, la scuola, il lavoro, ecc.

La maggior parte delle famiglie raccontano di aver accolto con entusiasmo la proposta di utilizzare il contapassi, di averlo utilizzato per un breve periodo sufficiente a capire quale era l'effettivo numero di passi svolti, ma di averlo poi abbandonato, perché non in grado di cambiare le proprie abitudini. I genitori affermano che per aumentare l'attività fisica svolta come parte integrante della propria *routine* quotidiana non c'è sufficiente tempo a disposizione.

A pranzo i bambini mangiano a scuola (tranne un paio di eccezioni) servendosi del servizio mensa gestito da una società esterna. Il pasto in mensa è complessivamente apprezzato e costituisce una sorta di «sollievo» per le mamme, perché si tratta di un pasto «in meno» da preparare. A ciò si aggiunge «la tranquillità» del pasto in mensa, data dal fatto che medici e nutrizionisti hanno studiato il menù per bilanciare le calorie e i diversi aspetti nutrizionali.

Alcuni bambini hanno difficoltà a mangiare piatti di un menù variegato che non appartengono alla tradizione culinaria del territorio. Di conseguenza, alcuni genitori lamentano la difficoltà nell'ottenere un pasto «alternativo» quando i motivi sono legati a preferenze di gusto, piuttosto che di salute. Quindi, rispetto alla gestione del pasto a scuola gli interventi promossi da alcuni genitori si limitano alla richiesta diretta alle insegnanti di non dare più razioni (il cosiddetto bis) al proprio figlio o alla propria figlia.

M: fanno una piccola merenda di frutta alle 9.00 e dopo c'è la mensa scolastica, dove vengono portati i pranzi pronti della CIR. All'asilo c'era la cucina interna ed era abituata in quel modo. Invece alle elementari, con i pasti pronti, abbiamo avuto dei problemi. Non sempre [la figlia] condivideva il pranzo perché c'erano delle pietanze che lei non riconosceva, sono messe su vassoio

e chiuse ermeticamente, quindi il piatto risulta tutto un altro lavoro. C'è la condensa, anche il fritto non è come a casa, oppure il pesce proprio non lo mangiava perché le dava proprio fastidio. Lei si accontentava con dell'insalata, scartava proprio il piatto. Poi i menù, purtroppo, si ripetono di settimana in settimana. Rinunciava, ma non ha mai contestato una pietanza. Però le piacevano le vellutate e i legumi. La gestione dei pasti comincia a farsi complessa per i genitori dal momento della merenda pomeridiana fino alla cena (Int. 37-38).

I genitori raccontano che i bambini escono da scuola affamati, anche per il fatto che non sempre completano il pasto della mensa. Questo «picco di fame» si associa a un momento in cui i bambini e le bambine si rilassano perché hanno terminato la giornata scolastica e si dedicano ad attività ludiche e distensive oppure si dedicano alle attività sportive extrascolastiche.

Il momento della merenda coincide con il ricongiungimento con un genitore che è scarsamente propenso ad attivare un controllo e un rispetto delle regole offerte dal servizio e riferite alla qualità nutrizionale e alla quantità di cibo da consumare. La merenda si consuma recandosi insieme ad amici al panificio vicino a casa, oppure si mangiano merendine e prodotti che contengono un'adeguata dose di zuccheri e grassi utili a compensare il pasto ridotto consumato a scuola e le energie che sono richieste dall'attività sportiva pomeridiana. Spesso i genitori, con la finalità di voler sostenere in modo adeguato lo sforzo fisico fatto dal/la figlio/a durante l'attività sportiva, gli/le propongono una merenda usciti da scuola e uno spuntino terminato l'allenamento, in modo che non abbia troppa fame prima della cena.

P. Eh ci sono un sacco di bimbi che non mangiano tutti i cibi.

M. Questo è un problema per noi, perché lui finisce la scuola alle 16.00, poi dopo va a un dopo-scuola, perché io fino alle 16.30 non arrivo, quindi dopo scuola è affamato, ha una merenda da gestire che sono crostatine al cioccolato, ovvio, non ha mangiato, ne mangia due. Poi dopo 2 ore ha la cena e deve andare a karate, perciò, oltre alle 2 crostatine devo fare un panino. Perché se no non riesce ad allenarsi. Tutte queste cose stavano influenzando in modo molto negativo, ma quest'anno a scuola è stato molto più bravo, le maestre non si stanno lamentando. Però loro hanno la politica che devono «assaggiare un po'tutto» e questo è sempre un bene (Int. 57-58).

P: arrivava a casa alle 4 che aveva fame, ma perché aveva mangiato poco, perché alla fine non era sazio e soddisfatto ecco, quindi ecco la merenda a casa. La merenda a casa mangia, poi mangiare solamente un frutto diventava dura perché avendo tanta fame...

M: Solo un frutto ti mangia la mela, perché la mela non la rifiuta mai, [...] però dopo dice "e poi?" Quindi dagli due cracker, dagli una fetta di pane da toast, insomma, un po' così, ma anche li combattevamo un po' perché dico "cavolo però, se poi non ha mangiato prima questo ha fame"! [sorridente], con la mela non si sazia

P: Uno mangia i tavolini come si dice da noi e poi la sera a cena... (Int. 41-42).

Come abbiamo descritto nei paragrafi precedenti, la cena è spesso consumata molto tardi la sera per permettere a tutti i membri della famiglia di rientrare dalle proprie attività e di preparare il cibo. Questa abitudine fa sì che nel pomeriggio, in molte famiglie, vengano gestiti più momenti di merenda e di spuntino e che, una volta consumata la cena, non ci sia un tempo adeguato alla digestione. Durante la cena e i pasti insieme ai genitori risulta complesso gestire una riduzione della porzione ed evitare le «doppie razioni».

Dalla maggior parte dei genitori è stato riferito di bambini/e che hanno una dieta abbastanza varia e che non hanno grosse difficoltà ad assaggiare gusti nuovi, ma c'è comunque la preferenza per cibi «saporiti», raffinati e dolci, mentre il consumo di frutta e verdura è decisamente marginale.

Una mamma racconta di come la figlia scelga i cibi in base ai colori, rifiutando alimenti che hanno colori brillanti e accesi (quali quelli di frutta e verdura) preferendo cibi dal «colore scuro», che rappresenta per lei un indicatore della presenza di cioccolato o cacao. Allo stesso modo, l'attenzione è posta anche alla forma di determinati prodotti, quali ad esempio merendine e biscotti, che devono coincidere con i prodotti di marca più diffusi perché rappresentano un gusto noto e quindi una sicurezza o un elemento confortevole per il/la bambino/a.

Questi elementi ci inducono a considerare la questione riferita al rapporto tra il cibo e le emozioni, presente anche nella vita dei più piccoli. I bambini e le bambine che i genitori ci hanno descritto non si limitano a un consumo talvolta eccessivo di cibo, ma si tratta di bambini e bambine che mangiano con gusto, per cui il cibo rappresenta una evidente fonte di piacere, un'attività appagante a cui dedicarsi. Una mamma ha descritto dettagliatamente il modo in cui il figlio mangia per concludere dicendo che: quando il figlio mangia «sembra che faccia l'amore con il cibo».

Non siamo in grado di determinare quanto la descrizione che i genitori restituiscono sia totalmente riferita al figlio o alla figlia e quanto si tratti di un meccanismo di proiezione. In quanto sociologi, questo aspetto non interessa nei termini che incuriosirebbero uno psicologo: il nostro interesse è rivolto alle pratiche e ai linguaggi che permettono la riproduzione sociale e nello specifico la socializzazione dei più piccoli ad *habitus* e stili di vita riferiti a cibo e alimentazione.

Come abbiamo visto, i genitori non sono totalmente consapevoli del problema di obesità del figlio o della figlia e in molti casi ritengono che il sovrappeso sia indicatore di buona forma fisica e salute.

Gli intervistati, mediamente, si stanno confrontando da circa un paio di anni con la condizione di obesità infantile. In precedenza, per loro l'obesità non poteva riguardare i bambini, perché il sovrappeso avrebbe indicato nel

bambino un buon rapporto con il cibo, una buona forma fisica associata a una buona salute e una buona capacità di affrontare l'ambiente esterno.

Per tutte le famiglie intervistate, la diagnosi di obesità è stata riferita dalla pediatra (in tutti i casi sono state citate dottoresse) durante una visita riferita al periodico bilancio di salute. Non è possibile individuare un'età specifica in cui avviene questo tipo di diagnosi, per i bambini e le bambine coinvolti nello studio possiamo indicare una fascia d'età compresa fra i 5 e gli 8 anni. I pediatri e le pediatre, durante i bilanci di salute, tengono monitorati una serie di parametri, tra cui il BMI, con finalità di prevenzione. Nel caso in cui i valori di peso e altezza del bambino o della bambina superino i valori previsti dalle curve di crescita, i pediatri e le pediatre sono tenuti a rinviare il paziente ai servizi sanitari specialistici. Viene, di conseguenza, attivato un protocollo sanitario che prevede un esame del sangue e un'eco-addome per escludere che il sovrappeso sia causato da questioni endocrinologiche, da disfunzioni di altri organi o eventuale presenza di altre patologie.

Il risultato negativo di questi esami fa sì che il bambino o la bambina venga preso in carico dai servizi territoriali per il trattamento, definito di secondo livello, dell'obesità definita. Nel caso in cui lo *screening* risulti positivo il bambino o la bambina viene affidato/a ai medici specialisti del reparto di pediatria dell'ospedale di riferimento. Nel caso di Reggio Emilia il servizio territoriale che si occupa della gestione dell'obesità infantile di secondo livello è il GET, *Gruppi di educazione terapeutica* per il trattamento dell'obesità infantile²⁸.

8. Conclusioni

L'analisi che abbiamo condotto nelle pagine precedenti ci ha permesso di comprendere stili di vita e pratiche alimentari di famiglie con bambini e bambine con problemi riferiti alla gestione del peso e quindi seguiti dai servizi sociosanitari territoriali.

Come abbiamo illustrato nei paragrafi di apertura, a livello di letteratura internazionale, il problema è affrontato in termini di: scarsità o assenza di attività fisica da parte dei/delle bambini/e e dei/delle ragazzi/e; stili di vita caratterizzati da bassi tassi di socialità e quindi da un utilizzo intenso di TV, videogiochi e *device* digitali per l'intrattenimento, e infine da un consumo elevato di cibo cosiddetto "spazzatura", perché raffinato, con un elevato contenuto di zuccheri e poco nutriente.

L'indagine che abbiamo condotto, adottando un approccio in linea con gli studi di Pierre Bourdieu, ci ha permesso di osservare la famiglia come un vero e proprio «campo» in cui i diversi soggetti giocano la propria partita per

²⁸ Il servizio GET è descritto e analizzato all'interno dei capitoli 6 e 7 di questo volume.

l'ottenimento di un determinato ruolo e di una posizione riferita alla dotazione e allo sviluppo dei propri capitali.

Quindi, la famiglia costituisce un contesto fondamentale per la formulazione di *habitus* intesi come quel sistema di schemi percettivi, di pensiero e di azione acquisiti in maniera duratura e generati da condizioni oggettive. L'*habitus* diviene l'elemento centrale della riproduzione sociale e culturale perché è capace di generare comportamenti regolari e attesi, che condizionano la vita sociale degli individui.

Abbiamo visto che per i genitori intervistati il cibo è sì funzionale alla vita del corpo, ma si configura per lo più come un vero e proprio linguaggio che veicola significati, emozioni e sentimenti. Questa valenza del cibo è spesso valorizzata attraverso l'elemento del ricordo e della memoria. Ciò dimostra come la volontà di trasmissione dei significati è molto presente e forte soprattutto da una generazione all'altra: mantenendo vivi i sapori, le pratiche culinarie e di condivisione, capaci di sedimentare elementi di senso e di valore, i genitori provano a trasmettere ai/alle propri/e figli/e l'*habitus* familiare. Gli elementi del ricordo e della trasmissione generazionale dei significati e delle pratiche del cibo pongono in evidenza una serie di interessanti dinamiche familiari. Le interviste hanno fatto emergere come la trasmissione e la valorizzazione delle pratiche riferite al cibo e all'alimentazione dai genitori ai propri figli risultino problematiche per una serie di ragioni che sono direttamente correlate con i cambiamenti epocali avvenuti negli ultimi decenni e che hanno investito gli stili di vita di uomini e donne che, quotidianamente, cercano di gestire una pluralità di ruoli (familiari, professionali, pubblici, ecc.) in un contesto definito sempre più rischioso e imprevedibile, anche per la scarsa presenza di riferimenti fissi e forti.

La letteratura nazionale e internazionale su cibo, famiglia e obesità, suggerisce che queste difficoltà sono più accentuate tra le famiglie con *status* socioeconomico medio basso. La ragione risiederebbe in una scarsa riflessività capace di analizzare rischi, opportunità e la conseguente *agency* "in linea" con le sfide in atto nell'ambito dell'alimentazione. Lo studio che abbiamo condotto ci ha restituito uno spaccato familiare non totalmente in linea con le principali evidenze riportate in letteratura. Come si ricorderà, tutte le coppie coinvolte nella ricerca hanno uno *status* socioeconomico medio-basso, ma hanno comunque mostrato una discreta consapevolezza dei significati e delle valenze che possiede il cibo nel nostro contesto culturale. Al contempo, sembrano mostrare una buona consapevolezza dei rischi per la salute connessi a una alimentazione non sana. Gli stili di vita salutari e gli elementi che caratterizzano una corretta alimentazione sono riconosciuti come tali, soprattutto durante l'età dello sviluppo del bambino (ad esempio, tutti i bambini e le bambine fanno regolare attività sportiva). Ciò nonostante, questo insieme di consapevolezze fatica a tradursi nelle pratiche quotidiane.

Le famiglie intervistate evidenziano al loro interno (e conseguentemente verso l'esterno) una forte divisione del lavoro che si struttura lungo l'asse di genere. Rispetto al tema oggetto di studio è emerso un ruolo centrale ricoperto dalle madri, sia in merito all'attività di pianificazione dei pasti (spesa e organizzazione dei menù), sia rispetto alla loro preparazione, così come rispetto all'attenzione e dedizione riferita alla socializzazione dei/delle figli/e a stili di vita sani.

Tutti i suddetti compiti, il loro intreccio e la loro realizzazione, comportano spesso nelle mamme un sentimento di frustrazione. Come è stato dettagliatamente analizzato, nelle mamme si sviluppa un forte senso di responsabilità prima e di colpa poi, per non essere sempre in grado di porre in una relazione di equilibrio gli impegni professionali con quelli famigliari.

Le mamme si dicono informate e consapevoli rispetto agli stili di vita sani, alle indicazioni per una corretta alimentazione, ma denunciano una forte carenza di tempo che non permette – nello specifico dei temi trattati – di preparare pasti a base di verdure, cereali e legumi e di affiancare all'alimentazione un'attività motoria quotidiana che coinvolga anche i figli – ad esempio rispetto agli spostamenti quotidiani tra casa-scuola-lavoro, casa dei nonni, ecc. – e diventi parte del proprio stile di vita.

Le mamme intervistate iscrivono le pratiche riferite alla preparazione dei pasti e all'alimentazione all'interno di una semantica di cura. Poter procurare nel quotidiano cibo fresco e di qualità, dedicarsi alla sua preparazione, soddisfare le esigenze e i gusti di ciascun membro della famiglia, così come poter condividere con parenti e amici un piatto della tradizione fatto con le proprie mani, è un vero e proprio segno di «amore» che le donne madri compiono verso i propri figli e il proprio partner.

Se oggi è vero che i gruppi abitativi sono separati per il diffondersi del modello della famiglia nucleare, i gruppi di consumo alimentare sono ampiamente misti e in essi le relazioni di parentela sono strette. Le relazioni di cura che si intrecciano, riferite al cibo e all'alimentazione, sono numerose e portano inevitabilmente a una ambivalenza di sentimenti e a far sì che i diversi membri della famiglia, attraverso le pratiche alimentari e il corpo, sviluppino linguaggi non verbali specifici che veicolano significati non sempre di facile e immediata comprensione. A questo proposito basti pensare che, in più di un terzo delle famiglie intervistate, i genitori si trovano a dover gestire problemi di sovrappeso in un/a figlio/a e problemi di sottopeso nell'altro/a.

Con il termine cura si fa riferimento a un legame sentimentale, di solito reciproco, fra “chi si prende cura” e “chi la riceve”, un legame tale per cui chi presta assistenza si sente responsabile del benessere di qualcun altro e, al contempo, mette in campo le proprie forze emotive, mentali e fisiche per ottemperare a tale responsabilità (Mortari, 2015). Emergono, così, gli aspetti controversi e ambivalenti della cura, tema centrale delle relazioni famigliari.

L'intreccio tra cibo e amore come pratica di cura ha origini molto antiche. Gli antropologi ci ricordano che il XII e il XIII secolo videro la nascita dell'ideologia "cortese" del cibo parallelamente a quella dell'amore cortese. Di conseguenza, è abbastanza semplice comprendere come all'interno di questo intreccio si sia poi inserito l'elemento del femminismo e come si sia sviluppata una femminilizzazione della cultura del cibo. In Francia, nel XVIII secolo, per via della natura altamente differenziata della vita di corte, le donne avevano una posizione cosiddetta "privilegiata" rispetto alle compagne di altri Paesi Europei (come, ad esempio, l'Inghilterra e l'Italia) e in quel caso l'importanza e lo sviluppo dell'*haute cuisine* vennero messe in connessione con la condizione della donna nella vita urbana, parigina e non solo. La preparazione del cibo era un'attività prestigiosa, specialmente nel contesto competitivo dell'intrattenimento degli ospiti e degli invitati, gestita e supervisionata dalle donne. In quell'epoca, lo stile e l'eleganza di quelle occasioni esercitavano un'influenza non trascurabile sui nuclei domestici definiti "più ordinari," sia rispetto alla preparazione dei piatti sia rispetto alle maniere da tenere a tavola. La preparazione del cibo a opera delle donne divenne via via non semplicemente un elemento di contorno, funzionale al nutrimento, ma una componente essenziale della vita familiare. La donna acquisì il ruolo di colei che provvede al nutrimento dei membri della famiglia, nucleare e allargata. In quest'ultimo caso, come analizzato, entrano in campo dinamiche generazionali che s'intrecciano a quelle di genere e che portano al centro il ruolo della donna più anziana; la nonna è in questi casi la depositaria della cultura gastronomica della tradizione e delle sue pratiche di trasmissione.

Per gli uomini si affermò invece un luogo "eccezionale" legato alla preparazione dei pasti fuori dal nucleo familiare. I cuochi prestigiosi (oggi stellati) erano (e sono) maschi. Bourdieu nel suo saggio *Il dominio maschile* (1998) ci parla a questo proposito di *doppio standard*, che instaura un'asimmetria radicale nella valutazione delle attività maschili e femminili. Le stesse attività possono essere considerate nobili e difficili quando svolte da uomini (fuori dalle mura domestiche), facili e routinarie quando svolte dalle donne (all'interno delle mura domestiche).

La cura, anche rispetto alle pratiche riferite al cibo, diviene allora un problema legato alla giustizia e alle disuguaglianze nel momento in cui le donne sono i soggetti che spesso si trovano "obbligati" a fornire attività di cura in virtù di un'iniqua divisione dei compiti fra i generi, sia tra le mura domestiche, sia nel più ampio contesto sociale (Saraceno, 2012; ISTAT, 2016). Questa prospettiva ci porta a evidenziare diverse criticità (oltre a quelle già note in letteratura) e a osservare la questione del cibo e delle relazioni famigliari legata al riconoscimento dei diritti, della cittadinanza e della giustizia.

Vi è una corrente di studiosi²⁹ che propone di porre a fondamento di ogni teoria etica e della cittadinanza l'atteggiamento di cura per comprendere e ridefinire l'idea di cura non soltanto come causa di disuguaglianze, ma piuttosto come la dimensione umana da valorizzare. Se si pone tale riconoscimento a fondamento di etica e cittadinanza, in che modo si riscrivono le relazioni tra famiglia, cibo, alimentazione, diritti e istituzioni? Una possibile risposta a questo interrogativo (che tiene conto di quanto analizzato e delle esperienze in atto sui territori) è che l'esercizio di ricomposizione è compito delle politiche pubbliche, delle leggi e anche delle politiche culturali: sono queste a evitare che il "fardello" della cura venga affrontato solo all'interno della famiglia, enfatizzando disuguaglianze di genere e generazionali.

La cura – che si tratti di questioni sociosanitarie, dell'educazione, piuttosto che del nutrimento – diviene così, in questo senso eminente, non soltanto un nodo irrisolto della vita pratica delle donne, ma una questione irrisolta nella più ampia teoria della cittadinanza contemporanea (Kittay, 2010). Rispetto al tema dei diritti e del cibo è interessante recuperare le dichiarazioni che Hilal Elver, relatrice Speciale ONU sul diritto all'alimentazione, ha rilasciato nell'aprile 2020 al termine di un rapporto d'inchiesta riferito a una missione in Italia: «L'Italia inserisca il diritto all'alimentazione sana nella sua Costituzione»³⁰. Il «diritto a una alimentazione adeguata» è un concetto che deriva dall'articolo 11 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966, concetto ulteriormente articolato e interpretato nel 1999 dal Comitato dei diritti economici, sociali e culturali e con le *Linee guida volontarie del diritto all'alimentazione* del 2004.

Si intende garantire, nell'alveo dei diritti umani fondamentali, un'adeguata quantità, ma soprattutto un'adeguata qualità del cibo per evitare problemi legati a sovrappeso e obesità.

Nella nostra Costituzione non esiste un articolo esplicitamente dedicato a questo tema, che può essere tutelato solo indirettamente facendo riferimento al diritto alla vita e al diritto alla salute. Però, di fatto, in Italia è affrontato solo tramite interventi di tipo caritativo, occupandosi di chi ha un accesso al cibo quantitativamente limitato.

Per riconoscere, promuovere e garantire un diritto all'alimentazione sana occorre intervenire sulle politiche riferite alla sicurezza alimentare, al processo decisionale e all'accesso alla giustizia quando si verifica una violazione del diritto all'alimentazione. Le politiche sociali e le loro linee attuative

²⁹ Il riferimento è al lavoro di Martha Nussbaum, Amartya Sen e di John Rawls. La tematica del riconoscimento dei diritti come elemento costitutivo dell'etica della cura viene approfondito da Eva Kittay.

³⁰ Per approfondire quanto emerso durante la visita ispettiva dell'Onu in Italia sul tema del cibo e dell'alimentazione si rimanda al seguente indirizzo: <https://unric.org/it/la-special-rapporteur-onu-sul-diritto-all'alimentazione-hilal-elver-incontra-la-stampa-a-roma-altermine-della-sua-missione-di-11-giorni-in-italia/>.

a livello di intervento locale diventano una risorsa fondamentale affinché, in riferimento alla famiglia, si perpetuino disuguaglianze di genere, generazionali e tra classi. I livelli su cui occorre lavorare per attuare i diritti di cura nell'ambito dell'alimentazione riguardano: 1) un'equa redistribuzione del lavoro di cura familiare; 2) un ruolo attivo e alleviante dello stato rispetto ai compiti di cura; 3) un mondo del lavoro che coinvolga uomini e donne e che sia conciliante; 4) l'idea della cura come valore per rendere sostenibili le nostre società; 5) percorsi di formazione e accompagnamento alla divulgazione di pratiche alimentari sane e sostenibili.

Ciò che abbiamo compreso da questa analisi è che le famiglie non sono "strutturalmente" incapaci di attuare una corretta alimentazione e stili di vita sani, ma vi sono una serie di dinamiche culturali che i servizi che le affiancano dovranno necessariamente tenere in considerazione e rispetto alle quali si dovranno prendere cura.

Bibliografia di riferimento

- Abidin R.R., Jenkins C.L., McGaughey M.C. (1992), *The relationship of early family variables to children's subsequent behavioral adjustment*, «Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology», 21, (1), pp. 60-69.
- Abreva J., Tang H. (2011), *Body mass index in families: spousal correlation, endogeneity, and intergenerational transmission*, «Empirical Economics», 41, (3), pp. 841-864.
- Ackard D.M., Neumark-Sztainer D., Story M., Perry C. (2003), *Overeating among adolescents: Prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health*, «Pediatrics», 111, pp. 67-74.
- Ajslev T., Andersen C., Gamborg M., Sørensen T.I., Jess T. (2011), *Childhood overweight after establishment of the gut microbiota: the role of delivery mode, pre-pregnancy weight and early administration of antibiotics*, «International Journal of Obesity», 35, pp. 522-529.
- Amuna P., Zotor F.B. (2008), *Epidemiological and nutrition transition in developing countries: impact on human health and development*, «Proceedings of the Nutrition Society», 67, (1), pp. 82-90.
- Anderson P.M., Butcher K.E. (2006), *Childhood obesity: Trends and potential causes*, «The Future of Children», 16, pp. 19-45.
- Arksey H. (1996), *Collecting data through joint interviews*, «Social Research Update», 15, pp. 1-8.
- Ashcroft J., Semmler C., Carnell S., Van Jaarsveld C.H.M., Wardle J. (2008), *Continuity and stability of eating behaviour traits in children*, «European Journal of Clinical Nutrition», 62, (8), pp. 985-990.
- Austin S.B., Haines J., Veugelers P.J. (2009), *Body satisfaction and body weight: Gender differences and sociodemographic determinants*, «BMC Public Health», 9, 313.

- Backett-Milburn K., Wills W., Roberts M., Lawton J. (2010), *Food, Eating and Taste: Parents Perspectives on the Making of the Middle-Class Teenager*, «Social Science and Medicine», 71, pp. 1316-1323.
- Bagnall A.M., Radley D., Jones R., Gately P., Nobles J., Van Dijk M., Blackshaw J., Montel S., Sahota P. (2019), *Whole systems approaches to obesity and other complex public health challenges: a systematic review*, «BMC Public Health», 19, (1), 8.
- Balia S., Jones A.M. (2008), *Mortality, lifestyle and socio-economic status*, «Journal of Health Economics», 27, (1), pp. 1-26.
- Ball K., Crawford D., Kenardy J. (2004), *Longitudinal relationships among overweight, life satisfaction, and aspirations in young women*, «Obesity Research», 12, (6), pp. 1019-1030.
- Ball K., Crawford D., Jeffery R.W., Brug J. (2010), “The role of socio-cultural factors in the obesity epidemic”, in Crawford D., Jeffery R.W., Ball K., Brug J. (eds.), *Obesity epidemiology: from Aetiology to Public Health*, pp. 105-118, Oxford Scholarship Online, Oxford.
- Banks M. (2001), *Visual Methods in Social Research*, Sage, London.
- Barlow S.E., and the Expert Committee (2007), *Recommendations regarding the prevention, assessment and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report*, «Pediatrics», 120 (Suppl 4), pp. 164-192.
- Barnett R.C., Gareis K.C., Brennan R.T. (2008), *Wives' shift work schedules and husbands' and wives' well-being in dual-earner couples with children a within-couple analysis*, «Journal of Family Issues», 29, (3), pp. 396-422.
- Bellah R., Masden R., Sullivan W.M., Swidler A., Tipton S.M. (1996), *Le abitudini del cuore. Individualismo e impegno nella società complessa*, Armando, Roma.
- Berge J.M., MacLehose R.F., Loth K.A., Eisenberg M.E., Fulkerson J.A., Neumark-Sztainer D. (2012), *Family meals. Associations with weight and eating behaviors among mothers and fathers*, «Appetite», 58, pp. 1128-1135.
- Berge J.M., Miller J., Watts A., Larson N., Loth K.A., Neumark-Sztainer D. (2018), *Intergenerational transmission of family meal patterns from adolescence to parenthood: longitudinal associations with parents' dietary intake, weight-related behaviours and psychosocial wellbeing*, «Public Health Nutrition, 21, pp. 299-308.
- Berge J.M., Wall M., Bauer K.W., Neumark-Sztainer D. (2010), *Parenting characteristics in the home environment and adolescent overweight: A latent class analysis*, «Obesity», 18, (4), pp. 818-825.
- Berge J.M., Wall M., Hsueh T.-F., Fulkerson J.A., Larson N., Neumark-Sztainer D. (2015), *The protective role of family meals for youth obesity: 10-year longitudinal associations*, «The Journal of Pediatrics», 166, pp. 296-301.
- Bertaux D., Bertaux-Wiame, W. (1997), “Heritage and its lineage: a case history of transmission and social mobility over five generations”, in Bertaux D., Thompson P. (eds.), *Pathways to social class*, pp. 62-97, Oxford University Press, Oxford.
- Beshara M., Hutchinson A., Wilson C. (2010), *Preparing meals under time stress. The experience of working mothers*, «Appetite», 55, (3), pp. 695-700.
- Bhavs S., Bavdekar A., Otiv M., IAP National Task Force for Childhood, Prevention of Adult Diseases: Childhood Obesity (2004), *IAP National Task Force for*

- Childhood Prevention of Adult Diseases: Childhood Obesity*, «Indian Pediatrics», 41, pp. 559-575.
- Billon S., Lluch A., Gueguen R., Berthier A.M., Siest G., Herbeth B. (2002), *Family resemblance in breakfast energy intake: the Stanislas Family Study*, «European Journal of Clinical Nutrition», 56, (10), pp. 1011-1019.
- Birch L.L., Fisher J.O. (1998), *Development of eating behaviours among children and adolescents*, «Pediatrics», 101, pp. 539-49.
- Birch L., Savage J.S., Ventura A. (2007), *Influences on the development of children's eating behaviours: from infancy to adolescence*, «Canadian journal of dietetic practice and research: a publication of Dietitians of Canada= Revue canadienne de la pratique et de la recherche en diététique: une publication des Diététistes du Canada», 68(1), s1.
- Biro F.M., Wien M. (2010), *Childhood obesity and adult morbidities*, «American Journal of Clinical Nutrition», 91, (1), pp. 1499-1505.
- Blaxter M. (2003), “Biology, Social Class and Inequalities in Health: Their Synthesis in ‘health capital’”, in Williams S., Birke L., Bendelow G. (eds.), *Debating Biology: Sociological Reflections on Health, Medicine and Society*, pp. 69-83, Routledge, London.
- (1990), *Health and Lifestyles*, Routledge, London.
- Bourdieu P. (2015), *La miseria del mondo*, Mimesis, Milano-Udine.
- Bourdieu P. (2009a), *Ragioni pratiche*, il Mulino, Bologna.
- Bourdieu P. (2009b), *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano.
- Bourdieu P. (2005), *Il senso pratico*, Armando, Roma.
- Bourdieu P. (2003), *Per una teoria della pratica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bourdieu P. (1983), *La distinzione. Critica sociale del gusto*, il Mulino, Bologna.
- Bourdieu P. (1993), *La famille comme catégorie réalisée*, «Actes de la recherche en sciences sociales», 100, pp. 32-36.
- Bourdieu P. (1987), *Choses dites*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- Bourdieu P. (1977), *Algérie 60. Structures économiques et structures temporelles*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- Bourdieu P. (1973), “Cultural Reproduction and Social Reproduction”, in Brown R. (ed.), *Knowledge, Education, and Cultural Change*, pp. 71-84, Tavistock Publications, London.
- Bourdieu P., Wacquant L. (1992), *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- Boutelle K.N., Cafri G., Crow S.J. (2011), *Parent-only treatment for childhood obesity: a randomized controlled trial*, «Obesity», 19, (3), pp. 574-580.
- Bowman S.A., Gortmaker S.L., Ebbeling C.B., Pereira M.A., Ludwig D.S. (2004). *Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey*, «Pediatrics», 113, (1), pp. 112-118.
- Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. (eds.) (2007), *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*, World Health Organization, Genève.
- Brannen J. (2015), *Fathers and sons: generations, families and migration*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Brannen J.M., O'connell R. (2017), *Food practices, intergenerational transmission and memory*, «The Journal of Psychosocial Studies», 10, (2), pp. 44-58.

- Britz B., Siegfried W., Ziegler A., Lamertz C., Herpertz-Dahlmann B.M., Remschmidt H., Wittchen H.U., Hebebrand J. (2002), *Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population-based study*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 24, pp. 1707-1714.
- Bronner Y. L. (1996), *Nutritional status outcomes for children: ethnic, cultural, and environmental contexts*, «Journal of the American Dietetic Association», 96, (9), pp. 891-903.
- Brown H., Hole A.R., Roberts J. (2013), *Going the same "weigh": spousal correlations in Obesity in the UK*, «Applied Economics», 46, (2), pp. 153-166.
- Brown H., Roberts J. (2013), *Born to be wide? Exploring correlations in mother and adolescent body mass index*, «Economics Letters», 120, (3), pp. 413-415.
- Broyles S., Denstel K. Church, T. Chaput J.P., Fogelholm M., Hu G., Kuriyan R., Kurpad A., Lambert E.V., Maher C., Maia J., Matsudo V., Olds T., Onywera V., Sarmiento O.L., Standage M., Tremblay M.S., Tudor-Locke C., Zhao P., Katzmarzyk P.T., ISCOLE Research Group (2015), *The epidemiological transition and the global childhood obesity epidemic*, «International Journal of Obesity Supplements», dec., 5, pp. 3-8.
- Bruss M.B., Morris J., Dannison L. (2003), *Prevention of childhood obesity: sociocultural and familial factors*, «Journal of the American Dietetic Association», 103, (8), pp. 1042-1045.
- Budd G.M., Hayman L.L. (2008), *Addressing the childhood obesity crisis*, «MCN. The American Journal of Maternal/Child Nursing», 33, pp. 113-117.
- Burdette A.M., Needham B.L., Harper M.G., Hill T.D. (2017), *Health lifestyles in adolescence and self-rated health into adulthood*, «Journal of Health and Social Behavior», 58, pp. 520-536.
- Burke V., Beilin L.J., Dunbar D. (2001), *Family lifestyle and parental body mass index as predictors of body mass index in Australian children: a longitudinal study*, «International Journal of Obesity», 25, (2), pp. 147-157.
- Caballero B. (2007), *The Global Epidemic of Obesity: An Overview*, «Epidemiologic Reviews», 29, 1, pp. 1- 5.
- Cacciari E., Milani S., Balsamo A., Spada E., Bona G., Cavallo L., Cerutti F., Gargantini L., Greggio N., Tonini G., Cicognani A. (2006), *Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr)*, «Journal of Endocrinological Investigation», 29, pp. 581-593.
- Cacciari E., Milani S., Balsamo A., Dammacco F., De Luca F., Chiarelli F., Pasquino A.M., Tonini G., Vanelli (2002), *Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (6-20 y)*, «European Journal of Clinical Nutrition», 56, pp. 171-180.
- Campbell K.J., Hesketh K.D., McNaughton S.A., Ball K., McCallum Z., Lynch J., Crawford D.A. (2016), *The extended Infant Feeding, Activity and Nutrition Trial (InFANT Extend) Program: a cluster-randomized controlled trial of an early intervention to prevent childhood obesity*, «BMC Public Health», 16, (1), 166.
- Casazza K., Brown A., Astrup A., Bertz F., Baum C., Bohan Brown M., Dawson J., Allison D.B. (2015), *Weighing the Evidence of Common Beliefs in Obesity Research*, «Critical Reviews in Food Science and Nutrition», 55, 14, pp. 2014-2053.

- Castells M. (1997), *The Power of Identity*, Blackwell, Oxford-New York.
- Center for Disease Control and Prevention (2010), *Contributing factors*, in http://www.cdc.gov/obesity/childhood/contributing_factors.html.
- Chapman G., Maclean H. (1993), "Junk food" and "healthy food": Meanings of food in adolescent women's culture, «Journal of Nutrition Education and Behavior», 25, pp. 108-113.
- Chen A.Y., Escarce J.J. (2010), *Family structure and childhood obesity, early childhood longitudinal study - kindergarten cohort*, «Preventing Chronic Disease (PCD)», 7, (3), A50.
- Chhatwal J., Verma M., Riar S.K. (2004), *Obesity among pre-adolescent and adolescents of a developing country (India)*, «Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition», 13, pp. 231-235.
- Chou S.-Y., Grossman M., Saffer H. (2004), *An economic analysis of adult obesity: results from the behavioral risk factor surveillance system*, «Journal of Health Economics», 23, (3), pp. 565-587.
- Cockerham W. (2013a), *Sociological Theory in Medical Sociology in the Early Twentieth Century*, «Social Theory and Health», 11, (3) pp. 241-255.
- Cockerham W. (2013b), "Bourdieu and an Update of Healthy Lifestyle Theory", in Cockerham W. (ed.), *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, pp. 127-154, Springer, Dordrecht.
- Cockerham W. (2010), "Health Lifestyles: Bringing Structure Back", in Cockerham W.C. (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, pp. 159-183, Wiley-Blackwell, Oxford.
- Cockerham W. (2005), *Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure*, «Journal of Health and Social Behavior», 46, (1), pp. 51-67.
- Cockerham W.C., Bauldry S., Hamby B.W., Shikany J.M., Bae S. (2017), *A comparison of black and white racial differences in health lifestyles and cardiovascular disease*, «American Journal of Preventive Medicine», 52, pp. 56-62.
- Cockerham W.C., Rütten A., Abel T. (1997), *Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber*, «Sociological Quarterly», 38, pp. 321-342.
- Cole T.J. (2010), *Extreme percentiles of the 2000 Centers for Disease Control and Prevention BMI chart and the LMS method*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 91, 814.
- Collier J. (1967), *Visual Anthropology: Photography as a Research Method*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Consensus nazionale SIP-SIEDP su *Diagnosi, trattamento e prevenzione dell'obesità del bambino e dell'adolescente* (2017).
- Contoyannis P., Jones A.M. (2004), *Socio-economic status, health and lifestyle*, «Journal of Health Economics», 23, (5), pp. 965-995.
- Cook D. (2008), *Semantic provisioning of children's food: commerce, care and maternal practice*, «Childhood», 16, (3), pp. 317-334.
- Cornette R. (2008), *The emotional impact of obesity on children*, «Worldviews Evidence-Based Nursing (EBN)», 5, pp. 136-141.
- Danielzik S., Czerwinski-Mast M., Langnäse K., Dilba B., Müller M.J. (2004), *Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of*

- the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 28, (11), pp. 1494-1502.
- Datar A., Nicosia N. (2012), *Junk food in schools and childhood obesity*, «Journal of Policy Analysis and Management», 31, (2), pp. 312-337.
- Davillas A., Pudney S. (2017), *Concordance of health states in couples: analysis of self-reported, nurse administered and blood-based biomarker data in the UK understanding society panel*, «Journal of Health Economics», 56, pp. 87-102.
- Davis M.M., Gance-Cleveland B., Hassink S., Johnson R., Paradis G., Resnicow K. (2007), *Recommendations for prevention of childhood obesity*, «Pediatrics», 120, (Suppl. 4), pp. 229-253.
- Davison K.K., Birch L.L. (2001), *Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research*, «Obesity Reviews», 2, pp. 159-171.
- de Bourdeaudhuij I., Verbestel V., de Henauw S., Maes L., Huybrechts I., Mårild S., Eiben G., Moreno L.A., Barba G., Kovács É., Konstabel K., Tornaritis M., Gallois K., Hebestreit A., Pigeot I., IDEFICS consortium (2015), *Behavioural effects of a community-oriented setting-based intervention for prevention of childhood obesity in eight European countries. Main results from the IDEFICS study*, «Obesity Reviews», 16, (s2), pp. 30-40.
- de Onis M., Onyango A.W., Borghi E., Siyam A., Nishida C., Siekmann J. (2007), *Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents*, «Bulletin of the World Health Organization», 85, pp. 660-667.
- De Sousa A. (2009), *Maternal, child and family factors in childhood obesity*, «International Journal of Diabetes and Metabolism», 17, pp. 111-112.
- Decaluwxe V., Breat C. (2003), *Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 27, pp. 404-409.
- Decaluwxe V., Breat C., Fairburn C.G. (2003), *Binge eating in obese children and adolescents*, «International Journal of Eating Disorders», 33, pp. 78-84.
- DeVault M.L. (1991), *Feeding the Family: The Social Organization of Caring as Gendered*, University of Chicago Press, Chicago.
- Devine F., Savage M., Crompton R., Scott J. (2004), *Rethinking Class, Identities, Cultures and Lifestyles*, Palgrave, Basingstoke.
- Dietz W.H., Gortmaker S.L. (2001), *Preventing Obesity in children and adolescents*. «Annual Review of Public Health», 22, pp. 337-353.
- Donatiello E., Dello Russo M., Formisano A., Lauria F., Nappo A., Reineke A., Sparano S., Barba G., Russo P., Siani A. (2013), *Physical activity, adiposity and urbanization level in children: results for the Italian cohort of the IDEFICS study*, «Public Health», 127, (8), pp. 761-765.
- Douglas M. (1993), *Purezza e pericolo*, il Mulino, Bologna.
- Drewnowski A., Buszkiewicz J., Aggarwal A., Rose C., Gupta S., Bradshaw A. (2020), *Obesity and the Built Environment: A Reappraisal*, «Obesity (Silver Spring)», 28, (1), pp. 22-30.
- Dublin – Department of Health and Children (2005), *Department of Health and Children. Obesity: The policy challenges. The report of the national taskforce on obesity*, Dublin.
- Dumazedier J. (1974), *Sociologie empirique du loisir. Critique et contre-critique de la civilisation du loisir*, Seuil, Paris.

- Dumazedier J. (1972), *Vers une civilisation du loisir*, Seuil, Paris.
- Dunn R.A., Sharkey J.R., Horel S. (2012), *The effect of fast-food availability on fast-food consumption and obesity among rural residents: an analysis by race/ethnicity*, «Economics & Human Biology», 10, (1), pp. 1-13.
- Ebbelling C.B., Sinclair K.B., Pereira M.A., Garcia-Lago E., Feldman H.A., Ludwig D.S. (2004), *Compensation for energy intake from fast food among overweight and lean adolescents*, «JAMA», 291, pp. 2828-2833.
- Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D., Fulkerson J.A., Story M. (2008), *Family meals and substance use: is there a long-term protective association?*, «Journal of Adolescent Health», 43, pp. 151-156.
- Eisikovits Z., Koren C. (2010), *Approaches to and outcomes of dyadic interview analysis*, «Qualitative Health Research», 20, pp. 1642-1655.
- Elias N. (2005), *The Civilizing Process*, Blackwell, Oxford.
- Epstein L.H., Klein K.R., Wisniewski L. (1994), *Child and parent factors that influence psychological problems in obese children*, «International Journal of Eating Disorders», 15, pp. 151-158.
- Epstein L.H., Myers M.D., Anderson K. (1996), *The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children*, «Obesity Research», 4, (1), pp. 65-74.
- Evans G. (2017), *Social class and the cultural turn: Anthropology, sociology and the post-industrial politics of 21st century Britain*, «The Sociological Review», 65, (1 suppl.), pp. 88-104.
- Favaro A., Santonastaso P. (1995), *Effects of parents' psychological characteristics and eating behaviour on childhood obesity and dietary compliance*, «Journal of Psychosomatic Research», 39, (2), pp. 145-151.
- Featherstone B. (2004), *Family Life and Family Support: A Feminist Analysis*, Palgrave Macmillan, London.
- Feldman S., Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D., Story M. (2007), *Associations between watching TV during family meals and dietary intake among adolescents*, «Journal of Nutrition Education and Behavior», 39, (5), pp. 257-263.
- Finkelstein E.A., Fiebelkorn I.C., Wang G. (2003), *National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying?*, «Health Affairs (Millwood)», Suppl., Web Exclusives, W3-226.
- Fischler C. (1988), *Food, self and identity*, «Information (International Social Science Council)», 27, (2), pp. 275-292.
- Fischler C. (1986), *Learned versus 'spontaneous' dietetics: French mothers' views of what children should eat*, «Social Science Information», 25, (4), pp. 945-65.
- Flattum C., Draxten M., Horning M., Fulkerson J.A., Neumark-Sztainer D., Garwick A., Kubik M.Y., Story M. (2015), *HOME Plus: program design and implementation of a family-focused, community-based intervention to promote the frequency and healthfulness of family meals, reduce children's sedentary behavior, and prevent obesity*, «International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity», 12, (1), pp. 1-9.
- Flegal K.M., Wei R., Ogden C.L. (2002), *Weight-for-stature compared with body mass index-for-age growth charts for the United States from the Centers for Disease Control and Prevention*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 75, pp. 761-766.

- Flegal K.M., Wei R., Ogden C.L., Freedman D.S., Johnson C.L., Curtin L.R. (2009), *Characterizing extreme values of body mass index-for-age by using the 2000 Centers for Disease Control and Prevention growth charts*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 90, pp. 1314-1320.
- Flodmark C.E., Lissau I., Moreno L.A., Pietrobelli A., Widhalm K. (2004), *New insights into the field of children and adolescents' obesity: The European perspective*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 28, pp. 1189-1196.
- Flood S.M., Moen P. (2015), *Healthy time use in the encore years: Do work, resources, relations, and gender matter?*, «Journal of Health and Social Behavior», 56, pp. 74-97.
- Forero O., Smith G. (2010), *The reproduction of 'cultural taste' amongst the Ukrainian Diaspora in Bradford, England*, «The Sociological Review», 58, (2), pp. 78-96.
- Francis L.A., Lee Y., Birch L.L. (2003), *Parental weight status and girls' television viewing, snacking, and body mass indexes*, «Obesity Research», 11, (1), pp. 143-151.
- Frantze A., Valerio G., Argenziano A., Esposito-Del Puente A., Iannucci M.P., Caputo G., Alfonsi L., Contaldo F., Rubino A. (1998), *Onset of obesity in children through the recall of parents: relationship to parental obesity and life events*, «Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism», 11, pp. 63-67.
- Friend S., Fulkerson J. A., Neumark-Sztainer D., Garwick A., Flattum C.F., Draxten M. (2015), *Comparing childhood meal frequency to current meal frequency, routines, and expectations among parents*, «Journal of Family Psychology», 29, pp. 136-140.
- Frye J., Bruner M. (eds.) (2012), *The rhetoric of food: Discourse, materiality, and power*, Routledge, New York (NY).
- Fulkerson J. A., Larson N., Horning M., Neumark-Sztainer D. (2014), *A review of associations between family or shared meal frequency and dietary and weight status outcomes across the lifespan*, «Journal of Nutrition Education and Behavior», 46, pp. 2-19.
- Fulkerson J.A., Story M., Mellin A., Leffert N., Neumark-Sztainer D., French S.A. (2006), *Family dinner meal frequency and adolescent development: relationships with developmental assets and high-risk behaviors*, «Journal of Adolescent Health», 39, pp. 337-345.
- Fulkerson J.A., Strauss J., Neumark-Sztainer D., Story M., Boutelle K. (2007), *Correlates of psychosocial well-being among overweight adolescents: the role of the family*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 75, pp. 181-186.
- Garasky S., Stewart S.D., Gundersen C., Lohman, B.J., Eisenmann J.C. (2009), *Family stressors and child obesity*, «Social Science Research», 38, (4), pp. 755-766.
- Ghosh A. (2014), *Explaining overweight and obesity in children and adolescents of Asian Indian origin: The Calcutta childhood obesity study*, «Indian Journal of Public Health», 58, pp. 125-128.
- Gibson L.Y., Byrne S.M., Davis E.A., Blair E., Jacoby P., Zubrick S.R. (2007), *The role of family and maternal factors in childhood obesity*, «The Medical Journal of Australia», 186, (11), pp. 591-595.

- Gibson L.A., Hernández Alava M., Kelly M.P., Campbell M.J. (2017), *The effects of breastfeeding on childhood BMI: a propensity score matching approach*, «Journal of Public Health (Oxf.)», 39, (4), pp. 152-160.
- Giddens A. (1999), *Identità e società moderna*, Ipermedium, Napoli.
- Gill T. (2017), “Epidemiology and Causes of Obesity in Children and Young Adults”, in Kelly D., Brownell B., Walsh T. (eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, pp. 393-398, The Guildford Press, New York.
- Gillis L.J., Bar-Or O. (2003), *Food away from home, sugar-sweetened drink consumption and juvenile obesity*, «Journal of the American College of Nutrition», 22, (6), pp. 539-545.
- Golan M., Kaufman V., Shahar D.R. (2006), *Childhood obesity treatment: targeting parents exclusively v. parents and children*, «British Journal of Nutrition», 95, (5), pp. 1008-1015.
- Golan M., Weizman A. (2001), *Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual model*, «Journal of Nutrition Education», 33, (2), pp. 102-107.
- Goldfield G.S., Moore C., Henderson K., Buchholz A., Obeid N., Flament M.F. (2010), *Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents*, «Journal of School Health», 80, pp. 186-92.
- Gonzalez-Suarez C., Worley A., Grimmer-Somers K., Dones V. (2009), *School-based interventions on childhood obesity. A meta-analysis*, «American Journal of Preventive Medicine», 37, (5), pp. 418-427.
- Goody J. (2012), *Cibo e amore. Storia culturale dell'Oriente e dell'Occidente*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gray L.A., Hernandez Alava M., Kelly M.P., Campbell M.J. (2018), *Family lifestyle dynamics and childhood obesity: evidence from the millennium cohort study*, «BMC Public Health», 18, (1), 500.
- Gray V.B., Byrd S.H., Cossman J.S., Chromiak J., Cheek W.K., Jackson G.B. (2007), *Family characteristics have limited ability to predict weight status of young children*, «Journal of the American Dietetic Association», 107, (7), pp. 1204-1209.
- Grieshaber S. (1997), *Mealtime rules: power and resistance in the construction of mealtime rules*, «British Journal of Sociology», 48 (4), pp. 649-666.
- Grossman M., Chou S-Y., Inas R. (2006), *The super-size of America: an economic estimation of body mass index and obesity in adults*, «Eastern Economic Journal», 32, (1), pp. 133-148.
- Gulati A.K., Kaplan D.W., Daniels S.R. (2012), *Clinical tracking of severely obese children: a new growth chart*, «Pediatrics», 130, pp. 1136-1140.
- Gundersen C., Garasky S., Lohman B.J. (2009), *Food insecurity is not associated with childhood obesity as assessed using multiple measures of obesity*, «The Journal of Nutrition», 139, (6), pp. 1173-1178.
- Gupta N., Goel K., Shah P., Misra A. (2012), *Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention*, «Endocrine reviews», 33, (1), pp. 48-70.
- Gupta R.K. (2009), “Nutrition and the Diseases of Lifestyle”, in Bhalwar R.J. (ed.), *Textbook of Public health and Community Medicine*, Pune, Department of

- community medicine AFMC, New Delhi, Pune in Collaboration with WHO India Office.
- Guthman J., DuPuis M. (2006), *Embodying neoliberalism: economy, culture, and the politics of fat*, «Environment and Planning D: Society and Space», 24, pp. 427-48.
- Halbwachs M. (1997), *I quadri sociali della memoria*, Ipermedium, Napoli.
- Halliday J., Palma C., Mellor D., Green J., Renzaho A.M. (2014), *The relationship between family functioning and child and adolescent overweight and obesity: a systematic review*, «International Journal of Obesity», 38, pp. 480-493.
- Han J.C., Lawlor D.A., Kimm S.Y.S. (2010), *Childhood Obesity – 2010: Progress and Challenges*, «Lancet», 375, (9727), pp. 1737-1748.
- Hancox R.J., Poulton R. (2006), *Watching television is associated with childhood obesity: but is it clinically important?*, «International Journal of Obesity», 30, (1), pp. 171-175.
- Hanson M.D., Chen E. (2007), *Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature*, «Journal of Behavioral Medicine», 30, (3), pp. 263-285.
- Harper D. (2002), *Talking about picture: a case for photo elicitation*, «Visual Studies», 17, 1, pp. 13-26.
- Harrison, K., Bost, K.K., McBride, B.A., Donovan, S.M., Grigsby-Toussaint, D.S., Kim, J., Liechty J.M., Wiley A., Teran-Garcia M., Jacobsohn G.C. (2011), *Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood: The Six-Cs model*, «Child Development Perspectives», 5, (1), pp. 50-58.
- Hemerijck A. (eds.) (2017), *The Uses of Social Investment*, OUP, Oxford.
- Hesketh K., Crawford D., Salmon J., Jackson M., Campbell K. (2007), *Associations between family circumstance and weight status of Australian children*, «International Journal of Pediatric Obesity», 2, (2), pp. 86-96.
- Hill T.D., Ellison C.G., Burdette A.M., Musick M.A. (2007), *Religious involvement and healthy lifestyles: Evidence from the survey of Texas adults*, «Annals of Behavioral Medicine», 34, pp. 217-222.
- Hilpert M., Brockmeier K., Dordel S., Koch B., Weiß V., Ferrari N., Tokarski W., Graf C. (2017), *Sociocultural Influence on Obesity and Lifestyle in Children: A Study of Daily Activities, Leisure Time Behavior, Motor Skills, and Weight Status*, «Obesity facts», 10, (3), pp. 168-178.
- Himes J.H., Dietz W.H. (1994), *Guidelines for overweight in adolescent preventive services - Recommendations from an Expert Committee. The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 59, pp. 307-316.
- Hollows J., Jones S. (2010), *“At Least he’s doing Something”: Moral Entrepreneurship and Individual Responsibility in Jamie’s Ministry of Food*, «European Journal of Cultural Studies», 13, (3), pp. 307-322.
- Holsten J. E., Deatrick J. A., Kumanyika S., Pinto-Martin J., Compher C.W. (2012), *Children’s food choice process in the home environment. A qualitative descriptive study*, «Appetite», 58, pp. 64-73.
- Hubbs-Tait L., Kennedy T.S., Page M.C., Topham G.L., Harrist A.W. (2008), *Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive*

- parenting styles*, «Journal of the American Dietetic Association», 108, (7), pp. 1154-1161.
- Hui L.L., Nelson E.A., Yu L.M., Li A.M., Fok T.F. (2003), *Risk factors for childhood overweight in 6- to 7-y-old Hong Kong children*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder», 27, (11), pp. 1411-1418.
- Huppatz K. (2015), “Pierre Bourdieu: Health Lifestyles, the Family and Social Class”, in Collyer F. (eds.), *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, pp. 370-385, Palgrave Macmillan, London.
- Istat (2019a), *Rapporto annuale 2019. La situazione del Paese*, Roma, testo disponibile al seguente link: <https://www.istat.it/it/archivio/230897>.
- Istat (2019b), *Stili di vita di bambini e ragazzi – anni 2017-2018*, Roma, 29 ottobre, in <https://www.istat.it/it/archivio/234930>.
- Istat (2016), *I tempi della vita quotidiana*, in <http://www.istat.it/it/archivio/193098>.
- Jaacks L.M., Vandevijvere S., Pan A., McGowan C.J., Wallace C., Imamura F., Mozaffarian D., Swinburn B., Ezzati M. (2019), *The obesity transition: stages of the global epidemic*, «Lancet. Diabetes & endocrinology», mar., 7, (3), pp. 231-240.
- Jackson P. (ed.) (2009), *Changing families, changing food*, Palgrave Macmillan, New York and London.
- James A., Curtis P., Ellis K. (2009), “Negotiating family, negotiating food: children as family participants?”, in Kjørholt A., Tingstad A. T., James V. (eds.), *Children, food and identity in everyday life*, pp 35-51, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Jansen W., van de Looij-Jansen P.M., de Wilde E.J., Brug J. (2008), *Feeling fat rather than being fat may be associated with psychological well-being in young Dutch adolescents*, «Journal of Adolescent Health», 42, pp. 128-136.
- Jelalian E., Steele R. (2008), *Childhood and Adolescent Obesity* Springer Science, Business Media, USA.
- Johnson R. (1993), “Editors Introduction”, in Bourdieu P., *The Field of Cultural Production*, Columbia University Press, New York.
- Jones D.Y., Nesheim M.C., Habicht J.P. (1985), *Influences in child growth associated with poverty in the 1970's: an examination of HANESI and HANESII, cross-sectional US national surveys*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 42, (4), pp. 714-724.
- Jones I.R., Papacosta O., Whincup P.H., Wannamethee S.G., Morris R.W. (2011), *Class and lifestyle ‘lock-in’ among middleaged and older men: A multiple correspondence analysis of the british regional heart study*, «Sociology of Health & Illness», 33, pp. 399-419.
- Kaplan J.P., Dietz W.H. (1999), *Caloric imbalance and public health policy*, «JAMA. The Journal of the American Medical Association», 282, (16), pp. 1579-1581.
- Karnik S., Kanekar A. (2012), *Childhood obesity: a global public health crisis*, «International Journal of Preventive Medicine», 3, (1), 1-7.
- Kaufman L., Karpati A. (2007), *Understanding the sociocultural roots of childhood obesity: food practices among Latino families of Bushwick, Brooklyn*, «Social Science & Medicine», 64, (11), pp. 2177-2188.

- Keller A., Bucher Della Torre S. (2015), *Sugar-sweetened beverages and obesity among children and adolescents: a review of systematic literature reviews*, «Childhood Obesity», 11, (4), pp. 338-346.
- Killoran A., Swann C., Kelly M.P. (2006), "Mapping the life world: a future research priority for public health", in Killoran A., Swann C., Kelly M.P. (eds.), *Public health evidence: tackling health inequalities*, pp. 553-574, Oxford University Press, Oxford.
- Kittay E.F. (2010), *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Vita&Pensiero, Milano.
- Kitzmann K.M., Dalton W.T. III, Buscemi J. (2008), *Beyond parenting practices: Family context and the treatment of pediatric obesity*, «Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies», 57, (1), pp. 13-23.
- Knight A., O'Connell R., Brannen J. (2014), *The temporality of food practices: Intergenerational relations, childhood memories and the family food practices of working families with young children*, «Families, Relationships and Society», 3, (2), pp. 303-318.
- Kokkonen R. (2009), *The fat child – a sign of 'bad' motherhood? An analysis of explanations for children's fatness on a Finnish website*, «Journal of Community & Applied Social Psychology», 19, pp. 336-347.
- Kostanski M., Fisher A., Gullone E. (2004), *Current conceptualisation of body image dissatisfaction: Have we got it wrong?*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 45, pp. 1317-1325.
- Kumanyika S.K. (2008), *Environmental influences on childhood obesity: ethnic and cultural influences in context*, «Physiology & behavior», 94, (1), pp. 61-70.
- Kumar S., Kelly A.S. (2017), *Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment*, «Mayo Clinic Proceedings», 92, (2), pp. 251-265.
- Lake A., Townshend T. (2006), *Obesogenic environments: exploring the built and food environments*, «The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health», 126, (6), pp. 262-267.
- Lamerz A., Kuepper-Nybelen J., Wehle C., Bruning N., Trost-Brinkhues G. (2005), *Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany*, «International Journal of Obesity», 29, (4), pp. 373-380.
- Langnäse K., Mast M., Müller M.J. (2002), *Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany*, «International Journal of Obesity», 26, (4), pp. 566-572.
- Larson N.I., Neumark-Sztainer D, Hannan P.J., Story M. (2007), *Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood*, «Journal of American Dietetic Association», 107, pp. 1502-1510.
- Larson N.I., Story M. (2013), *A review of snacking patterns among children and adolescents: what are the implications of snacking for weight status?*, «Childhood Obesity», 9, (2), pp. 104-115.
- Lawrence E.M. (2017), *Why do college graduates behave more healthfully than those who are less educated?*, «Journal of Health and Social Behavior», 58, pp. 291-306.

- Lawrence E.M., Mollborn S., Hummer R.A. (2017), *Health lifestyles across the transition to adulthood: Implications for health*, «Social Science and Medicine», 193, pp. 23-32.
- Lazarus R., Baur L., Webb K., Blyth F. (1996), *Body mass index in screening for adiposity in children and adolescents: Systematic evaluation using receiver operating characteristic curves*, «The American Journal of Clinical Nutrition», 63, pp. 500-506.
- Leccardi C., Ruspini E. (a cura di) (2006), *A New Youth? Young People, Generations and Family Life*, Routledge, London and New York.
- Lindquist C.H., Reynolds K.D., Goran M.I. (1999), *Sociocultural determinants of physical activity among children*, «Preventive medicine», 29, (4), pp. 305-312.
- Lioret S., Volatier J.L., Lafay L., Touvier M., Maire B. (2009), *Is food portion size a risk factor of childhood overweight?*, «European Journal of Clinical Nutrition», 63, (3), pp. 382-391.
- Lissner L., Lanfer A., Gwozdz W., Olafsdottir S., Eiben G., Moreno L.A., Santaliestra-Pasías A.M., Kovács E., Barba G., Loit H.M., Kourides Y., Pala V., Pohlmann H., De Henauw S., Buchecker K., Ahrens W., Reisch L. (2012), *Television habits in relation to overweight, diet and taste preferences in European children: the IDEFICS study*, «European Journal of Epidemiology», 27, pp. 705-715.
- Liu J.-H., Sonya J.J., Sun H., Probst J.C., Merchant A.T., Cavicchia P. (2012), *Diet, physical activity, and sedentary behaviors as risk factors for childhood obesity: an urban and rural comparison*, «Journal of Childhood Obesity», 8, (5), pp. 440-448.
- Llewellyn A., Simmonds M., Owen C.G., Woolacott N. (2016), *Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis*, «Obesity Reviews», 17, (1), pp. 56-67.
- Logue J., Sattar N. (2011), *Childhood obesity: A ticking time bomb for cardiovascular disease?*, «Clinical Pharmacology & Therapeutics», 90, (1), pp. 174-178.
- Loth K., Uy M., Winkler M., Neumark-Sztainer D., Fisher J., Berge J. (2019), *The intergenerational transmission of family meal practices: A mixed-methods study of parents of young children*, «Public Health Nutrition», 22, (7), pp. 1269-1280
- Ludwig D.S., Peterson K.E., Gortmaker S.L. (2001), *Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis*, «Lancet», 357, (9255), pp. 505-508.
- Lundstedt G., Edlund B., Engström I., Thurffjell B., Marcus C. (2006), *Eating disorder traits in obese children and adolescents*, «Eating and Weight Disorders», 11, pp. 45-50.
- Lupton D. (1994), *Food, memory and meaning: the symbolic and social nature of food events*, «The Sociological Review», 42, pp. 664-685.
- Macdonald D., Roger S., Ziviani J., Jenkins D., Batch J., Jones J. (2004), *Physical Activity as a Dimension of Family Life for Lower Primary School Children*, «Sport, Education and Society», 9, (3), pp. 307-325.
- Maes H.H.M., Neale M.C., Eaves L.J. (1997), *Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity*, «Behavior Genetics», 27, (4), pp. 325-351.

- Maher J., Fraser S.M., Wright J. (2010), *Framing the mother: Childhood obesity, maternal responsibility and care*, «Journal of Gender Studies», 19, (3), pp. 233-247.
- Maller C.J. (2015), *Understanding health through social practices: Performance and materiality in everyday life*, «Sociology of Health & Illness», 37, pp. 52-66.
- Mannheim K. (2008), *Le generazioni*, il Mulino, Bologna.
- Mauss M. (2017), *Le tecniche del corpo*, Edizioni ETS, Pisa.
- Maziak W., Ward K.D., Stockton M.B. (2008), *Childhood obesity: Are we missing the big picture?*, «Obesity Reviews», 9, (1), pp. 35-42.
- McConahy K.L., Smiciklas-Wright H., Birch L.L., Mitchell D.C., Picciano M.F. (2002), *Food portions are positively related to energy intake and body weight in early childhood*, «The Journal of pediatrics», 140, (3), pp. 340-347.
- McIntosh W.A., Kubena K.S., Tolle G., Dean W.R., Jan J.S., Anding J. (2010), *Mothers and meals. The effects of mothers' meal planning and shopping motivations on children's participation in family meals*, «Appetite», 55, (3), pp. 623-628.
- Meinert L. (2004), *Resources for Health in Uganda: Bourdieu's Concepts of Capital and Habitus*, «Anthropology and Medicine», 11, (1), pp. 11-26.
- Miles S. (2000), *Youth Lifestyles in a Changing World*, Open University Press, Buckingham.
- Mirowsky J., Ross C.E. (1998), *Education, personal control, lifestyle and health: a human capital hypothesis*, «Research on Aging», 20, (4), pp. 415-449.
- Mize T.D. (2017), *Profiles in health: Multiple roles and health lifestyles in early childhood*, «Social Science and Medicine», 178, pp. 196-205.
- Mizutani T., Suzuki K., Kondo N., Yamagata Z. (2007), *Association of maternal lifestyles including smoking during pregnancy with childhood obesity*, «Obesity», 15, (12), pp. 3133-3139.
- Moens E., Braet C., Bosmans G., Rosseel Y. (2009), *Unfavourable family characteristics and their associations with childhood obesity: A cross-sectional study*, «European Eating Disorders Review», 17, pp. 315-323.
- Molinari E., Compare A. (2006), «Psicologia clinica dell'obesità in età pediatrica», in Giovannini M., Maffei C., Molinari E., Scaglioni S. (eds.), *Salute & equilibrio nutrizionale*, Springer, Milano.
- Mollborn S., James-Hawkins L., Lawrence E., Fomby P. (2014), *Health lifestyles in early childhood*, «Journal of Health and Social Behavior», 55, pp. 386-402.
- Mollborn S., Lawrence E. (2018), *Family, peer, and school influences in children's developing health lifestyles*, «Journal of Health and Social Behavior», 59, pp. 133-150.
- Monaghan L.F., Colls R., Evans B. (2013), *Obesity discourse and fat politics: research, critique and interventions*, «Critical Public Health», 23, 3, pp. 249-262.
- Moreno L.A., Rodriguez G. (2007), *Dietary risk factors for development of childhood obesity*, «Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care», 10, (3), pp. 336-341.
- Morgan D.L., Ataie J., Carder P., Hoffman K. (2013), *Introducing dyadic interviews as a method for collecting qualitative data*, «Qualitative Health Research», 23, (9), pp. 1276-1284.

- Morris S.M. (2001), *Joint and individual interviewing in the context of cancer*, «Qualitative Health Research», 11, (4), pp. 553-567.
- Mortari L. (2015), *Filosofia della cura*, Cortina, Milano.
- Muir S., Mason J. (2012) *Capturing Christmas: the sensory potential of data from Participant Produced Video*, «Sociological Research Online», 17, (1), 5.
- Murcott A. (1997), "Family meals - A thing of the past?", in Caplan P. (ed.), *Food, Identity and Health*, pp. 32-49, Routledge, London.
- Murphy E. (2003), *Expertise and forms of knowledge in the government of families*, «The Sociological Review», 51, (4), pp. 433-462.
- Murphy E. (2000), *Risk, responsibility, and rhetoric in infant feeding*, «Journal of Contemporary Ethnography», 29, (3), pp. 291-325.
- Must A., Parisi S. (2009), *Sedentary behavior and sleep: paradoxical effects in association with childhood obesity*, «International Journal of Obesity», 33, (1), pp. 82-86.
- Must A., Strauss R. (1999), *Risks and consequences of childhood and adolescent obesity*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 23, (suppl. 2), pp. 2-11.
- Narvaez R. (2006), *Embodiment, collective memory and time*, «Body and Society», 12, (3), pp. 51-73.
- Neumark-Sztainer D., Hannan P. J., Story M., Croll J., Perry C. (2003), *Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents*, «Journal of the American Dietetic Association», 103, pp. 317-322.
- Neumark-Sztainer D., Larson N. I., Fulkerson J.A., Eisenberg M.E., Story M. (2010), *Family meals and adolescents: what have we learned from Project EAT (Eating Among Teens)?* «Public Health Nutrition» 13, pp. 1113-1121.
- Neumark-Sztainer D., Wall M., Fulkerson J.A., Larson N. (2013), *Changes in the frequency of family meals from 1999–2010 in the homes of adolescents: trends by sociodemographic characteristics*, «Journal of Adolescent Health», 52, pp. 201-206.
- Niehoff V. (2009), *Childhood obesity: A call to action*, «Bariatric Nursing and Surgical Patient Care», 4, 1, pp. 17-23.
- O'Brien M., Nader P.R., Houts R.M., Bradley R., Friedman S.L., Belsky J., Susman E. (2007), *The ecology of childhood overweight: a 12-year longitudinal analysis*, «International Journal of Obesity», 31, (9), pp. 1469-1478.
- O'Connell R., Brannen J. (2014), *Children's food, power and control: Negotiations in families with younger children in England*, «Childhood», 21, (1), pp. 87-102.
- O'Dea J.A. (2008), *Gender, ethnicity, culture and social class influences on childhood obesity among Australian schoolchildren: implications for treatment, prevention and community education*, «Health & Social Care in the Community», 16, (3), pp. 282-290.
- O'Dea J.A. (2005), *School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems: An overview of safe and successful interventions*, «Health Education», 105, pp. 11-33.
- OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels, in https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

- Parsons T.J., Power C., Logan S., Summerbell C.D. (1999), *Childhood predictors of adult obesity: a systematic review*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 23, suppl. 8, 1-107.
- Patrick H., Nicklas T. (2005), *A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality*, «Journal of the American College of Nutrition», 24, pp. 83-92.
- Piernas C., Popkin B.M. (2010), *Trends in snacking among US children*, «Health Affairs», 29, (3), pp. 398-404.
- Pirie I. (2016), *Disordered eating and the contradictions of neoliberal governance*, «Sociology of Health & Illness», 38, (6), pp. 839-853.
- Popkin B.M., Corvalan C., Grummer-Strawn L.M. (2020), *Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality*, «Lancet», 395, (10217), pp. 65-74.
- Popkin B.M., Doak C.M. (1998), *The obesity epidemic is a worldwide phenomenon*, «Nutrition Reviews», 56, pp. 106-114.
- Power C., Manor O., Matthews S. (2003), *Child to adult socioeconomic conditions and obesity in a national cohort*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder», 27, (9), pp. 1081-1086.
- Prandini R. (2003), "Capitale Sociale familiare e socialità: un'indagine sulla popolazione italiana", in Donati P. (a cura di), *Famiglia e capitale sociale nella società italiana. Ottavo Rapporto Cisf sulla Famiglia in Italia*, pp. 102-155, San Paolo, Cinisello Balsamo.
- Puhl R.M., Himmelstein M.S., Pearl R.L. (2020), *Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity*, «American Psychologist», 75, (2), pp. 274-289.
- Pulgaron E.R. (2013), *Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities*, «Clinical therapeutics», 35, (1), pp. 18-32.
- Quarmby T., Dagkas S. (2013), *Informal Mealtime Pedagogies: Exploring the Influence of Family Structure on Young People's Healthy Eating Dispositions' Sport*, «Education and Society», 20, (3), 323-339.
- Raj M., Sundaram K.R., Paul M., Deepa A.S., Kumar R.K. (2007), *Obesity in Indian children: Time trends and relationship with hypertension*, «The National Medical Journal of India», 20, pp. 288-293.
- Rashad I. (2006), *Structural estimation of caloric intake, exercise, smoking, and obesity*, «The Quarterly Review of Economics and Finance», 46, (2), pp. 268-283.
- Rawana J.S., Morgan A.S., Nguyen H., Craig S.G. (2010), *The relation between eating- and weight-related disturbances and depression in adolescence: A review*, «Clinical Child and Family Psychology Review», 13, pp. 213-230.
- Reilly J.J., Armstrong J., Dorosty A.R., Emmett P.M., Ness A. (2005), *Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study*, «British Medical Journal», 330, pp. 1357-1363.
- Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C.J. (2003), *Health consequences of obesity*, «Archives of Disease in Childhood», 88, (9), pp. 748-752.
- Renman C., Engstr I., Silfverdal S.A., Aman J. (1999), *Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: A population-based case-control study*, «Acta Paediatrica», 88, pp. 998-1003.

- Rhee K. (2008), *Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning*, «The Annals of the American Academy of Political and Social Science», 615, (1), pp. 11-37.
- Rhee K.E., Lumeng J.C., Appugliese D.P., Kaciroti N., Bradley R.H. (2006), *Parenting styles and overweight status in first grade*, «Pediatrics», 117, (6), pp. 2047-2054.
- Ritzer G. (1997), *Il mondo alla Mcdonald's*, il Mulino, Bologna.
- Ritzer G. (2020), *La McDonaldizzazione del mondo nella società digitale*, FrancoAngeli, Milano.
- Robson K. (2005), *"Canada's most notorious bad mother": The newspaper coverage of the Jordan Heikamp inquest*, «Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie», 42, (2), pp. 217-232.
- Rosenheck R. (2008), *Fast food consumption and increased caloric intake: a systematic review of a trajectory towards weight gain and obesity risk*, «Obesity Reviews», 9, (6), pp. 535-547.
- Rosenkranz R.R., Dziewaltowski D.A. (2008), *Model of the home food environment pertaining to childhood obesity*, «Nutrition Reviews», 66, (3), pp. 123-140.
- Ross C.E., Hill T., Mirowsky J. (2016), *Reconceptualizing health lifestyles in the case of marriage*, «Research in the Sociology of Health Care», 34, pp. 243-260.
- Ruxton C.H.S., Kirk T.R. (1996), *Relationships between social class, nutrient intake and dietary patterns in Edinburgh schoolchildren*, «International Journal of Food Sciences and Nutrition», 47, (4), pp. 341-349.
- Sakellariou D., Boniface G., Brown P. (2013), *Using joint interviews in a narrative-based study on illness experiences*, «Qualitative Health Research», 23, pp. 1563-1570.
- Schaffer H.R. (1996), *Social Development*, Blackwell, Oxford.
- Scharf R.J., DeBoer M.D. (2016), *Sugar-sweetened beverages and children's health*, «Annual Review of Public Health», 37, pp. 273-293.
- Schröder H., Fito M., Covas M.I. (2007), *Association of fast food consumption with energy intake, diet quality, body mass index and the risk of obesity in a representative Mediterranean population*, «British Journal of Nutrition», 98, (6), pp. 1274-1280.
- Schwimmer J.B., Burwinkle T.M., Varni J.W. (2003), *Health-related quality of life of severely obese children and adolescents*, «JAMA: The Journal of the American Medical Association», 289, pp. 1813-1819.
- Segal N.L., Allison D.B. (2002), *Twins and virtual twins: bases of relative body weight revisited*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 26, (4), pp. 437-441.
- Shilling C. (1993), *The Body and Society Theory*, Sage, London.
- Shrewsbury V., Wardle J. (2008), *Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005*, «Obesity», 16, (2), pp. 275-284.
- Sigmund E., Sigmundová D., Badura P., Madarasová Gecková A. (2018), *Health-related parental indicators and their association with healthy weight and overweight/obese children's physical activity*, «BMC Public Health», 18, 676.

- Silventoinen K., Kaprio J. (2009), *Genetics of tracking of body mass index from birth to late middle age: evidence from twin and family studies*, «Obesity Facts», 2, (3), pp. 196-202.
- Silventoinen K., Rokholm B., Kaprio J., Sørensen T.I. (2010), *The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies*, «International Journal of Obesity», 34, (1), pp. 29-40.
- Simmonds M., Llewellyn A., Owen C.G., Woolacott N. (2016), *Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis*, «Obesity Reviews», 17, (2), pp. 95-107.
- Sobal J., Stunkard A.J. (1989), *Socioeconomic status and obesity: A review of the literature*, «Psychological Bulletin», 105, pp. 260-275.
- Sobel M.E. (1983), *Lifestyle Expenditure in Contemporary America. Relations between Stratifications and Culture*, «American Behavioural Scientist», 26, 4, pp. 521-533.
- Sobel M.E. (1981), *Lifestyle and Social Structure. Concepts, Definitions and Analyses*, Academic Press, New York.
- Sorensen T., Holst C., Stunkard A. (1992), *Childhood body mass index-genetic and familial environmental influences assessed in a longitudinal adoption study*, «International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders», 16, (9), pp. 705-714.
- Steele R.G., Nelson T.D., Jelalian E. (2008), “Pediatric Obesity: Trends and Epidemiology”, in Jelalian E., Steele R.G. (eds.), *Handbook of Childhood and Adolescent Obesity. Issues in Clinical Child Psychology*, pp. 3-11, Boston, MA, Springer.
- Story M., Neumark-stainzer D., French S. (2002), *Individual and environmental influences on adolescent eating behaviours*, «Journal of the American Dietetic Association», 102, pp. 40-51.
- Strauss R.S., Knight J. (1999), *Influence of the home environment on the development of obesity in children*, «Pediatrics», 103, (6), e85.
- Stunkard A.J. (1996), *Current views on obesity*, «The American Journal of Medicine», 100, (2), pp. 230-236.
- Summerbell C., Waters E., Edmunds L., Kelly S., Brown T., Campbell K. (2005), *Interventions for preventing obesity in children*, «Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)», 20, (3), CD001871.
- Sutton D. (2001), *Remembrances of repasts*, Bloomsbury, London.
- Tanofsky-Kraff M., Yanovski S.Z., Wilfley D.E., Marmarosh C., Morgan C.M., Yanovski J.A. (2004), *Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 72, pp. 53-61.
- Tanumihardjo S.A., Anderson C., Kaufer-Horwitz M., Bode L., Emenaker N.J., Haqq A. M., ... & Stadler D.D. (2007), *Poverty, obesity, and malnutrition: an international perspective recognizing the paradox*, «Journal of the American Dietetic Association», 107, (11), pp. 1966-1972.
- Taylor M.J., Arriscado D., Vlaev I., Taylor D., Gately P., Darzi A. (2016), *Measuring perceived exercise capability and investigating its relationship with childhood obesity: a feasibility study*, «International Journal of Obesity», 40, (1), pp. 34-38.

- Teixeira P.J., Carraça E.V., Marques M.M., Rutter H., Oppert J.M., De Bourdeaudhuij I., Lakerveld J., Brug J. (2015), *Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators*, «BMC Med», apr., 13, 84.
- Thangaratinam S., Rogozinska E., Jolly K., Glinkowski S., Roseboom T., Tomlinson J.W., Kunz R., Mol B.W., Coomarasamy A., Khan K.S. (2012), *Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence*, «BMJ», 344, (may16, 4), e2088.
- Thompson P. (1993), "Family myth, models and denials in the shaping of individual transmission and social mobility over five generations", in Bertaux D., Thompson P. (eds.), *Pathways to social class*, pp. 62-97, Oxford University Press, Oxford.
- Toschke A.M., Koletzko B., Slikker W., Hermann M., von Kries R. (2002), *Childhood obesity is associated with maternal smoking in pregnancy*, «European Journal of Pediatrics», 161, (8), pp. 445-448.
- Townshend T., Lake A.A. (2009), *Obesogenic urban form: theory, policy and practice*, «Health Place», 15, (4), pp. 909-916.
- Troffholz A.C., Thao M.S., Donley M., Smith M., Isaac H., Berge J.M. (2018), *Family meals then and now: a qualitative investigation of intergenerational transmission of family meal practices in a racially/ethnically diverse and immigrant population*, «Appetite», 121, pp. 163-172.
- Utter J., Scragg R., Schaaf D., Mhurchu C.N. (2008), *Relationships between frequency of family meals, BMI and nutritional aspects of the home food environment among New Zealand adolescents*, «International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity», 5, 50.
- Valentine G. (1999), *Eating in: Home, Consumption and Identity*, «The Sociological Review», 47, (3), pp. 491-524.
- Valerio G., Balsamo A., Baroni M.G., Brufani C., Forziato C., Grugni G., Licenziati M.R., Maffei C., Miraglia Del Giudice E., Morandi A., Pacifico L., Sartorio A., Manco M, on the behalf of the Childhood Obesity Group of the Italian Society of Pediatric Endocrinology and Diabetology (2017), *Childhood obesity classification systems and cardiometabolic risk factors: a comparison of the Italian, World Health Organization and International Obesity Task Force references*, «Italian Journal of Pediatrics», 4, 43, (Suppl. 1), 19.
- Vander Schee C. (2009), *Fruit, vegetables, fatness, and Foucault: governing students and their families through school health policy*, «Journal of Education Policy», 24, (5), pp. 557-574.
- Vidhu V., Thaker M.D. (2017), *Genetics and epigenetic causes of obesity*, «Adolescent Medicine: State of the Art Reviews», 28, (2), pp. 379-405.
- Vieweg V., Johnston C., Lanier J., Fernandez A., Pandurangi A. (2007), *Correlation between High-Risk Obesity Groups and Low Socioeconomic Status in School Children*, «Southern Medical Journal», 100, (1), pp. 8-13.
- Wabitsch M., Moss A., Kromeyer-Hauschild K. (2014), *Unexpected plateauing of childhood obesity rates in developed countries*, «BMC Medicine», 12(1), 17.
- Wacquant L. (1995), *Pugs at Work: Bodily Capital and Bodily Labour Amongst Professional Boxers*, «Body and Society», 1, (1), pp. 65-95.

- Walton K., Kleinman K.P., Rifas-Shiman S. L., Horton N.J., Gillman M.W., Field A.E., Austin S.B., Neumark-Sztainer D., Haines J. (2016), *Secular trends in family dinner frequency among adolescents*, «BMC Research Notes», 22, 9, 35.
- Wang Y., Lim H. (2012), *The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity*, «International Review of Psychiatry», 24, (3), pp. 176-188.
- Warde A. (2016), *The practice of eating*, Polity Press, Malden, MA.
- Warde A., Cheng S., Olsen W., Southerton D. (2007), *Changes in the Practice of Eating: A Comparative Analysis of Time-Use*, «Acta Sociologica», 50, (4), pp. 363-385.
- Wardle J., Guthrie C., Sanderson S., Birch L., Plomin R. (2001), *Food and activity preferences in children of lean and obese parents*, «International Journal of Obesity», 25, (7), pp. 971-977.
- Watts A., Berge J.M., Loth K., Larson N., Neumark-Sztainer D. (2017), *The transmission of family food and mealtime practices from adolescence to adulthood: longitudinal findings from Project EAT-IV*, «Journal of Nutrition Education and Behavior», 50, pp. 141-147.
- West F., Sanders M.R., Cleghorn G.J., Davies P.S. (2010), *Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change*, «Behaviour Research and Therapy», 48, (12), pp. 1170-1179.
- World Health Organization – WHO (2019), *Commission on Ending Childhood Obesity. Facts and figures on childhood obesity. Key facts*, in <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/en/>.
- World Health Organization – WHO (2018a), *Obesity and overweight, Fact sheet*. 16 February 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- (2018b), *The life-course approach: from theory to practice. Case stories from two small countries in Europe*, in https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/374359/life-course-iceland-malta-eng.pdf.
- World Health Organization – WHO (2016), *Report on Ending Childhood Obesity*. WHO, Genève.
- World Health Organization – WHO (2014), *e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Limiting portion sizes to reduce the risk of childhood overweight and obesity. Biological, behavioural and contextual rationale*, WHO technical staff. Sept. in https://www.who.int/elena/bbc/portion_childhood_obesity/en/.
- World Health Organization – WHO (2006), Multicentre Growth Reference Study Group, WHO child growth standards based on length/height, weight and age, «Acta Paediatrica», Suppl. 450, pp. 76-85.
- Wilk R. (2010), *Power at the table: Food fights and happy meals*, «Cultural Studies», 10, (6), pp. 428-436.
- Williams D.P., Going S.B., Lohman T.G., Harsha D.W., Srinivasan S.R., Webber L. S., Berenson G.S. (1992), *Body fatness and risk for elevated blood-pressure, total cholesterol, and serum-lipoprotein ratios in children and adolescents*, «American Journal of Public Health», vol. 82, (3), pp. 358-363.
- Williams S. (1995), *Theorising Class, Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us?*, «Sociology of Health and Illness», 17, (5), pp. 577-604.

- Wills W., Backett-Milburn K., Roberts M.-I., Lawton J. (2011), *The framing of social class distinctions through family food and eating practices*, «The Sociological Review», 59, (4), pp. 725-740.
- Wijnhoven T.M., van Raaij J.M., Spinelli A., Starc G., Hassapidou M., Spiroski I., Rutter H., Martos É., Rito A.I., Hovengen R., Pérez-Farinós N., Petrauskiene A., Eldin N., Braeckevelt L., Pudule I., Kunešová M., Breda J. (2014), *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010*, «BMC Public Health» 14, (1), 806.
- Wojcicki J.M., Heyman M.B. (2012), *Reducing childhood obesity by eliminating 100% fruit juice*, «American Journal of Public Health», 102, (9), pp. 1630-1633.
- Wolfenden L., Ezzati M., Larijani B., Dietz W. (2019), *The challenge for global health systems in preventing and managing obesity*, «Obesity Reviews», 20, pp. 185-193.
- Woodruff S.J., Hanning R.M., Lambraki I., Storey K.E., McCargar L. (2008), *Healthy Eating Index-C is compromised among adolescents with body weight concerns, weight loss dieting, and meal skipping*, «Body Image», 5, pp. 404-408.
- Zametkin A.Z., Zoon C.K., Klein H.W., Munson S. (2004), *Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years*, «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 43, pp. 134-150.
- Zeller M.H., Boles R.E., Reiter-Purtill J. (2008), *The additive and interactive effects of parenting style and temperament in obese youth seeking treatment*, «International Journal of Obesity», 32, (10), pp. 1474-1480.
- Zipper E., Vila G., Dabbas M., Mouren-Siméoni M.C., Robert J.J., Ricour C. (2001), *Obésité de l'enfant et de l'adolescent, troubles mentaux et psychopathologie familiale*, «La Presse Médicale», 30, (30), pp. 1489-1495.

6. *Innovation from within: il progetto GET – Gruppi di Educazione terapeutica della ASL di Reggio Emilia. Il punto di vista delle famiglie*

di *Andrea Bassi, Sara Lo Scocco e Marta Fontana*¹

*Se hai trovato una risposta a tutte le tue domande,
vuol dire che le domande che ti sei posto non erano giuste.*

Wilde O., *Il critico come artista*
(1890)

1. Il progetto GET – Gruppi di educazione terapeutica (intervento di II livello)

1.1 La storia del progetto

Il Progetto GET (Gruppi di Educazione Terapeutica per il Trattamento dell'Obesità Infantile), nasce, in forma embrionale, nel 2014 presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. La dietista e la psicologa coinvolte nel trattamento di questa patologia cronica, scoprono di trovarsi in una “impasse” clinica: i pazienti considerati obesi secondo le valutazioni effettuate dai pediatri in base alle curve di crescita (Cacciari *et al.* 2006; Cole *et al.* 2012) e quindi ad elevato rischio di complicanze, se non già portatori di alcune complicanze mediche più o meno gravi (iper-insulinemia, steatosi epatica ecc.), oppongono una “resistenza passiva” a qualsiasi proposta di lavoro sul loro peso. Questo dato è complicato dal fatto che, nella maggioranza dei casi, i pazienti e le loro famiglie, chiedono esplicitamente di essere presi in carico e di poter essere dotati di una “dieta scritta”, che, nella migliore delle ipotesi non viene seguita, e nella peggiore porta ad un incremento ulteriore del peso in rapporto all'altezza.

Questo ciclo fallimentare colpisce sia gli utenti che gli operatori: infatti, se l'obiettivo è il calo di peso, il non calo è frustrante per il paziente *in primis*, ma anche per l'operatore, che spesso valuta il proprio grado di competenza sulla base degli esiti nei pazienti che segue. Ciò conduce inevitabilmente a sentimenti di rabbia ed aggressività che possono manifestarsi da entrambe le parti in maniere differenti. Infatti, trattandosi di minori, è sempre coinvolto almeno un genitore che ripone aspettative nei confronti del figlio e di se

¹ Sara Lo Scocco è responsabile della stesura del paragrafo 1; Marta Fontana è autrice dei paragrafi 2, 3, 4; Andrea Bassi ha scritto il paragrafo 5.

stesso come *care-giver* adeguato. Spesso anch'esso in sovrappeso, il genitore può proiettare il proprio senso di inefficacia e fallimento sul figlio attraverso agiti aggressivi, come ad esempio "sbugiardandolo" o umiliandolo davanti all'operatore, per tutelare la propria immagine genitoriale agli occhi dell'autorità e di se stesso. Inoltre, l'operatore, davanti al paziente non collaborante può sentir minata la propria autorevolezza, leggendo in senso auto-riferito le resistenze al cambiamento del paziente e, laddove non adeguatamente supportato, potrebbe "agire" tale frustrazione nei confronti del paziente stesso, aumentando la sua idea di inefficacia e quindi diminuendo le probabilità che il paziente si ingaggi realmente in un programma di cambiamento di abitudini.

Nello stesso periodo in cui si cominciava a riflettere in ambito ospedaliero, e cioè in un Servizio di Terzo Livello, su come migliorare la prassi di trattamento di questa patologia cronica, nel contesto provinciale, era già consolidato un interesse dei Pediatri di Libera Scelta verso questa problematica, vedendo il coinvolgimento delle Cure Primarie e del Servizio di Epidemiologia, nonché del Presidio Regionale di Luoghi di Prevenzione, in un progetto di formazione ed implementazione del colloquio motivazionale con le famiglie di bambini con obesità, esitato nella pubblicazione di un articolo sulla rivista *Pediatrics* (Broccoli, Davoli *et al.* 2016).

In questo contesto clinico e culturale, nascono dunque una serie di quesiti clinici e teorici a cui si tenterà di dare risposta attraverso l'implementazione del Progetto GET, descritto nelle pagine che seguono.

1.2. La letteratura scientifica di riferimento

Per trovare una soluzione ad un problema, è necessario prima di tutto avere una mappa il più esaustiva possibile di quel problema. Siamo partite dunque cercando di fare chiarezza sulle molteplici cause dell'obesità in età evolutiva e su quali fossero i fattori di mantenimento, a fronte di una consapevolezza generale ormai crescente sulla pericolosità di un peso eccessivo, anche grazie alle numerose campagne di informazione su più livelli operate dai media e dalle Istituzioni.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i bambini in eccesso ponderale sotto i 5 anni nel mondo sono 41 milioni. L'impatto dell'obesità e le conseguenti ripercussioni dirette sulla salute mostrano come sia prioritario e necessario contrastare tempestivamente tale fenomeno. Il sistema di sorveglianza nazionale OKKIO alla SALUTE² indica che nel 2016 in Italia i bambini in sovrappeso sono il 21,3% e i bambini obesi sono il 9,3%.

² www.epicentro.iss.it

L'obesità è definita come un Indice di Massa Corporea (BMI) maggiore o uguale al 95° percentile, mentre il rischio di obesità è definito come un BMI compreso tra l'85° e il 95° percentile, con riferimento alle curve di crescita tarate su genere ed età (Centers for Disease Control and Prevention, 2006).

1.2.1. Effetti dell'obesità infantile

Dal punto di vista della salute fisica, a causa dell'obesità infantile, condizioni mediche un tempo mero appannaggio della popolazione adulta, stanno ultimamente diventando frequenti anche in età pediatrica. I fattori di rischio cardiovascolare, come la dislipidemia e l'ipertensione, l'intolleranza al glucosio, l'insulino-resistenza ed il diabete di tipo 2, si verificano tra i bambini e gli adolescenti obesi in numero crescente. Inoltre, i bambini in sovrappeso hanno maggiori probabilità di diventare adulti obesi rispetto ai bambini di peso normale (Kalavainen *et al.* 2007).

Un numero sempre crescente di ricerche indica come l'obesità abbia anche ricadute deleterie di carattere psico-sociale sui bambini: è infatti spesso associata ad aspetti di stigmatizzazione, discriminazione, bullismo (extra ed intra familiare), esclusione dal gruppo dei pari ed isolamento. Tutto ciò può avere ricadute, anche gravi, sul benessere psicologico e sulla qualità della vita del bambino. Diversi studi riportano una maggior incidenza nei bambini obesi di depressione, ansia, scarsa autostima ed auto-efficacia, in particolar modo rispetto all'auto-percezione corporea (Shin *et al.* 2008; Storch *et al.* 2007; Zeller *et al.* 2004; Braet, 1997).

1.2.2. Le cause dell'obesità infantile

Escludendo le forme di obesità infantile causate da disendocrinopatie, tumori o lesioni che interessano il nucleo ventromediale dell'ipotalamo, sindromi genetiche, eccetera, l'obesità rimane una patologia cronica causata da fattori ambientali e/o relazionali e famigliari in stretta interconnessione tra di loro e con un rapporto di causalità non lineare né deterministico.

Da un lato, dunque, numerose ricerche hanno evidenziato come gli stili di vita e le abitudini alimentari siano alla base dello squilibrio tra l'introito calorico e la spesa energetica, responsabile dell'aumento di peso (French, Story, Jeffery, 2001). Tali aspetti sono inevitabilmente incastonati in un contesto familiare e sociale che, specialmente durante l'infanzia, riveste un ruolo primario in termini di modelli alimentari (cucina grassa, cibi confezionati molto appetibili ma ipercalorici, bevande gassate e dolcificate), comportamentali e di stili di vita (attività fisica), rappresentando un ulteriore fattore

di rischio. In alcuni contesti culturali anche italiani, inoltre, è ancora diffusa l'erronea credenza secondo cui, specialmente nell'infanzia, il sovrappeso sia sinonimo di salute e benessere (Pavan, Peruffo, 2002).

D'altro canto, in alcuni bambini giocano un ruolo importante anche fattori legati alla strutturazione delle interazioni primarie di attaccamento. In particolare, la confusione nel riconoscere e regolare le proprie emozioni, può ostacolare i processi di differenziazione somato-psicologica, indispensabili per discriminare tra gli stati emozionali (rabbia, paura, tristezza, bisogno di conforto) e le sensazioni somatiche (fame, sazietà, sonno) (Blanco *et al.* 2000). In questo modo l'alimentazione diventa scandita dagli stati affettivi e non più dai centri ipotalamici regolatori della fame e della sazietà: uno stato di attivazione psicofisiologica può così non essere codificato e compreso nelle sue componenti più squisitamente emotive (ad esempio, rabbia per un sopruso subito, ansia per una prestazione scolastica ecc.), e venir "letto" come bisogno prettamente fisico, ad esempio fame. In altri casi, il bambino può sperimentare una ripetuta frustrazione dell'espressione delle proprie priorità emotive, che possono essere svalutate, minimizzate o drammatizzate, a seconda delle aree emozionali critiche nell'universo mentale della figura d'attaccamento. Ciò che non può essere detto, espresso, comunicato, viene convogliato in un dominio più silente e forse maggiormente "tollerato" da quel contesto accuditivo, ossia il dominio corporeo, che diviene veicolo di espressione di ogni fluttuazione emotiva e cognitiva non riconosciuta e dunque non integrata (Blanco *et al.* 2007).

Inoltre, questa difficoltà a definire dall'interno i propri stati e i propri desideri porta ad una preponderanza, nei bambini e negli adolescenti obesi, di aspetti relativi a passività ed incapacità di controllo dei propri impulsi, con comportamenti compulsivi e sregolati di assunzione di cibo (Blanco *et al.*, *op. cit.*, 2007).

Il cibo ed il corpo diventano così il luogo in cui il bambino può controllare il suo ambiente ed esprimere le proprie esigenze vitali ed emotive incomprese. È anche per questo motivo che spesso i bambini e gli adolescenti affetti da obesità faticano a riconoscere, esperire ed esprimere i propri stati affettivi sia negativi che positivi, secondo una caratteristica che viene comunemente definita "alesitimia" (vedi, ad esempio, Baldaro *et al.* 2003).

Già da questa prima disamina sulle componenti generative dell'obesità infantile, è facile derivare come un modello verticale basato sull'informazione e sulla prescrizione di una dietoterapia, sia del tutto insufficiente a rispondere alla complessità di una patologia che sconfinava dai limiti strettamente fisici e corporei per estendersi a quelli psicologici e della rete famigliare.

1.2.3. Il trattamento dell'obesità infantile

In generale, i dati raccolti in più di un ventennio di ricerche circa i fattori ambientali come causa dell'obesità, hanno fatto sì che gli studi e i trattamenti si siano focalizzati sulla modificazione degli stili di vita e delle abitudini alimentari, con uno sguardo sempre più allargato al contesto familiare e non focalizzato solo sull'individuo. Attualmente, dunque, in base ai dati disponibili in letteratura, il trattamento d'elezione per l'obesità infantile è rappresentato da approcci di tipo cognitivo-comportamentale, basati sulla modificazione degli stili di vita e delle abitudini alimentari, sia del bambino che della sua famiglia, studiando gli effetti positivi di tali modificazioni sia sul peso che sull'autostima (Goldfield *et al.* 2007; Braet *et al.* 2004; Hingle *et al.* 2010).

In letteratura sono inoltre presenti risultati promettenti per quanto riguarda i programmi di gruppo basati sulla terapia comportamentale.

Ad esempio, Kalavainen e colleghi, in uno studio condotto nel 2007, hanno confrontato l'efficacia del trattamento di gruppo con la consulenza ambulatoriale individuale per il trattamento dell'obesità infantile. I risultati hanno mostrato che i bambini che frequentano il trattamento di gruppo perdevano più peso rispetto ai coetanei che ricevevano il trattamento individuale.

In un altro studio del 2014, Fonseca e colleghi analizzano il possibile impatto dei coetanei nell'efficacia di un programma di controllo del peso, rilevando un potenziale effetto positivo sull'indice di massa corporea, sulla composizione corporea e sull'attività fisica.

Nella revisione del 2015 di Kader e colleghi sono stati confrontati quattro tipologie di intervento: consulenza individuale, formazione di gruppo, informazioni inviate a casa e consulenza telefonica individuale. I risultati hanno mostrato una maggiore efficacia degli interventi di gruppo nel controllo del peso corporeo.

Benché in letteratura siano presenti evidenze a favore degli interventi di tipo comportamentale, familiare e di gruppo nel breve termine, il mantenimento dei risultati conseguiti nel lungo termine è ancora da dimostrare (Wilfley *et al.* 2007), anche a causa della mancanza di criteri universalmente condivisi per definire un trattamento di successo (Epstein *et al.* 2007).

Il modello di intervento cognitivo-comportamentale appare, almeno nel breve termine, significativamente più efficace, nella riduzione del peso, di interventi di tipo nutrizionale/educazionale restrittivi (Epstein *et al.*, *op. cit.*), in quanto coinvolge nel cambiamento tutto l'ambiente familiare e non solo il bambino, educando a sviluppare abilità e capacità di controllo sul sintomo (attività fisica e assunzione di cibo).

Tuttavia, un intervento basato sul controllo del sintomo esercitato dai genitori, potrebbe avere effetti iatrogeni: i normali momenti di allentamento del controllo o di *défaillance* alimentare, potrebbero causare o accentuare

sentimenti di fallimento, delusione, frustrazione o senso di colpa, ed il controllo esercitato dall'esterno potrebbe ostacolare lo sviluppo di una capacità autonoma e interna di regolazione dell'assunzione di cibo (Molinari, Cuzzolaro, 2000).

Inoltre, un trattamento finalizzato a sviluppare l'esercizio della volontà, focalizzandosi sull'istruzione della dieta, sull'aumento del dispendio energetico e sulle prescrizioni comportamentali, si scontra inevitabilmente con vincoli biologici e psicosociali, che risultano difficili da modificare significativamente, facendo a volte oscurare le componenti più squisitamente emotive, cognitive e relazionali alla base del problema (Pavan, Peruffo, 2002).

Ciò non significa che i fattori ambientali non ricoprano alcun ruolo o che non sia necessario affrontarli. Nel caso dell'obesità infantile, più che in altre situazioni, appare tuttavia imprescindibile l'adozione di un approccio multidisciplinare che, accanto alla cura e alla considerazione degli aspetti che "meccanicamente" contribuiscono all'aumento di peso, ponga attenzione anche a ciò che induce un individuo ed il suo contesto familiare di appartenenza ad "imboccare le strade" che conducono solo in un'ultima istanza all'obesità.

Diviene di fondamentale importanza comprendere la funzione relazionale e psicologica rivestita dal sintomo alimentare, affrontando anche questo aspetto.

In conclusione, appare come l'intervento familiare e di gruppo per il trattamento dell'obesità infantile sembri dare risultati più promettenti rispetto a quello individuale e centrato solo sul paziente.

Ciò che appare controversa è la "tenuta" dei risultati ottenuti nel lungo termine, aspetto che pone la questione dell'incisività del cambiamento ottenuto: gli interventi descritti in letteratura appaiono infatti centrati strettamente sulla modificazione del sintomo (stili di vita e abitudini alimentari).

A partire dunque dall'impasse clinica e dal supporto teorico che la letteratura ci ha fornito, abbiamo cominciato a pensare a come modificare la nostra *usual-care* nei confronti di questa tipologia di pazienti³.

Una delle criticità riscontrate era la parcellizzazione del paziente visto come corpo (medico), comportamento (dietista), pensieri e stati d'animo (psicologa, solo per pochi fortunati), laddove uno studio attento del fenomeno ci ha indicato come, forse più che in tante altre patologie croniche,

³ La *usual-care*, prima dell'avvio della sperimentazione dei GET, consisteva nell'invio alla dietista da parte del medico pediatra endocrinologo dei pazienti con sovrappeso o obesità, rivalutati poi dal medico stesso con intervalli variabili a seconda anche della presenza di complicanze mediche o meno. La dietista prendeva in carico la situazione con visite periodiche basate sull'indicazione verbale a modificare gli stili di vita (attività fisica strutturata e incidentale) e le abitudini alimentari, controllando l'andamento del peso di volta in volta. Solo alcuni casi selezionati, in cui veniva ravvisato il rischio di psicopatologia sottostante o grave blocco nella motivazione al cambiamento veniva fatto un invio alla psicologa.

nell'obesità infantile, tenere separati questi piani in un dualismo o tripartitismo di cartesiana memoria, rischiava di perpetuare la frustrazione di tutti gli attori in gioco.

Bisognava dunque trovare un modo per “tenere insieme” i vari pezzi, in una maniera che fosse anche sostenibile economicamente, in un contesto a iso-risorse.

Inoltre, appariva chiaro come una modalità basata prevalentemente sul passaggio verbale di informazioni, potesse attecchire solo sulla componente razionale dei pazienti, lasciando fuori tutto ciò che avesse a che fare con le spinte che agiscono al livello implicito, eppur potentissimo, e che mantengono il problema a dispetto della dannosità del comportamento.

Nasce così il progetto GET.

1.3 Contenuti ed obiettivi

Dal sito della società di educazione terapeutica⁴ si legge che:

L'Educazione Terapeutica è un modello di cura per le malattie croniche promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e punto centrale dell'attuale Piano Nazionale Cronicità. L'Educazione Terapeutica migliora le conoscenze dei pazienti e permette di sviluppare le abilità necessarie per gestire la malattia e le situazioni critiche.

Favorisce inoltre l'adozione di un sano Stile di Vita e un aumento della consapevolezza, migliorando la Qualità della Vita e il benessere psicofisico. Il paziente non è più un “caso clinico”, ma una persona che ha un ruolo attivo nel suo percorso di cura. I tre principi essenziali dell'Educazione Terapeutica:

1. Tutti siamo in grado di imparare.
2. Approccio centrato sulla persona
3. Rispetto per la persona e per la libertà di scelta

L'Educazione Terapeutica rappresenta dunque un caposaldo per la cura delle patologie croniche, che non sostituisce i trattamenti medici o chirurgici ma li affianca e li facilita, aumentando l'aderenza alla cura e permettendo una consolidazione nel tempo dei cambiamenti ottenuti. Mira inoltre ad aiutare le persone e i familiari (*caregiver*) che si prendono cura del malato.

Nel Piano Nazionale della Cronicità⁵, stilato dal Ministero della Salute, si legge come sia necessario:

Differenziare e personalizzare anche il prodotto “Educazione”, che deve adattarsi alle caratteristiche (limiti/potenzialità) del paziente e svilupparsi evolutivamente nel tempo. Si tratta di un percorso, strutturato e sistematico che,

⁴ www.educazioneterapeutica.com

⁵ Vedi “Piano Nazionale cronicità” su www.salute.gov.it

partendo dall'informazione-educazione sugli stili di vita utili a contrastare il malessere e l'evoluzione della patologia, deve progressivamente fornire una serie di competenze e di abilità al paziente ed ai *Caregiver*, orientate verso la capacità di “fare fronte” alla malattia, verso il mantenimento dello stato di salute (*self care maintenance*) e, progressivamente, verso la vera e propria autogestione della patologia (*self-care management*).

L'Educazione Terapeutica ci è apparsa dunque la cornice più adatta per implementare il nostro progetto, restituendo il controllo ai pazienti e ai loro famigliari, controllo che avrebbe potuto comportare tempi più lunghi di assimilazione di nuove e corrette abitudini, ma d'altro canto proprio questa assunzione di responsabilità avrebbe potuto permettere una tenuta nel lungo periodo di cambiamenti non imposti dalla “fredda” letteratura scientifica, ma maturati dai soggetti stessi e dunque vissuti come più percorribili nella propria quotidianità.

L'altra cornice teorica di riferimento da cui abbiamo tratto strumenti e modalità di approccio al problema è quella del Modello Transteorico del Cambiamento (Prochaska, DiClemente, 1982), già adottata dai Pediatri di Libera Scelta nel progetto citato precedentemente. In particolare, questo modello propone un approccio al cambiamento delle abitudini “scorrette” basato sulla comprensione della “fase” motivazionale in cui si trova la persona, individuando il cambiamento come un processo dinamico e non lineare, fatto di diverse fasi, ognuna delle quali necessita di un approccio specifico. Inoltre, prendendo atto dell'ambivalenza insita in ogni processo di cambiamento (ambivalenza che se non adeguatamente compresa porta all'impasse di cui dicevamo poco fa), propone un approccio di *counselling* (motivazionale, appunto) specificatamente pensato per risolvere tale conflitto e stimolare la motivazione intrinseca nei pazienti.

Inoltre, riflettendo sulla *usual-care* e sulle esperienze descritte in letteratura, abbiamo rilevato come fosse presente una grave carenza riguardante l'accompagnamento alla messa in pratica delle indicazioni: nell'ambulatorio venivano infatti spiegati i comportamenti virtuosi, dando per scontato che le famiglie fossero automaticamente in grado di fare un passaggio da una conoscenza semantica ad una procedurale, fatto che può essere ostacolato da pregiudizi culturali (ad esempio, “la cucina sana non è appetitosa”) o dall'utilizzo di difficoltà logistiche/organizzative in maniera difensiva per coprire il senso di inadeguatezza: ad esempio, alcune famiglie ritengono impossibile fare attività fisica con costanza, perché la immaginano più complicata di quello che in realtà non sia, ecc.

Infine, facendo tesoro della vasta letteratura esistente sulle componenti emotive legate al sovrappeso e all'obesità, sia in quanto fattori conseguenti (senso di fallimento, bassa amabilità personale, stigma sociale, ansia e depressione), sia in quanto fattori generativi e di mantenimento, ci si è posti l'ambizioso obiettivo di affrontare la problematica secondo un'ottica olistica

del bambino e dei suoi genitori, tenendo dunque conto degli aspetti emotivi in ogni fase del percorso.

Per valutare in maniera più controllata l'effettiva efficacia di un trattamento alternativo alla *usual-care*, è stato dunque progettato un vero e proprio *trial* randomizzato (vale a dire con assegnazione casuale computerizzata dei pazienti a due gruppi), approvato dal C.E. Provinciale nell'aprile del 2016, che ha visto la collaborazione concertata di diversi soggetti operanti nell'ambito (S.S. di Endocrinologia Pediatrica del Santa Maria di Reggio Emilia, i Pediatri di Libera Scelta, il Servizio di Cure Primarie, il Presidio Regionale di Luoghi di Prevenzione e il Servizio di Epidemiologia dell'Azienda USL di Reggio Emilia).

Da settembre 2016 a settembre 2018 sono stati reclutati oltre 350 soggetti di cui 300 sono stati randomizzati nei due bracci della ricerca: braccio di controllo, che consisteva nel proporre la *usual-care* (vedi Nota 1) e braccio sperimentale che implementava il progetto GET.

Il reclutamento e la randomizzazione computerizzata, avvenuti presso gli ambulatori della Pediatria di Reggio, sono stati condotti dai Pediatri Endocrinologi di Terzo Livello (ospedalieri) e da quattro Pediatriche di Libera Scelta che hanno adjuvato il processo.

Per poter essere eleggibili a partecipare al *trial* era necessario possedere i seguenti criteri di inclusione:

- Obesità ($\geq 95^{\circ}$ percentile);
- Non avere un'obesità causata da fattori organici;
- Sufficiente comprensione e produzione dell'italiano;
- Età dei bambini/ragazzi compresa tra i 6 e i 17 anni di età compiuti;
- Assenza di diagnosi neuropsichiatriche/ritardo mentale;
- Disponibilità da parte di almeno uno dei genitori a partecipare in prima persona agli incontri.
- Diagnosi motivazionale: almeno uno dei component doveva trovarsi nella fase di determinazione al cambiamento

1.4 Realizzazione: come funziona il GET

Il Gruppo Sperimentale (GET), a differenza della *usual-care*, si è svolto in un ambiente non ospedaliero, con l'idea di uscire dalla dimensione della patologia e dell'approccio tradizionalmente "medico", che vede l'esperto da un lato ed il paziente dall'altro e che implicitamente restituisce un ruolo passivo al soggetto. Ci siamo dunque avvalsi degli spazi messi a disposizione dal Presidio Regionale di Luoghi di Prevenzione, dove è stato possibile svolgere gli incontri in stanze ampie ed esteticamente curate, con sedute in cerchio; è stato inoltre possibile usufruire di supporti tecnologici (LIMM), della

cucina didattica e di ampi e sicuri spazi all'aperto, presidi utili a passare dalla trasmissione "verbale" di informazioni a quella "procedurale".

Un'altra caratteristica del Gruppo Sperimentale consisteva appunto nel fatto che l'intervento non fosse individuale, bensì di gruppo. Questa scelta rispondeva a diversi tipi di esigenze: in primo luogo ricalcava esperienze positive descritte in letteratura, nelle quali il supporto dei pari permetteva una maggior tenuta della motivazione e una miglior gestione delle ricadute o dei fallimenti, maggiormente relativizzati nel gruppo. Inoltre, rappresentava un'opportunità per la Salute Pubblica di offrire un servizio estremamente evoluto e completo alla popolazione, laddove i costi dello stesso intervento su scala individuale sarebbero stati impraticabili.

Uno dei problemi con cui ci si era dovuti confrontare riguardava la scarsa motivazione delle famiglie. Per questa ragione, al momento del reclutamento, i pediatri (già formati sull'argomento), effettuavano una "diagnosi motivazionale" in modo da arruolare solo le famiglie realmente motivate ad un cambiamento.

Una seconda criticità riscontrata nell'intervento di *usual-care* risiedeva nelle dinamiche disfunzionali che si instauravano tra il genitore ed il bambino/adolescente e che ostacolavano il processo di acquisizione di fiducia in se stessi necessario per supportare la motivazione al cambiamento. Per questa ragione si è valutato di lavorare separatamente con figli e genitori, mandando implicitamente ad entrambi un messaggio di fiducia nei confronti delle capacità dei ragazzi di assumersi la responsabilità del proprio corpo e della propria vita, laddove invece spesso il contesto familiare comunica sfiducia e dunque assume il controllo in maniera a volte intrusiva, depauperando il ragazzo delle proprie abilità propriocettive e di ascolto e comunicazione del proprio mondo emotivo. La modalità di lavoro consisteva dunque in una prima sessione con i ragazzi di circa 45 minuti, tutelata dal segreto professionale nei confronti dei genitori e del mondo esterno in generale, seguita da una sessione di lavoro con i genitori della stessa durata, sullo stesso tema, modificato per età, con *feedback* dei professionisti sulle modalità di gestione delle *impasse* relazionali tra genitori e figli riguardanti l'alimentazione. Durante la sessione di lavoro con i genitori, i ragazzi potevano usufruire della presenza di una volontaria della Pediatria, con la quale ingaggiarsi in attività ludico-sportive.

Dopo questa separazione, si è valutato, di contro, di procedere ad una "integrazione" di saperi e formazioni, mantenendo per tutta la durata del progetto ed in ogni incontro, la compresenza della figura della dietista e della psicologa. Questa azione aveva l'obiettivo di comunicare ai partecipanti l'inscindibilità dei due tipi di ambiti, mandando dunque loro il messaggio di una necessaria unione tra mente e corpo come pilastro per un cambiamento realmente duraturo.

Per quanto riguarda la durata del trattamento, in letteratura sono descritti trattamenti di durate e con frequenze molto diverse e pare che trattamenti a frequenza più intensa diano risultati migliori. Inoltre, un dato che sembra piuttosto consolidato è che “*the longer the better*”, cioè più si è in grado di mantenere nel tempo il trattamento, più saranno duraturi gli effetti (Whitlock *et al.* 2010; Peirson *et al.* 2015; August *et al.* 2008).

Questi dati (maggiore intensità e maggiore durata) ci parlano però di quanto il mantenimento dei risultati sembri, in questa tipologia di pazienti, sempre molto dipendente dalla presenza o meno di un “controllore”, in un circolo paradossale in cui si anela alla libertà (spesso mangiare fuori misura assume anche questo significato relazionale), ma non sapendola gestire (non avendola forse mai avuta), si cerca sempre qualcuno a cui rendere conto per poter significare il proprio comportamento. Dunque, abbiamo cercato una modalità che offrisse l’adeguato supporto iniziale per mettere in atto i primi cambiamenti, ma che al contempo rimandasse loro un’idea di autonomia positiva e non di dipendenza dal giudizio di un controllore.

Questo punto è stato oggetto di riflessioni e critiche, alcune delle quali ancora aperte. In particolare, abbiamo strutturato dieci incontri, a cadenza trimestrale, con invio mensile di e-mail motivazionali a cui poter eventualmente rispondere. Dopo qualche mese dall’inizio del percorso, ci siamo rese conto di quanto questo obiettivo ambizioso necessitasse di tempi più lunghi per realizzarsi e che fosse troppo “oneroso” per i pazienti attendere così tanto tempo tra un incontro e l’altro nelle primissime fasi di lavoro. Di conseguenza si è scelto di modificare il protocollo di ricerca, “avvicinando” i primi tre incontri a cadenza mensile, per poi distanziarli solo in una seconda fase.

Nel Gruppo Sperimentale, all’inizio del primo incontro, dopo un’accurata spiegazione delle modalità, dei tempi, dei contenuti e del rationale del percorso, viene proposta una riflessione alle famiglie e ai ragazzi sull’importanza attribuita da loro al cambiamento e sulla fiducia presente in loro nel realizzare tale cambiamento. Questo momento di auto-riflessione, utilizzando lo strumento del “regolo motivazionale”, mutuato dal modello teorico citato in precedenza, ha la funzione di aumentare la consapevolezza nei soggetti ed esplicitare paure e dubbi di ostacolo alla motivazione, rivestendo perciò un ruolo di incentivo alla motivazione intrinseca. Tale strumento viene riproposto spesso all’inizio di ogni incontro per indurre i partecipanti a riflettere su di sé e sul proprio percorso in maniera auto-determinata.

Prima di ogni incontro i bambini/ragazzi vengono pesati e misurati in totale *privacy* solo alla presenza della dietista, che non commenta, ma si rende disponibile a discutere dei “numeri” con chi lo desidera, con la funzione di usare il dato come informazione su ciò che sta avvenendo e non come criterio di adeguatezza o meno del bambino/ragazzo.

Ma qual è il contenuto degli incontri?

Nei primi tre incontri si è scelto di fornire le informazioni di base sul meccanismo dell'aumento di peso, sul ruolo degli alimenti e dell'attività fisica, ma secondo una modalità esperienziale, attraverso cioè giochi che permettano di “vedere” ciò che avviene quando si supera il fabbisogno calorico giornaliero, quando si pratica attività fisica strutturata e/o incidentale e che permettano di ricordarsi le diverse caratteristiche dei cibi secondo un divertente sistema a “semaforo”.

Dopo ciascun incontro viene proposto un “piccolo compito” sia ai ragazzi che ai genitori, per sottolineare l'importanza di un cambiamento che avvenga a livello familiare e non come desiderio di modificare il bambino come se fosse un giocattolo rotto. Il compito può consistere semplicemente nel monitorare le proprie abitudini di movimento e alimentari, nel tentare di modificarle seppure di poco, sempre rispettando i criteri di gradualità e autonomia delle famiglie nella scelta e nella modalità dei cambiamenti da mettere in atto. All'inizio di ogni incontro, dopo la parte “tecnica” di misurazione, si offre uno spazio, sia ai ragazzi che ai genitori, per raccontare l'esperienza del mese precedente, le difficoltà, le perplessità o i cambiamenti avvenuti, uscendo da un'ottica di controllore/controlato, ma entrando in un approccio di ascolto e riflessione condivisa delle migliori strategie percorribili da una specifica famiglia in una specifica fase, utilizzando il gruppo come supporto nel *problem-solving* creativo tra pari.

A partire dal quarto incontro, si è cominciato a dilazionare i tempi, non più incontrandosi una volta al mese, ma ogni tre mesi circa, mantenendo però sempre un contatto mensile tramite e-mail motivazionali, riguardanti gli specifici temi e “compiti” affrontati nell'incontro precedente. Come già detto, il maggior tempo che intercorre tra gli incontri, ha l'obiettivo di restituire alle famiglie un'idea di competenza e autonomia, svincolando gradualmente la motivazione all'azione dalla paura del giudizio di chi dovrà controllare gli esiti dei comportamenti messi in atto. Questo meccanismo, sebbene sia stato condiviso ed esplicitato nelle sue motivazioni cliniche all'inizio dell'intervento, ha trovato una naturale resistenza da parte di alcune famiglie, proprio perché ha slantizzato il bisogno di etero-definizione, che, sebbene sia alla base del problema stesso, in una prima fase viene vissuto come unico modo per rimanere ancorati al programma.

Uno dei principi cardine del gruppo è quello di poter discutere e potersi confrontare apertamente sulle difficoltà, anche insite nelle modalità stesse del percorso. Pertanto, nell'affrontare questo passaggio nulla è dato per scontato e le famiglie vengono preparate a quanto potrebbe accadere in termini di calo di motivazione, dando ampio spazio alla discussione sul significato di ciò e sulle possibili strategie da mettere in atto nel caso in cui questo avvenga.

A partire dal quarto incontro quindi, i temi delle sessioni, pur ruotando sempre intorno ad alimentazione ed attività fisica, incorporano il tema del legame tra alimentazione ed emozioni e tra emozioni e corpo.

Il quarto incontro nello specifico è dedicato alla sperimentazione nella cucina didattica di una ricetta salata fatta con ingredienti “alternativi” a quelli solitamente consumati dalle famiglie. La pietanza, cucinata dai ragazzi, viene quindi degustata anche assieme ai genitori, e le famiglie vengono invitate ad un assaggio “consapevole”, guidato dalla psicologa, esplorando con tutti i 5 sensi le caratteristiche del cibo che stanno consumando, portando attenzione anche alle proprie sensazioni somatiche e percettive e ai relativi cambiamenti, nonché alle oscillazioni emotive man mano che il pezzo di pietanza viene passato in rassegna dagli organi di senso (vista, tatto, sulle dita e sulle labbra, udito e infine gusto). Questa modalità di assaggio permette una “connessione” tra l’azione e le sensazioni fisiche, che spesso sfugge nell’iperalimentazione incontrollata che risponde a bisogni emotivi non adeguatamente riconosciuti (ad esempio noia), e non si cura dei segnali provenienti dal corpo che porterebbero ad esempio a fermarsi o a scegliere altri tipi di cibi (senso di sazietà, nausea ecc.).

Infine, la dietista invita a riflettere sulla diversa composizione della pietanza cucinata con ingredienti alternativi seppur saporiti, e sul diverso apporto di nutrienti e del loro effetto sulla salute. Come già detto in precedenza, il focus non è tanto e solo sull’introito calorico, ma sull’offrire un’alternativa sana che possa essere mantenuta nel tempo, a differenza di un approccio che sia solo restrittivo. Questo incontro ha l’obiettivo di fornire uno stimolo alle famiglie a sperimentarsi in cucina, assieme ai ragazzi, rendendoli attori attivi del cambiamento, e coinvolgendoli nel progetto che, sempre più deve rappresentare una modificazione graduale e dal basso di uno stile familiare e non del singolo. Anche il sesto incontro avviene secondo la stessa modalità, ma sperimentando una ricetta dolce adatta per una merenda o una colazione.

Il quinto incontro rappresenta invece un momento specificatamente dedicato all’ascolto delle difficoltà incontrate dai partecipanti. Questo spazio è virtualmente sempre possibile in tutti gli incontri, vista appunto la costante compresenza delle due figure professionali, che possono sempre offrire supporto integrato alle famiglie. Durante il quinto incontro, però, l’attività proposta è esplicitamente orientata a far emergere le resistenze al cambiamento. Dopo una prima fase di “entusiasmo” e ottimismo generati dall’aver intrapreso un percorso nuovo e dal confronto con altri che condividono le stesse difficoltà, cominciano infatti ad emergere le aspettative irrealistiche che comunque le famiglie si sono formate (speranza di cambiamenti veloci, con minimi sforzi, ricerca di ricette magiche o aspettative miracolistiche) e la frustrazione per il non vederle realizzate. È dunque centrale poter raccogliere le paure, le perplessità e le difficoltà maggiori incontrate dai ragazzi e dai genitori. In questa fase riveste particolare importanza la presenza di un gruppo di pari con cui confrontarsi, poiché questo aiuta a normalizzare le proprie difficoltà, inscrivendole all’interno di un percorso di cambiamento che non è mai linearmente in ascesa, ma presenta, per tutti, fasi di regressione

o di stallo. Questo aiuta i partecipanti a rileggere il proprio senso di inefficacia in termini diversi: le difficoltà e le battute di arresto non sono il sintomo di una inadeguatezza intrinseca della persona, ma vanno compresi nel significato che portano: ho scelto obiettivi troppo difficili? Ho aspettative irrealistiche su di me o su mio figlio? Sto vivendo un momento difficile da altri punti di vista e forse non ho abbastanza spazio per pensare ad altro? Spesso gli operatori della salute temono l'autoindulgenza dei partecipanti, leggendo come segno di resa e di esternalizzazione delle responsabilità, che ostacola il cambiamento. In realtà questi atteggiamenti, sicuramente deleteri, sono il frutto di una difesa "preventiva" che le persone mettono in atto quando percepiscono un giudizio negativo dall'altra parte, innescando una dinamica di braccio di ferro che irrita gli operatori, ma "tutela" i partecipanti dal contattare il proprio senso di inadeguatezza. Se però i soggetti vengono "sgravati" dal personale senso di fallimento, sia condividendolo con gli altri ("Non sono l'unico"), sia comprendendo la funzione dei fallimenti e degli errori in un processo di cambiamento, possono impiegare le energie, che impiegherebbero per difendersi dai giudizi altrui, nel tentare di ri-centrarsi sul lavoro e sugli obiettivi che si sono proposti e che via via possono essere ridefiniti. Seguendo i principi del *counselling* motivazionale, l'atteggiamento degli operatori non è mai di dare consigli su cosa potrebbero o dovrebbero fare i soggetti, ma di restituire ai partecipanti il controllo e la responsabilità, chiedendo loro cosa si sentirebbero di fare.

Il settimo incontro rappresenta una sorta di "riassunto" di quelli precedenti, poiché i ragazzi vengono divisi in piccoli gruppi e viene chiesto loro di creare un menù settimanale, utilizzando quanto appreso sulla composizione degli alimenti, scegliendo tra una vasta gamma di ricette disponibili sui tavoli. Viene dunque chiesto loro di concretizzare nella realtà della loro quotidianità un'alimentazione "fattibile". Nella seconda parte i genitori sono invitati a supervisionare il menù creato dai figli, facendo aggiustamenti di natura "organizzativa". Anche in questo incontro, al di là del contenuto "tecnico", il messaggio relazionale che dovrebbe passare è quello di un'azione familiare basata sulla cooperazione e non sul ricatto o sull'inganno, in cui tutti i membri sono partecipanti attivi con compiti e responsabilità.

L'ottavo incontro si svolge in un supermercato. Le famiglie, che a questo punto dovrebbero avere tutte le informazioni riguardanti la lettura delle etichette e dunque la scelta consapevole dei prodotti, sono invitate a fare una "spesa tipo" in cui acquistare i prodotti necessari all'alimentazione di un'intera giornata (colazione, spuntini, pranzo e cena). Vengono dunque lasciati liberi di scegliere gli alimenti con la possibilità di fare domande alla dietista che rimane a disposizione per eventuali dubbi sulla lettura delle etichette. Una volta riempito il carrello ci si ritrova in un punto del supermercato dove, insieme, si discutono le scelte fatte e i partecipanti sono liberi di rivedere, se lo ritengono, la spesa fatta a favore di prodotti con caratteristiche diverse.

Questo incontro, ancora una volta molto esperienziale, offre la possibilità di portare alla consapevolezza un'azione (quella del fare la spesa) che spesso avviene di fretta o sulla scia di bisogni emozionali, senza pertanto prestare attenzione e cura alla scelta dei prodotti, allo stesso tempo coinvolgendo attivamente e in maniera virtuosa i ragazzi nel fare ciò.

Il nono incontro, attraverso la visione di uno spezzone di un filmato, torna in maniera esplicita sulla tematica delle emozioni, offrendo uno spazio dove riflettere sul loro significato, in particolare di quelle negative e sullo “stile” di ognuno dei partecipanti riguardo alla manifestazione o meno di esse. I tempi del gruppo sono ormai maturi per poter condividere con gli altri partecipanti aspetti più personali propri e della modalità di gestione dell'emotività coi propri figli. In realtà, spesso anche negli incontri non specificatamente dedicati a ciò, accade che da una discussione apparentemente centrata sul tipo di biscotto più adatto, i genitori e i ragazzi siano in grado di arrivare a prendere consapevolezza delle motivazioni più profonde che li portano a mettere in atto determinati comportamenti, sia nei confronti del cibo che nei confronti dei propri figli sul tema cibo. Avere uno spazio però ufficialmente dedicato a ciò, legittima ancora di più l'idea che questa tematica è centrale e degna di attenzione e ascolto.

Al termine dell'incontro, le famiglie sono invitate ad aggiungere al diario, che nel frattempo si è andato arricchendo di annotazioni (sull'attività fisica, la qualità e quantità di cibo, ecc.), anche le riflessioni su ciò che si è provato prima di mangiare o dopo, riflettendo così su quanta alimentazione sia scandita effettivamente da stati emotivi poco riconosciuti e quanta da effettivi bisogni fisiologici.

Il decimo ed ultimo incontro è dedicato ad una riflessione sul percorso fatto, a raccogliere domande, considerazioni, suggerimenti e critiche, nonché a definire assieme strategie di mantenimento del percorso fatto nel futuro. Così come nel primo incontro ci si ritagliava uno spazio utile a raccogliere informazioni sulla “linea base” attraverso strumenti psicometrici, allo stesso modo anche il decimo incontro ha una parte dedicata a ciò. Vengono riproposti gli strumenti compilati due anni prima, con l'obiettivo di valutare l'eventuale effetto del percorso sulle variabili oggetto d'indagine, vale a dire, oltre a quelle antropometriche, anche la qualità di vita, il livello di Alessitimia, la presenza di comportamenti o manifestazioni patologiche, gli stili di vita e le abitudini alimentari. Per almeno un altro anno e mezzo verranno mandate a cadenza più distanziata e-mail di supporto e gli operatori rimarranno comunque disponibili ad essere aggiornati su come procede il percorso o contattati tramite e-mail o telefono.

1.5. Valutazioni e riflessioni sull'esperienza

A percorso non ancora del tutto ultimato e prima di poter trarre conclusioni basate sull'effettiva analisi dei dati antropometrici e psicometrici raccolti, è già comunque possibile fare riflessioni puramente speculative sull'esperienza fin qui portata avanti.

In primo luogo, ciò che ci è balzato all'occhio è stato l'alto tasso di abbandono dei soggetti (più del 50%). Seppur "confortati" dalla letteratura che riporta tassi di *drop-out* molto elevati in questo tipo di percorsi, abbiamo ritenuto importante riflettere e capire le motivazioni dietro questo *trend*. Per fare ciò ci siamo avvalsi della collaborazione di una équipe di ricerca del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Bologna, che ha messo a punto un progetto di studio *ad hoc* per approfondire dal punto di vista qualitativo le ragioni dei *drop* (vedi paragrafi successivi).

Sicuramente, un dato che abbiamo avuto modo di rilevare era lo iato presente tra la *motivazione* "diagnosticata" al momento del reclutamento e quella effettivamente presente al momento dell'inizio del percorso. Questo può riguardare due tipologie di cause. La prima è che per organizzare un gruppo è necessario attendere che il gruppo si formi, aspettando dunque l'arrivo di pazienti eleggibili e motivati e attendendo che la numerosità del gruppo arrivi almeno a dieci. Considerando che era in corso una assegnazione casuale a due gruppi di studio i tempi di formazione di un gruppo in partenza potevano dilatarsi, facendo trascorrere anche qualche mese tra il momento in cui il primo paziente veniva reclutato ed il momento in cui effettivamente partiva il gruppo. Questa latenza dei tempi, in alcuni casi, ha comportato un cambiamento della motivazione, non sempre in senso positivo.

In secondo luogo, l'idea del percorso così come compresa dalla spiegazione verbale da parte del pediatra reclutatore, spesso si discostava dalla realtà così come vissuta negli incontri veri e propri, comportando uno scarto tra le aspettative e la realizzazione, che in alcuni casi ha provocato un abbandono precoce. Inoltre, in alcuni casi, le necessità di reclutamento in tempi non troppo dilatati hanno probabilmente involontariamente portato a sovrastimare la motivazione di alcune famiglie, "forzando" leggermente l'inclusione di alcuni soggetti non realmente motivati.

Da queste osservazioni si deduce che sarebbe sicuramente auspicabile compiere una diagnosi motivazionale davvero rigorosa, offrendo la possibilità ai partecipanti di un incontro di presentazione degli obiettivi e delle modalità, dove poter esplicitare le aspettative realistiche sul percorso, lasciando liberamente alle famiglie la possibilità di iscriversi. Tuttavia, non tutti i soggetti poco motivati all'inizio hanno abbandonato precocemente.

Alcune famiglie, che non erano davvero pronte all'inizio del percorso a fare cambiamenti concreti, hanno usufruito di questa opportunità e delle sue modalità, nonché della presenza dei pari, per arrivare, alla fine del percorso,

ad una fase di determinazione all'azione. Il loro percorso di cambiamento è iniziato alla fine del GET. Per questi soggetti sarebbe dunque forse importante uno spazio che non sia centrato così tanto sulle azioni, ma che permetta di lavorare meglio sulle resistenze al cambiamento. Inoltre, questa osservazione ci restituisce l'idea dell'importanza di spazi di mantenimento dei cambiamenti come, ad esempio, gruppi di auto-aiuto, una volta terminato il percorso, ad accesso libero e al bisogno.

Un altro punto su cui riflettere ha riguardato la modalità di lavoro in gruppo. Infatti, nonostante abbia avuto indubbi effetti benefici sul confronto, sulla normalizzazione delle difficoltà e sul *brainstorming* nel trovare soluzioni a problemi complessi, oltre che rappresentare una buona alternativa per una sanità pubblica di qualità offerta al maggior numero di persone possibili, per alcuni, almeno inizialmente, l'esporsi davanti ad altri che non siano professionisti, ha rappresentato uno scoglio e per qualcuno motivo di abbandono. Forse, dunque, non è una modalità adatta a tutti? Allo stesso tempo però, alcuni partecipanti inizialmente in difficoltà in una modalità "collettiva", hanno, man mano che procedeva il percorso, fatto grandi progressi grazie al gruppo. La riflessione rimane dunque aperta.

Il tema della distanza degli incontri ha rappresentato una questione con cui ci siamo dovuti confrontare fin dall'inizio del Progetto. Come già spiegato, esiste una logica nel non mettere troppa intensità nella frequenza degli incontri (non creare dipendenza e non contribuire all'esternalizzazione della motivazione). Allo stesso tempo, almeno all'inizio, porre troppa distanza può risultare troppo "difficile" per alcuni.

Infine, abbiamo riflettuto sull'alternanza, negli incontri, delle tematiche alimentari ed emotive: abbiamo notato il bisogno, da parte dei partecipanti, di rimanere sullo stesso "filone" di argomenti trattati da un incontro all'altro. Una possibile soluzione potrebbe essere quella di pensare due moduli paralleli, uno più su *temi alimentari e di stili di vita* ed uno, tenuto dalla psicologa, sugli *aspetti emotivi e motivazionali* collegati a ciò di cui si parla con la dietista. Per mantenere l'unità di cui si parlava in precedenza, i due moduli dovrebbero procedere dunque in parallelo, in dialogo tra loro, ma con un inizio, una fine ed uno spazio dedicato. Sicuramente il percorso diventerebbe più impegnativo in termini di tempo per i partecipanti, ma forse più completo.

L'obesità infantile rimane uno tra i temi di salute più allarmanti e studiati, ma che lascia aperte ancora molte questioni, legate soprattutto alla tenuta dei cambiamenti ottenuti e dunque alla comprensione dei meccanismi sottostanti tale fatica.

Il Progetto di Ricerca GET, partito dal "basso" per rispondere ad esigenze cliniche di strutturazione di un percorso che potesse essere efficace e percorribile per le famiglie afferenti al Servizio, ha forse generato più domande che risposte. L'auspicio è che proprio le domande sorte dalla riflessione su ciò che ha funzionato e (soprattutto) ciò che non ha funzionato, possano

contribuire ad aprire ulteriori scenari di pensiero attorno a questo tema e domande che permettano ad altri ricercatori, anche di formazione non strettamente “sanitaria”, di gettare luce sulla questione da angolature diverse e, forse, portatrici di nuove intuizioni.

2. Il punto di vista delle famiglie che hanno partecipato o stanno partecipando al progetto

2.1 Approccio all'obesità

La prima area semantica individuata indaga quale sia l'approccio delle famiglie al tema dell'obesità, quando e come abbiano iniziato ad affrontare l'argomento e come sia stata presa la decisione di partecipare al progetto GET.

Dalle interviste emerge che tendenzialmente il tema obesità è entrato a far parte delle discussioni familiari in seguito alle indicazioni fornite dai pediatri e dalle pediatre durante le periodiche visite di controllo, volte alla valutazione della crescita dei propri figli.

Non sempre i genitori risultano consapevoli delle problematiche legate al peso dei propri figli:

Lo vedevamo che lui a volte d'inverno faceva questi periodi dove era un po' più... poi d'estate dimagriva ma proprio di dire obesità così no (Int. 05-06, trattato);

Io non lo ritenevo molto sovrappeso, però dalle tabelle che risulta il peso e l'altezza era già fuori dalla misura, allora con la pediatra abbiamo detto proviamo (Int. 19-20, trattato);

È già nato un bimbo grande, robusto... Ma ha sempre avuto questo appetito, sempre mangiava volentieri, già da piccolino (Int. 55-56, trattato).

Altri invece riconoscono la problematica e cercano di elaborare delle ipotesi per spiegarla e darle un significato,

Secondo me l'obesità nei bambini è che una volta il bambino faceva merenda e andava fuori adesso fa merenda e si mette a giocare alla play o ai giochi elettronici (Int. 05-06, trattato).

talvolta assumendosi in parte la responsabilità

Noi genitori non siamo istruiti sul cibo, da poter dare indicazioni (Int. 01-02, trattato).

Io mi sono resa conto che forse avrei dovuto informarmi un pochino di più. La mancanza è mia. I genitori, forse, bisogna che sappiano un pochino prima (Int. 39-40, trattato).

Altre famiglie iniziano ad elaborare la tematica nel momento in cui si ritrovano all'interno del gruppo, a contatto diretto con il problema

Il primo giorno che abbiamo fatto il GET e ci siamo ritrovati con tutti questi bimbi è stato importante a livello emotivo... tra di loro si sono guardati i bimbi, ma anche i genitori, quindi anche per me essermi resa conto di quanti bimbi possono avere un problema così (Int. 39-40, trattato).

È soprattutto attraverso il confronto con i pediatri di libera scelta che le famiglie si sono avvicinate e hanno conosciuto il percorso GET.

Dalle parole dei genitori si può dedurre che molte famiglie hanno discusso insieme la possibilità di iniziare il percorso di cambiamento, coinvolgendo anche i bambini,

Sì, ne abbiamo parlato insieme tutti e tre (Int. 05-06, trattato)

spiegando loro in cosa consistesse e le ragioni di questa proposta,

Io le parlo tranquillamente. Lei è molto consapevole di quello che sta facendo (Int. 39-40, trattato).

Io le cose forzate, con i miei figli, indipendentemente dalle cose che fanno, non le ho mai fatte. Per me le cose forzate, dopo, a lungo termine, non vanno (Int. 25-26, trattato).

e provando a raccontare l'obiettivo con parole comprensibili anche ai più piccoli

Se sei un po' in sovrappeso come dice la dottoressa, dobbiamo forse limitare un po', facciamo il GET come ci ha consigliato, sono dei giochi così tu capisci (Int. 39-40, trattato).

La decisione di partecipare al progetto di ricerca è stata dunque il più delle volte condivisa all'interno del nucleo familiare.

2.2 Esperienza, percorso terapeutico

La seconda area tematica approfondita ha l'obiettivo di raccogliere il punto di vista dei genitori sulla loro esperienza personale all'interno del percorso GET.

Indagando le aspettative formulate dalle famiglie prima di iniziare il percorso si può osservare una varietà di attese differenti.

Inizialmente diverse famiglie avevano formulato dubbi o aspettative poco chiare e non specifiche, forse a causa delle poche informazioni fornite al momento del reclutamento:

Eravamo scettici perché non sapevamo com'era e in cosa consisteva (Int. 01-02, trattato).

Allora io all'inizio non avevo aspettative perché non sapevo che cos'era. (Int. 05-06, trattato).

Altre invece avevano aspettative connotate in termini negativi, con il timore che il percorso fosse troppo impegnativo o stigmatizzante ma, nel tempo, vivendolo in prima persona, hanno modificato queste percezioni:

Non avevamo aspettative. Sembrava un percorso un po' complicato. Invece no, è piacevole, è gradevole (Int. 03-04, trattato).

No, è andata meglio perché era meno rigido...Cioè io l'ho vista onestamente forse io sono più in un'ottica così, riunione degli alcolisti anonimi...la vedevo più all'inizio tipo ghetto ... in realtà ce n'erano di tutte l'età, di tutte le forme, di tutte le misure, di tutti i colori (Int. 21-22, trattato).

Mi sembrava di essere inserita nell'Alcolisti Anonimi. [...] non avevo proprio idea di cosa fosse e di come si sarebbe sviluppato. Poi, in realtà, dopo il primo incontro ho detto "va beh, ci sta", insomma, sembra una cosa che si può fare (Int. 59-60, trattato).

Infine, qualche famiglia ha iniziato il percorso con consapevolezza più definite

Forse l'aspettativa era quella di capire dove si sbagliava (Int. 03-04, trattato).

Tra le finalità di indagine di questa area tematica vi è anche quella di indagare quali siano le motivazioni che portano le famiglie a proseguire e portare a termine il percorso. Per diversi genitori la motivazione risiede nella curiosità di apprendere nuove informazioni ed avere linee guida su come gestire il delicato argomento dell'alimentazione in età pediatrica

La nostra motivazione a continuare è nella curiosità (Int. 19-20, trattato).

Ci ha aperto un mondo. Per la curiosità, e questo vuol dire moltissimo (Int. 39-40, trattato).

Altri sono motivati dai risultati ottenuti, spesso consapevoli del fatto che i cambiamenti si raggiungono con tempo e costanza

Al risultato che lei ha avuto in termini di cibo, nel suo modo di mangiare, si regola da sola. Già quello valeva la pena (Int. 01-02, trattato);

Abbiamo anche noi imparato a tenere in casa veramente poco (alimenti poco sani) (Int. 05-06, trattato);

Il percorso sta andando bene e siamo motivati perché impariamo tanto e vediamo dei miglioramenti (Int. 59-60, trattato).

Per alcuni genitori risulta centrale come fattore motivazionale l'aver iniziato e proseguito il percorso come famiglia, coinvolgendo tutti i membri

È una cosa per tutta la famiglia e vedevamo anche che se lo affrontavamo come problema suo ma non è un problema suo ci insegnano delle cose per tutta la famiglia quindi per lei era un po' più leggera la cosa (Int. 09-10, trattato);

Ci siamo sempre stati certo abbiamo sempre cercato di stare insieme e di venire insieme [...] cerchiamo di farlo insieme questo progetto GET (Int. 13-14, trattato);

Siamo arrivati a mettere il contapassi anche alla nonna per motivare (Int. 01-02, trattato).

Un altro elemento che contribuisce a motivare le famiglie è la relazione con il gruppo, la possibilità di condividere le difficoltà e di cercare strategie comuni per affrontare le diverse problematiche

Noi adulti ce la chiacchieriamo, ci scambiamo un po' le esperienze, così (Int. 61-62, trattato);

Sì sì, no ci si confronta e vedi un po' delle realtà che dici "ah allora non sono l'unica" è quello il discorso e condividi molto la fatica di dirgli sempre "no" (Int. 73-74, trattato).

Dalle interviste emergono sia motivazioni che fatiche e difficoltà che si possono incontrare in un percorso lungo e complesso che prevede di modificare i propri stili di vita

Quando esco mi è piaciuta mi è piaciuta la cosa poi passano dei giorni e questo entusiasmo che provi a venir qua ti passano... è un percorso difficile da portare a termine... è un grande impegno (Int. 09-10, trattato).

Diverse famiglie sono consapevoli delle difficoltà legate al mantenere alta la motivazione, quando gli obiettivi che ci si prefiggono si raggiungono nel lungo periodo

Credo che comunque se non lo fai tutto non puoi sapere come va. Anche perché non è immediato. E se ci vado, non mollo dopo due giorni, anche perché mia figlia non smette di essere in sovrappeso dopo due giorni (Int. 43-44, trattato)

Il problema era che il percorso è duro (Int. 59-60, trattato).

Per altri invece il fatto di non vedere risultati tangibili nell'immediato ha come effetto la perdita di motivazione

Purtroppo, però, non vedo dei risultati nel breve termine. E questo mi spaventa un po', più che altro per la salute (Int. 61-62, trattato);

Forse le persone si aspettano che in un anno di progetto ci sia il calo di peso (Int. 61-62, trattato).

Molti genitori, raccontando i propri vissuti, sottolineano il dispiacere per il consistente numero di abbandoni:

C'è una depressione cosmica a vedere che questo non c'è più e quello là non c'è più (Int. 09-10, trattato);

Lui si confronta con gli altri e questo gli fa bene, se fosse un percorso isolato non farebbe lo stesso effetto, mi dispiace infatti che alcuni non siano più venuti (Int. 27-28, trattato).

Il fatto che molte famiglie abbiano abbandonato ha portato al modificarsi progressivo dei diversi gruppi e, di conseguenza, al porre fine a relazioni di fiducia e a rendere talvolta più complessa la condivisione, spesso utile, di problemi e preoccupazioni:

Abbiamo iniziato in dieci e progressivamente ci siamo dissolti, l'ultima volta eravamo in due. Mi è dispiaciuto molto, anche perché in questi casi l'unione fa la forza, il "condividere" (Int. 43-44, trattato);

C'era la possibilità di confrontarsi però in pochi siamo arrivati fino alla fine, ci hanno unito ad altri gruppi quindi siamo partiti in un modo e arrivati in un altro (Int. 63-64, trattato);

Siamo rimasti un po' male l'altra volta, perché non abbiamo capito come mai tanti hanno abbandonato. Non riusciamo a spiegarcelo neanche noi (Int. 01-02, trattato).

Questo porta alcune famiglie a scoraggiarsi con il rischio di perdere loro stessi la motivazione a continuare:

Ho avuto anch'io un momento di dubbio sei mesi fa, anche vedendo un po' gli abbandoni (Int. 61-62, trattato).

Alcuni genitori provano a formulare delle ipotesi sul perché di questo indice di abbandono così elevato. C'è chi pensa che si possa spiegare in termini di impegno: se il percorso viene percepito come troppo responsabilizzante la motivazione cala. Altri ritengono che sia una questione di importanza attribuita al sovrappeso del figlio da parte della famiglia:

I casi più problematici hanno mollato subito (Int. 01-02, trattato);

L'unica spiegazione che mi do (per i drop) è che non sia una priorità, non è importante per loro, non credo sia un problema del gruppo, ma un discorso di noia (Int. 01-02, trattato);

Poi con il fatto che è gratuito e quindi io non l'ho pagato chisseneffrega non ci perdo niente, il non rispetto di qualcosa che comunque ti viene regalato (Int. 09-10, trattato).

Qualcuno invece avanza ipotesi causali legate ad aspettative che sono state disattese:

Siamo partiti in undici bambini e già alla terza lezione eravamo in cinque. Quindi hanno mollato subito perché tanti credevano di avere questa famosa dieta [...] Non hanno capito che poi dietro c'era un'altra cosa (Int. 59-60, trattato).

Qualche genitore ritiene che i gruppi dovrebbero essere omogenei per età, in modo da motivare le famiglie e i bambini a proseguire, sentendosi più vicini ai membri del gruppo in quanto più simili per età o caratteristiche:

Se fosse stato un gruppetto, quattro o cinque, con la stessa casistica, magari superi l'imbarazzo (Int. 01-02, trattato);

ogni bambino è a sé e se dev'essere un gruppo dev'essere un gruppo di fasce d'età più bilanciate (Int. 73-74, trattato);

Secondo me andrebbero divisi [i bambini]. Migliorare i gruppi per casistica (Int. 01-02, trattato);

Secondo me la fascia d'età perché è un po' troppo diversa tra di loro e magari c'è un bambino che ha una percezione diversa rispetto a uno di sette anni che nel caso di mio figlio può essere ancora un po' più indietro con l'apprendimento quindi non la vive come un insegnamento vero e proprio ma come un'ora da trascorrere insieme agli altri bambini da giocare (Int. 73-74, trattato).

2.3 Esperienze pregresse di rapporto con i servizi

La terza area tematica si propone l'intento di raccogliere le esperienze che le famiglie hanno vissuto con i servizi prima di entrare in contatto con il progetto di ricerca GET. Non sono numerose le famiglie ad aver avuto storie di diete o percorsi pregressi con nutrizionisti o dietisti. I genitori che riportano di aver fatto esperienza diretta o indiretta di un percorso individuale lo valutano negativamente, ritenendo che non sia stato utile nel modificare in modo permanente lo stile di vita personale:

Ho sentito degli altri miei amici che hanno portato il figlio dal dietologo...però si sente sempre in giro che va bene dimagrisci perché vai dal dietologo quando smetti la dieta tac! riprendi tutti i chili che hai perso (Int. 45-46, trattato);

Quando avevo 10 anni, per esperienza personale ed è stato un grosso trauma perché sono finita coi miei genitori dal dietologo e questo dietologo [...] con i bambini non aveva assolutamente i modi (Int. 61-62, trattato).

2.4 Valutazione complessiva

L'ultima area tematica indaga la valutazione complessiva dell'esperienza all'interno del progetto di ricerca GET. Nello specifico viene chiesto alle famiglie di individuare i fattori positivi e quelli negativi del percorso. Diverse famiglie tra gli aspetti negativi individuano il coefficiente tempo. Spesso i genitori si ritrovano a dover far fronte a vari impegni e due ore di incontro per qualcuno sono risultate un carico difficile da sostenere. Oltretutto non sempre gli orari degli incontri si sposano con le molteplici attività scolastiche ed extrascolastiche dei bambini, soprattutto per chi vive fuori Reggio Emilia:

L'unico negativo è un po' l'orario (Int. 03-04, trattato);

Negativi forse a volte gli orari o gli spostamenti (Int. 19-20, trattato);

Negativi... mmh. La distanza. Mi piacerebbe, se ce ne fosse stato uno, vicino a Scandiano (Int. 55-56);

Forse il tempo, forse gli orari (Int. 63-64).

Alcuni genitori ritengono che la distanza tra un incontro e l'altro sia eccessiva e che comporti una dispersione delle persone e una perdita di interesse. Potrebbe essere secondo loro utile aumentare il numero degli incontri:

L'incontro trimestrale è troppo dilazionato. Vedersi più spesso avrebbe evitato la dispersione tra le persone (Int. 27-28, trattato);

Potrebbe essere farne di più perché poi diventa dopo un mese due mesi dispersivo cioè per avere una continuità anche una volta al mese già sarebbe diverso perché è un allentamento anche per loro (Int. 73-74, trattato).

Vorrei che l'ospedale, in un certo senso, facesse un servizio più continuativo perché io avrei bisogno (Int. 61-62, trattato);

Per me gli incontri dovrebbero essere di più. Sono troppo pochi (Int. 31-32, trattato).

Per altri invece il lasso di tempo tra un incontro e l'altro è funzionale per consolidare le informazioni acquisite e per non rendere eccessivo l'impegno:

Farlo ogni tre mesi è stato comodo, ogni tanto sì e ogni tanto no, perché magari ogni tanto c'era qualche lezione in mezzo per magari motivarci un po' di più (Int. 45-46, trattato).

Tra gli aspetti negativi, la responsabilità di dover compilare il diario alimentare giornaliero emerge frequentemente tra le diverse interviste:

Il diario è un impegno tra gli impegni (Int. 21-22, trattato);

È stata un incubo la storia del quadernino [*diario alimentare*] (Int. 25-26, trattato);

Il problema è il diario da compilare con tutti i pasti, che è l'unica cosa che è pesata anche a me perché tutti i giorni scrivere cosa hai mangiato, colazione, pranzo e cena, con il bollino rosso, verde e blu, il semaforo (Int. 59-60, trattato).

Il fatto che non sia prevista la formulazione di una dieta specifica per alcuni viene vissuto come elemento negativo, per altri positivo. È positivo nella misura in cui offre spunti di riflessione e permette alla famiglia di individuare liberamente e in modo progressivo e personalizzato i propri obiettivi:

È un percorso che non mettendo dei paletti rigidi ma dà la possibilità di mangiare più o meno tutto. Ma con moderazione, con un po' di controllo, è stato un punto molto positivo quello lì. Invece di dire ehm questo qua bisogna evitarlo punto e basta (Int. 45-46, trattato);

Che poi credo sia quello lo scopo, porsi delle domande sull'alimentazione e non tanto seguire una dieta (Int. 59-60, trattato).

Chi lo vive come fattore negativo interpreta la dieta come una sorta di linea guida, che permette di aumentare il controllo sull'alimentazione della famiglia:

In questo percorso c'è troppo libero arbitrio, la gente ha bisogno di un input, di una bozza di dieta, con diverse opzioni ma una dieta (Int. 27-28, trattato);

Sarebbe bello avere, per iscritto magari, come fanno i nutrizionisti per gli adulti, che ti danno un foglio su cosa mangiare (Int. 55-56).

Per questa ragione alcuni genitori apprezzerebbero un percorso più individualizzato e focalizzato sul singolo bambino:

Ecco vorrei che ci fosse più attenzione a quello che è il caso del bambino (Int. 09-10, trattato);

A me fa piacere comunque continuare per dargli degli strumenti per quando diventerà più grande, non so però se la fase di gruppo lo aiuta poi così tanto, questo è quello che magari cambierei io (Int. 73-74, trattato).

Tra gli aspetti positivi, da alcune famiglie viene riconosciuta anche l'importanza della dimensione del gruppo. Il gruppo, infatti, permette il confronto tra genitori e figli e consente di individuare e condividere nuove strategie di gestione dei problemi condivisi:

Confronto; interazione dei bambini con le varie cose che hanno a che fare con la spesa e la preparazione dei pasti (Int. 27-28, trattato);

Sicuramente condividere il problema con altri genitori è stata una cosa molto importante (Int. 45-46, trattato);

Positivo, il fatto del gruppo, perché mia figlia ha visto che c'erano degli altri bambini come lei e si è ritrovata con bambini che avevano lo stesso problema, anche se lei ancora come un problema non lo vede (Int. 59-60, trattato);

Questa è una cosa buona, perché dopo che parlano con i bambini, parlano anche con noi. C'è sempre questo punto di consiglio che a me piace molto (Int. 55-56, trattato).

Secondo qualcuno la dimensione del gruppo andrebbe arricchita, altri invece non hanno avuto modo di vivere l'esperienza della condivisione, anche a causa dell'abbandono da parte di molte famiglie:

Alzerei il numero di famiglie siamo in pochi (Int. 09-10, trattato);

Secondo me lo scambio di idee è una cosa molto importante. Invece non c'è stato e su questo è stata una delusione (Int. 43-44, trattato).

Diverse famiglie ritengono che sia centrale il discorso della motivazione, sia dei bambini che degli adulti, mantenuta alta da attività coinvolgenti, informazioni acquisite e obiettivi condivisi e raggiunti:

Forse negli obiettivi coinvolgere di più i genitori. [...] se si scocciano i genitori, alla seconda volta il bambino non c'è (Int. 01-02, trattato);

Di positivo i contenuti, abbiamo imparato tante cose e abbiamo modificato tante cose (Int. 63-64, trattato);

Si scoprono tante cose diverse che nell'alimentazione, che non me le sarei mai immaginate (Int. 19-20, trattato);

Positivi il discorso motivazionale. C'è tutto per quanto riguarda il bambino (Int. 01-02, trattato);

Positivi è che noi ci divertiamo. Io, anzi, devo dire che a volte, è per me un pomeriggio di relax eh, perché io in quell'oretta lì mi metto con le altre mamme a chiacchierare (Int. 25-26, trattato);

Sicuramente il gioco, per i bambini, l'informazione attraverso il gioco (Int. 61-62, trattato);

Il quarto appuntamento che abbiamo fatto con la cucina, è stato molto coinvolgente, forse bisognerebbe farlo prima (Int. 39-40, trattato).

Infine, tra gli aspetti emersi come positivi, vi è il raggiungimento, attraverso la partecipazione attiva ai diversi incontri, di una consapevolezza

importante su ciò che si sta facendo e sulle ragioni per le quali si intende continuare il percorso, sia da parte dei bambini che da parte dei genitori:

Positivi, direi, l'entusiasmo di valutare bene quello che si fa, per quanto riguarda la sua alimentazione, a me interessa che lei capisca (Int. 39-40, trattato);

L'altro positivo sicuramente è che a lei è entrata questa cosa, la consapevolezza. Le sta rimanendo ciò che deve rimanere. Impara a valutare cosa sta mangiando (Int. 59-60, trattato).

3. Il punto di vista delle famiglie che hanno interrotto la partecipazione al progetto

3.1 Approccio all'obesità

Analizzando il punto di vista delle famiglie che hanno interrotto il percorso emerge che la problematica obesità viene inizialmente affrontata principalmente nell'ambito del rapporto con i pediatri di libera scelta e non vi è sempre totale consapevolezza del sovrappeso dei propri figli:

Noi siamo andati dal pediatra perché volevamo capire come mai non scendesse di peso. Io ho spiegato a mio marito come funzionava e poi anche i bambini erano curiosi, e allora abbiamo deciso “andiamoci e vediamo cosa ci dicono (Int. 37-38, drop);

Io ero un po' preoccupata e poi me l'aveva detto la pediatra. Io sono venuta perché lei era sei anni che era un po' ingrassata, perché io non la trovo obesa (Int. 51-52, drop);

È sempre stato “ciccio” quindi [...] direi che con la dottoressa, con la pediatra, abbiamo notato che era “ciccio” fin da subito, chiaramente non da preoccuparsi, nel senso che [...] nonostante quando fa la curva veniva sempre fuori che lui era un pochino in sovrappeso o nei limiti però non si è mai parlato di obesità al punto di dover affrontare qualcosa insomma (Int. 71-72, drop).

Altri invece avevano iniziato ad approcciarsi al tema mediante l'utilizzo di media diversi come giornali o internet:

Giornali, internet, quelli da un po' comunque lo si guarda perché quando interessa te lo guardi o leggi un articolo e quindi ti informi, guardi a cosa vanno incontro, come puoi gestire la cosa (Int. 69-70, drop).

La decisione di iniziare il percorso è stata prevalentemente presa mediante il coinvolgimento di tutti i membri della famiglia, discutendone e confrontandosi:

Ne abbiamo parlato la sera stessa perché era una cosa importante (Int. 51-52, drop).

3.2 Esperienza, percorso terapeutico

La seconda area tematica ha l'intento di provare a comprendere quali siano le ragioni che hanno portato queste famiglie ad allontanarsi progressivamente dal percorso fino a prendere la decisione di abbandonare in modo definitivo il progetto.

Il tema del tempo emerge in modo particolare come fattore negativo, sia in termini di tempo speso per partecipare al progetto, difficile da inserire tra le altre attività dei diversi membri della famiglia,

è un problema di incastri di orari. Io praticamente ho abbandonato perché ho iniziato a lavorare (Int. 37-38, drop);

Perché ripeto volere è potere però comunque quando il tempo è quello che è anche cercare di cucinare sempre le cose più giuste tutte le verdure che poi non ti mangia [...] richiede comunque tanto tempo e un'organizzazione che io adesso forse faccio fatica (Int. 71-72, drop);

Il cambiamento ci vuole [*sorride*] perché altrimenti vuol dire che non te ne frega niente. Tu dovresti avere come priorità tuo figlio però ci sono talmente tanti impegni tante cose che veramente non... certe volte quando ti dicono "non ci voglio andare a pattinaggio" da una parte ti dispiace dall'altra fai "stiamo a casa, che bello sto a casa" [*sorride*] [...] è la verità, cioè è la mia verità (Int. 69-70, drop).

sia in termini di tempi che intercorrono tra un incontro e l'altro,

Ha contribuito il fatto che l'incontro dopo sarebbe stato dopo tre mesi, lei s'era già dimenticata! (Int. 69-70, drop).

Anche l'orario degli incontri è stato vissuto come elemento di ostacolo alla partecipazione costante per alcune famiglie:

Dopo [...] essendo passato alle tre [15.00] purtroppo per me era un problema andare a prendere mio figlio prima a scuola per portarlo al GET e quindi ci siamo un po' persi (Int. 71-72, drop).

Per altri la decisione di abbandonare il percorso è stata presa in seguito ad aspettative disattese,

Noi magari pensavamo che con degli incontri, parlando con qualcuno, spiegandogli che [...] ci aspettavamo che magari lei si rendesse conto, non so, che si motivasse [...] invece purtroppo lei ha perso interesse (Int. 69-70, drop).

oppure dalla conferma di un impegno già dall'inizio vissuto come troppo complesso:

Mi ricordo che all'inizio ci avevano fatto dare un voto da uno a 10 sulle tue aspettative [...] io mi ricordo che noi eravamo a metà perché ho detto "non so se sono io in grado di gestire (Int. 71-72, drop).

Infine, qualcuno si interroga sulla consapevolezza dei figli e sul fatto che fossero o meno pronti ad intraprendere un percorso di cambiamento degli stili di vita, impegnativo e lungo come quello proposto:

Lui effettivamente forse non era così pronto... però non è che se ne sia fregato, anche mio figlio, io e lui lo chiamavamo "il mangiare sano" "andiamo al mangiare sano", non gli abbiamo mai detto che era per dimagrire, gli abbiamo sempre detto che era per imparare a mangiare bene, per non mettere su troppi chili, ma mangiando bene però... Lui effettivamente forse non era così pronto... (Int. 71-72, drop).

3.3 Valutazione complessiva

La terza area tematica ha l'obiettivo di indagare come i genitori abbiano vissuto nel complesso l'esperienza del percorso, quali siano stati gli aspetti che valutano come positivi e quali invece ritengano essere stati elementi negativi. La dimensione del gruppo viene riconosciuta da alcuni genitori come un aspetto importante, grazie al fatto di poter condividere con altre persone problematiche simili e cercare insieme possibili strategie

Ai bambini è sempre piaciuto questo approccio di fare gruppi di lavoro. Anche il fatto che avevano anche degli altri bambini che avevano il loro stesso problema era una cosa positiva (Int. 37-38, drop).

Insieme, magari, se si crea un gruppo affiatato, anche tra i bambini, magari, aiuta anche per farli venire a partecipare alla cosa, perché se è da solo un bimbo di 7/8 anni non ne ha voglia, se magari sa che trova un gruppo di amici magari ha più voglia (Int. 71-72, drop).

Altri invece non si sono riconosciuti all'interno del gruppo e hanno trovato difficoltà nel raccontarsi e nel costruire una relazione con gli altri. Questo porta loro a valutare l'esperienza di gruppo come negativa:

Quando ero con le altre mamme [...] discutevano di cose che io a casa non le faccio, dicevano “mia figlia non smette di mangiare”, “mangia senza limiti” [...] Quando sentivo loro dire tutto il tempo queste cose, lo descrivevano in modo brutto e io mi sentivo male (...) non parlavano liberamente come quando eravamo fuori (Int. 51-52, drop).

Sempre relativamente all'aspetto di gruppo, tra le proposte volte ad apportare modifiche al progetto che siano davvero utili per le famiglie, qualcuno consiglia di prevedere incontri in cui genitori e figli si possano confrontare, creando uno spazio di condivisione e di facilitazione della comprensione tra adulti e bambini:

E poi forse incontri di più insieme genitori e bambini [...] mi piacerebbe anche per conoscere mia figlia quando si parla di queste cose qui, cosa pensano i bambini e lei cosa pensa e [...] cioè degli incontri bambini e genitori insieme, un confronto in questo senso (Int. 69-70, drop).

Tra gli aspetti positivi emerge il fatto che, attraverso la partecipazione agli incontri, genitori e figli sono diventati più consapevoli su alcuni aspetti legati al tema della corretta alimentazione e riconoscono che il cambiamento degli stili di vita è un processo che richiede molto tempo e costanza:

Come dimagrimento, direi che non siamo dimagriti tanto. Siamo stabili. Almeno non siamo aumentati... Andiamo bene perché loro guardano loro stessi, invece di dire “mi mangio 10 biscotti” prendono quei 4 (Int. 37-38, drop);

Allora, positivo, la consapevolezza che danno ai ragazzini. Secondo, ci fanno capire anche a noi grandi tante cose, perché io, per esempio, di secondo molte volte facevo il pesce con i legumi o la carne con i legumi e mi hanno detto che sono la stessa cosa e non si fanno insieme (Int. 37-38, drop).

Alcune delle famiglie che hanno abbandonato il percorso apprezzano il fatto che non fosse prescritta una dieta rigida e che l'approccio per trasmettere i diversi contenuti fosse a misura di bambino:

Per questo mi è piaciuto, perché non aveva una dieta dura, ma ti insegnava giocando (Int. 51-52, drop).

Tra gli aspetti negativi emerge la tematica del tempo, che pare essere piuttosto condivisa tra i genitori intervistati. La difficoltà di trovare lo spazio di due ore tra i diversi impegni familiari risulta complesso per molte famiglie e

avere orari più flessibili o prevedere un numero superiore di incontri potrebbe essere una soluzione. Per esempio, saltare 4 incontri porterebbe ad una percezione differente se invece che 10 gli appuntamenti fossero 15: in questo modo, nel caso in cui qualche famiglia non riuscisse a partecipare ad alcuni appuntamenti, l'assenza non sarebbe determinante sul percorso complessivo:

La distanza tra una riunione e l'altra. Più flessibilità negli orari, fare più tardi, più frequenze (Int. 69-70, drop).

La cosa del tempo [...] Che secondo me per noi che siamo una coppia normale che lavoriamo tutti e due, il bimbo che fa il tempo pieno e mille sport trovare due ore, poi il viaggio perché essendo a Reggio c'è anche quello, quindi è un po' pesante pensare di essere impegnati da quando esce da scuola fino alle sette, sette e mezza, col bimbo stanco, noi stanchi, arrivi a casa, la cena non è pronta (Int. 71-72, drop).

4. Il punto di vista delle famiglie che stanno seguendo un percorso individuale

4.1 Approccio all'obesità

La prima area semantica ha l'obiettivo di raccogliere quale sia stato in principio l'approccio delle famiglie al tema dell'obesità, cercando nello specifico di comprendere quando e come abbiano iniziato ad affrontare l'argomento.

Diversamente dalle famiglie intervistate nei due paragrafi precedenti, molti dei genitori che hanno partecipato al progetto, prendendo parte al percorso individuale, hanno individuato in autonomia la problematica ed erano fin da subito consapevoli del problema di sovrappeso dei propri figli:

Non ce l'ha detto la pediatra, è stata più una nostra preoccupazione (Int. 49-50, controllo);

È aumentata di 10 kg in un anno. Da lì ci siamo un attimo chiesti cos'era successo, perché non è che mangiava di più rispetto a prima, lì ci siamo spaventati molto (Int. 53-54, controllo).

Altri genitori risultano invece meno consapevoli:

In famiglia, non lo vediamo come un problema o come una cosa medica (Int. 57-58, controllo);

Mah sì, cioè, ci offrivano questa possibilità, perché no (Int. 35-36, controllo).

Qualcuno, infine, ha deciso di partecipare per prevenire che situazioni legate alle proprie esperienze personali si riproponessero anche nella vita dei propri figli:

Non volevo che mia figlia vivesse le stesse cose che ho vissuto io (Int. 53-54, controllo).

4. 2 Esperienza, percorso terapeutico

L'intento della seconda area tematica è quello di indagare come i genitori abbiano vissuto l'esperienza all'interno del percorso individuale. Sondando le aspettative che le famiglie avevano formulato a inizio progetto, si nota che alcune di queste sono state disattese:

Però veramente io avevo un'idea diversa di questo percorso... non è che sono rimasta delusa, però secondo me mancano delle cose (Int. 65-66, controllo).

Qualcuno si aspettava linee guida più definite:

Ecco le aspettative erano proprio diverse nel senso che appunto io mi aspettavo un percorso con una dieta ferrea di quelle da seguire che forse ecco mi sarebbe stata anche più d'aiuto (Int. 07-08, controllo);

Ci sarebbero servite delle indicazioni in più, una dieta mirata, la spiegazione sulle sostanze che tra loro cozzano. Ci aspettavamo indicazioni più specifiche e alimentazione mirata (Int. 29-30, controllo).

Alcuni genitori avevano formulato attese connotate in termini negativi;

Io avevo un po' paura, perché non sapevamo a cosa andavamo incontro, perché avevamo paura che le parlassero come a un grande e le dicessero in modo duro che doveva mangiare meno (Int. 53-54, controllo).

Altri ancora si erano prefigurati un intervento di rete più strutturato, che coinvolgesse diversi servizi e che trattasse non solo la parte alimentare ma anche gli aspetti legati all'attività fisica:

Più che altro io dal GET mi sarei aspettata che affiancassero alle visite altre attività per le bimbe, magari la proposta di attività fisica mirata, gestita dalla ASL, sarebbe stato più idoneo un trattamento di questo tipo. Il Comune dovrebbe collaborare con le scuole e [...] trovare il modo di fare entrare a scuola specialisti, fare interagire comune ed Asl, magari aggiungendo un'ora di ginnastica. Così farebbero risparmiare anche i genitori, che non sarebbero costretti ad iscriverli alle varie palestre (Int. 29-30, controllo);

E io pensavo che magari questo percorso aveva anche una scuola sportiva gratis. Non lo so, magari... come, ti devo dire, alla settimana incontri con i genitori in una palestra insieme (Int. 65-66, controllo);

Infine, per qualche genitore le aspettative non erano state riflesse in modo chiaro e specifico:

Mah, io non è che avessi delle aspettative particolari (Int. 35-36, controllo);

Allora non avevamo delle grandissime aspettative perché cioè... ti devi... devi avere una forza di volontà tua, primo (Int. 67-68, controllo).

Analizzando le ragioni che portano queste famiglie a continuare il percorso individuale si può comprendere che per tanti la motivazione è legata ai traguardi raggiunti, anche se a volte a piccoli passi:

Sono rimasta molto molto stupita e piacevolmente sorpresa dell'effetto che ha avuto immediato sul bambino (Int. 11-12, controllo);

Adesso ha imparato delle cose, ma non vanno messe nel cassetto (Int. 35-36, controllo);

Tante piccole cose che nel quotidiano sono andate a cambiare tutto (Int. 57-58, controllo);

Il sacrificio che fai a dire, per esempio, se prima in una settimana mangiavamo 3 volte il gelato adesso ne mangiamo 1 volta e pazienza (Int. 67-68, controllo);

Mia figlia adesso assaggia molto. Che, rispetto a prima, non faceva. Poi sì, cioè... Ha questa voglia, un po', di mettersi in gioco (Int. 33-34, controllo).

Un elemento centrale che stimola le famiglie a proseguire il progetto è riconducibile alla fiducia che caratterizza la relazione tra dietista e famiglia, insieme all'assenza di giudizio:

Lui si è trovato bene e si è sentito sereno e tranquillo, anche di esporre i suoi dubbi, le sue perplessità, e quindi questa cosa è andata avanti bene (Int. 35-36, controllo);

All'inizio ha detto di sì poi ha avuto un po' di freno, adesso che si è reso conto che non viene giudicato viene abbastanza serenamente (Int. 23-24, controllo);

Io, qua, mi sento più sicuro (Int. 49-50, controllo).

Dalle interviste emergono in modo chiaro, da un lato, la consapevolezza maturata da genitori e figli sul tema obesità;

I motivi che mi fanno continuare adesso sono che mio figlio sta meglio e ha interiorizzato il fatto che c'era un problema (Int. 35-36, controllo);

Il GET riguarda la conoscenza dell'alimentazione che è più una consapevolezza (Int. 57-58, controllo);

È un programma che ci ha fatto crescere anche a noi, ecco da un punto di vista di consapevolezza, da un sacco di cose insomma (Int. 11-12, controllo);

mentre, dall'altro, l'importanza di riconoscersi come protagonisti nel processo di cambiamento:

La dottoressa è molto brava ma la grossa parte la dobbiamo fare noi (Int. 65-66, controllo);

Come ti dicevo prima loro ti hanno consigliato, ti hanno dato delle dritte e adesso sta a te. Quindi le aspettative, se ci sono, dipendono tutte da te (Int. 67-68, controllo).

4.3 Esperienze pregresse di rapporto con i servizi

La terza area tematica ha l'obiettivo di raccogliere informazioni sulle eventuali esperienze con nutrizionisti o dietisti, vissute dalle famiglie prima di partecipare al progetto GET. Tendenzialmente, le esperienze pregresse non sono classificate in termini positivi, infatti si tratta soprattutto di percorsi interrotti, non portati a termine:

Siamo andati da un nutrizionista, che ci aveva fatto un bel piano [...] era stata un'esperienza negativa perché non aveva follow-up. È andata bene per le prime due settimane e poi dopo ho lasciato perdere (Int. 57-58, controllo);

Siamo andati da un nutrizionista, ma aveva dei modi brutti e anche a lei davano fastidio [...] quindi non ci sono più andata (Int. 49-50, controllo).

Altre famiglie sottolineano di aver avuto difficoltà con le diete prescritte dagli esperti di nutrizione, ritenute troppo rigide ed impegnative da seguire:

Sì, però per me sono tutte uguali [le diete] (Int. 53-54, controllo);

Anche la dieta che aveva dato era un po' complicata da seguire. Noi facciamo degli orari di lavoro anche pesanti, alla sera si arriva a casa tardi, uno ha anche altri impegni, un piatto di pasta e via (Int. 57-58, controllo).

4.4 Valutazione complessiva

L'ultima area tematica si propone di raccogliere la valutazione complessiva dei genitori al percorso individuale, chiedendo alle famiglie di individuare gli elementi positivi e quelli che riscontrano come negativi all'interno del progetto.

Il tema dieta sembra essere piuttosto dibattuto: da una parte, vi sono famiglie che valutano negativamente la scelta di non dare indicazioni rigide da seguire, perché ritengono che una dieta ferrea aiuterebbe molto la gestione e il controllo del problema

Magari nei vari incontri dare più consigli alla famiglia, al di là del movimento, proprio dell'alimentazione, in modo più specifico (Int. 07-08, controllo);

Allora nella negativa ci metto la cosa della dieta, delle indicazioni un po' più specifiche (Int. 41-42, controllo);

dall'altra vi sono invece i genitori che comprendono e sostengono la scelta di non utilizzare questo strumento in una fase delicata come è quella dello sviluppo e vivono la dieta come una deresponsabilizzazione:

Anche io sono un po' allergica alle diete, il fatto che non me lo abbiano imposto, qui al GET, una dieta per lui, penso che questo sia stato positivo (Int. 57-58, controllo);

Però dare una dieta, anche severa, mi sembra un po' una deroga, cioè, mi sembra un po' come dire "io, come genitore non riesco, dammelo te" (Int. 35-36, controllo).

Un'altra questione oggetto di controversie può essere individuata nel tema tempo. Alcune famiglie ritengono che un incontro ogni tre mesi non sia sufficiente per una gestione efficace della problematica di eccesso di peso e concordano sul fatto che incontri più frequenti permetterebbero un maggior controllo della situazione:

Secondo me, ve lo dico diretto, farlo una volta ogni tre mesi non ha assolutamente senso. Non serve a nulla. Cioè, passa troppo tempo fra un incontro e l'altro [...] c'è troppo spazio, troppa libertà, soprattutto per chi ha un problema di questo tipo (Int. 15-16, controllo);

Gli incontri tra uno e l'altro che adesso forse son tre mesi, sono un po' troppo distanti che magari, se c'è qualcosa da correggere, la correggi prima (Int. 41-42, controllo);

Mi piacerebbero dei percorsi più ravvicinati, magari uno al mese (Int. 49-50, controllo).

Per altri genitori, invece, ridurre la distanza tra gli incontri avrebbe portato a difficoltà organizzative

Era giusto sia come impegni che come incontri, perché di più nell'arco dell'anno non ne farei. Secondo me c'era il lasso di tempo giusto per mettere a punto le cose che ci eravamo detti (Int. 35-36, controllo).

Analizzando le interviste emerge che alcune famiglie avrebbero tratto beneficio dal lavoro di équipe tra dietista e psicologa, consapevoli del fatto che l'alimentazione è strettamente connessa a fattori emotivi e sociali:

Quello che si può provare a migliorare è l'aspetto di capire quali sono le motivazioni che portano un bimbo ad avere così, un rapporto diciamo non morboso, però molto molto molto forte con il cibo. che va al di là del fatto nutrizionale perché lui sicuramente ci associa degli aspetti di scarico dello stress, magari accumulato altrove, ci può associare a degli effetti placebo perché magari il cibo carica qualche esperienza negativa, insomma, un po' questi aspetti qua ecco forse si possono provare a scandagliare di più ... (Int. 11-12, controllo);

Che magari d'inverno non puoi più uscire dopo un certo periodo e la bambina... sono i momenti che si annoia e cosa fa? Va a mangiare. Per questo che io pensavo che questo percorso era un po' più per aiutare in questa cosa (Int. 65-66, controllo);

Magari avendo una persona che ti aiuta un po' di più sai, parte tutto dal cervello. Magari anche poter mandare un messaggio... e dire "guarda io sto passando un periodo un po' brutto e la sfogo tutta sul mangiare" che ti dà qualche idea, perché è vero che io leggo su internet, però alla fine ci rimango sempre io (Int. 65-66, controllo).

Molti genitori riconoscono come positivo e centrale il fatto che sia un percorso che coinvolge tutta la famiglia e che non riguarda solo il singolo bambino:

È una cosa che poi ha coinvolto tutti (Int. 17-18, controllo);

Il fatto che io frequenti insieme a lei ed entro insieme, è una cosa importante (Int. 49-50, controllo).

Alcuni genitori sottolineano anche il desiderio di confronto con altre famiglie:

Una cosa che mi piacerebbe qua sarebbe fare degli incontri dove lei si confronta con altre bimbe, però siamo nel percorso individuale. Mi piacerebbe un confronto che possa servire a noi genitori (Int. 49-50, controllo)

e di poter partecipare a laboratori esperienziali per i bambini

Secondo me i laboratori per insegnarli magari a fare non so una barretta, far la merenda ecco, per renderli partecipi che è meglio non scegliere i prodotti industriali perché pieni di burro, qualcosa che aiuti lui a fare delle scelte (Int. 57-58, controllo).

Tra gli elementi positivi viene riconosciuto il fatto che è un percorso a misura di bambino, che si prende cura della famiglia e che responsabilizza ogni membro:

Si ha qualcuno che si preoccupa e che personalmente ti dedica mezz'ora del tempo per tuo figlio (Int. 15-16, controllo);

A me è piaciuto subito che fosse lui a dire e a rispondere alle domande e a capire quello che andava meglio per lui (Int. 35-36, controllo);

Poi la sua felicità, perché non sentire mia figlia non far pesare una cosa del genere è una cosa molto bella (Int. 53-54, controllo);

Positivo è aver imparato tante cose nel comportarsi con mia figlia (Int. 53-54, controllo).

Tra le parole dei genitori intervistati, emerge che sarebbe importante cambiare il luogo in cui si tengono gli incontri, forse anche per alleggerire la connotazione sanitaria che il percorso assume, essendo gli appuntamenti individuali organizzati in ospedale:

Un'altra cosa che a me piacerebbe, col fatto che con lui siamo spesso in pediatria, è farlo da una altra parte, non in pediatria, ad esempio in un luogo come questo [Luoghi di prevenzione] (Int. 57-58, controllo).

Infine, per qualcuno, il fatto di terminare il percorso porta ad un vissuto di paura e di smarrimento e ad un desiderio di continuare l'esperienza

Adesso invece che abbiamo finito io ho un po' di paura. Mi piacerebbe restare in contatto, nel senso, ci sentiamo un po' persi" (Int. 53-54, controllo).

5. Considerazioni conclusive

In sede conclusiva è forse opportuno richiamare sinteticamente le principali risultanze emerse dall'indagine, ciò al fine di esplicitare i fattori che hanno inciso maggiormente sulla decisione di abbandonare il percorso educativo-terapeutico e al contempo mettere in luce i punti di forza del progetto sperimentale qui analizzato.

Non v'è dubbio che dalla lettura approfondita delle testimonianze dei genitori delle famiglie che hanno preso parte al progetto GET (sia per coloro che erano ancora "in trattamento" al momento dell'intervista, sia per chi ne era uscito) i principali nodi critici evidenziati siano i seguenti:

- a) l'*orario* di svolgimento degli incontri (della durata di due ore ciascuno), che mal si conciliava con i numerosi impegni extra-scolastici dei figli;
- b) la *sede* in cui si svolgevano gli incontri (a Reggio Emilia), che richiedeva un ulteriore sforzo in termini di tempo per coloro che non abitano nel capoluogo;
- c) la *cadenza* con cui venivano calendarizzati gli incontri (trimestrale), ritenuta da molte famiglie troppo distanziata; la qual cosa induceva due conseguenze: 1. una caduta motivazionale da parte dei figli/e che tra un incontro e l'altro "dimenticavano" gli impegni presi; 2. la durata eccessiva dell'intero percorso che in questo modo veniva a svilupparsi nell'arco di due anni;
- d) l'*età mista* dei bambini/e – ragazzini/e partecipanti ad un determinato gruppo GET. Tale disomogeneità introduceva una difficoltà ulteriore nel conciliare le esigenze molto diverse presenti in età evolutiva anche in anni molto ravvicinati;
- e) l'*organizzazione* degli incontri suddivisi in un'ora di intervento con i bambini/e e un'ora di lavoro con i genitori. In particolare la prima ora risultava poco soddisfacente per i genitori che venivano "lasciati" in un ambiente comune a familiarizzare e socializzare tra loro ma senza l'aiuto di un mediatore. Ciò ha causato in alcuni casi stress psicologico, senso di imbarazzo e di inadeguatezza;
- f) la netta *separazione* tra attività rivolte ai bambini/e e attività rivolte ai genitori; diversi intervistati hanno sottolineato il desiderio/interesse per la predisposizione di alcuni momenti comuni in cui genitori e figli/e avessero potuto interagire ed essere coinvolti nello svolgimento di attività condivise;
- g) l'elevato *tasso di caduta* della partecipazione (*drop-out*) nei singoli gruppi, che dava alle famiglie che continuavano la sensazione di essere dei "sopravvissuti"; inoltre, il non poter ritrovare all'incontro successivo

i “compagni/e” con cui si era iniziato a stabilire un rapporto di “amicizia” era fonte di stress per i bambini/e rimasti/e;

h) il fatto che a partire dal quinto/sesto incontro, in alcuni casi, data la forte riduzione dei partecipanti si è stati costretti ad *unificare* due o più gruppi. Il che ha prodotto “smarrimento” da parte dei partecipanti che non si conoscevano e hanno dovuto ri-costruire il clima di intimità/complicità che eventualmente si era venuto a creare con i genitori che hanno abbandonato.

Tra i numerosi punti di forza (aspetti positivi) dell’esperienza si menzionano:

a) la competenza e l’atteggiamento pro-attivo e di “*care*” (cura, attenzione) delle operatrici (psicologa e nutrizionista), sottolineato da tutti gli intervistati;

b) le attività di gruppo dei bambini (prima ora), che hanno consentito attraverso l’utilizzo di modalità ludiche (gioco) di coinvolgerli in piccoli gruppi di pari e di far acquisire loro in modo semplice e concreto (“toccar con mano”) alcune conoscenze di base sugli alimenti e sugli effetti che questi hanno sulla loro crescita;

c) le attività di gruppo dei genitori (seconda ora), le quali hanno favorito, in un contesto informale, lo scambio di esperienze, il confronto rispetto a problematiche comuni e la condivisione di alcune soluzioni concrete, immediatamente e facilmente applicabili, circa l’adozione di regole e routine che incentivano l’acquisizione di abitudini alimentari sane;

In estrema sintesi dai dati raccolti e analizzati nel presente capitolo (il vissuto delle famiglie) è possibile affermare che il giudizio complessivo sul percorso GET è risultato sostanzialmente positivo. La modalità dei gruppi di educazione-terapeutica pare apportare un contributo innovativo di grande valore rispetto al tradizionale percorso individuale proposto alle famiglie con figli/e obesi o in sovrappeso.

Ciò in particolare per quanto riguarda i bambini/e che si sono sentiti molto coinvolti nelle attività di gruppo proposte dalla sperimentazione. Mentre si registra una minore efficacia per i genitori, che avrebbero necessitato di un maggiore accompagnamento.

Una considerazione generale emerge dalle testimonianze raccolte e analizzate: probabilmente il disegno complessivo della sperimentazione – che ha adottato il classico modello del *randomized trial* tipico degli studi medico-clinici – si è rivelato essere troppo ambizioso date le risorse disponibili al servizio e probabilmente non adatto alla tipologia di intervento (educativo-terapeutica).

Presumibilmente invece di impostare un programma che prevedeva la selezione di 150 famiglie da suddividere in 15 gruppi GET (10 famiglie per

gruppo) e parallelamente la selezione di 150 famiglie che andavano a costituire il “gruppo di controllo” individuate tra quelle che continuavano a seguire il percorso tradizionale (individualizzato); sarebbe stato più efficace disegnare un percorso a due o più fasi.

Nella prima fase si sarebbe potuta svolgere una sperimentazione attivando due o tre gruppi GET con un numero inferiore di famiglie (max 5 per gruppo) e testando con loro diverse modalità operative circa: l’orario, la cadenza, la sede, le fasce d’età, l’organizzazione interna degli incontri (momenti solo x genitori, solo x figli/e, in comune). Lo svolgimento di questa prima fase avrebbe dovuto coincidere con (seguire) l’andamento dell’anno scolastico, ovvero iniziare a settembre e concludersi a giugno (10 mesi).

In seguito, dopo una fase di puntuale e dettagliata analisi dei risultati emersi dal progetto-pilota (riflessione interna all’*équipe* di progetto, eventualmente allargata a esperti esterni), si sarebbe potuto individuare una modalità ideal-tipica di organizzazione dell’intervento che – pur tenendo conto delle dovute esigenze di flessibilità e adattabilità del modello – avrebbe potuto progressivamente essere estesa ad un numero maggiore di famiglie e a diversi contesti e ambiti territoriali.

In conclusione, gli elementi positivi dell’esperienza superano di gran lunga quelli problematici che riguardano in gran parte aspetti “organizzativo-gestionali”, in parte facilmente superabili in una eventuale riproposizione del percorso. In vista di una seconda fase sperimentale o dell’assunzione in carico in forma stabile da parte dell’amministrazione pubblica del modello GET quale *servizio di secondo livello* da offrire in modo, per così dire, standard alle famiglie con figli/e obesi o in sovrappeso in alternativa a (a fianco di) quello individualizzato.

Bibliografia di riferimento

- August G.P., Caprio S., Fennoy I. *et al.*, Endocrine Society. (2008), *Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion* «J. Clin. Endocrinol. Metab.», 93, (12), pp. 4576-4599.
- Bandura A. (1986), *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Blanco S., Benevento D., Reda M.A. (2000), *I disturbi alimentari psicogeni precoci, un’interferenza nello sviluppo del senso di sé?*, «Cibus», 2, I.
- Peirson L., Fitzpatrick-Lewis D., Morrison K., Warren R., Usman Ali M., Raina P. (2015), *Treatment of overweight and obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis*, «CMAJ Open», 3, (1), E35-E46.
- Whitlock E.P., O’Connor E.A., Williams S.B., Beil T.L., Lutz K.W. (2010), *Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF*, «Pediatrics», 125, (2):e396-e418.

- Baldaro B., Rossi N., Caterina R., Codispoti M., Balsamo A., Trombini G. (2003), *Deficit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers*, «International Journal of Obesity», 27, pp. 191-195.
- Bara B.G. (a cura di) (2007), *Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Bouchard C. (1996), "Genetics of obesity in humans: current issues", in Chardwick D.J., Cardew G.C. (eds), *The origins and consequences of Obesity (CIBA Foundation Symposium 201)*, Wiley, Chichester, pp. 108-117.
- Braet C., Tanghe A., Decaluwé V., Moens E., Rosseel Y. (2004), *Inpatient Treatment for Children With Obesity: Weight Loss, Psychological Well-being, and Eating Behavior*, «Journal of Pediatric Psychology», Volume 29, Issue 7, October, pp. 519-529.
- Braet C., Mervielde I., Vandereycken W. (1997), *Psychological Aspects of Childhood Obesity: A Controlled Study in a Clinical and Nonclinical Sample*, «Journal of Pediatric Psychology», 22, (1), pp. 59-71.
- Broccoli S., Davoli A.M., Bonvicini L. et al. (2016), *Motivational Interviewing to Treat Overweight Children: 24-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial*, «Pediatrics», 137, (1).
- Cacciari E., Milani S., Balsamo A., Spada E., Bona G., Cavallo I. et al. (2006), *Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 yr)*, «J Endocrinol Invest», 29, pp. 581-593.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006), *BMI – body mass index: About BMI for children and teens*. Retrieved October 5, 2006, http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/childrens_BMI/about_childrens_BMI.htm
- Cole T.J., Lobstein T. (2012), Extended international (IOTF) body mass index cut-off for thinness, overweight and obesity, «Pediatr Obes», 7, 284-294.
- Durant R.H., Baranowsky T., Johnson M., Thompson W.O. (1994), *The relationship among television watching, physical activity and body composition of young children*, «Paediatrics», 94, pp. 449-455.
- Epstein L.H., Paluch R.A., Roemmich J.N., Beecher M.D. (2007), *Family-based obesity treatment, then and now: twenty-five years of pediatric obesity treatment*, «Health Psychol.», Jul. 26, (4), pp. 381-391.
- Faith M.S., Tepper B.J., Hoffman D.J., Pietrobelli A. (2002), *Genetic and environmental influences on childhood obesity*, «Clinical Family Practices», 4, pp. 277-294.
- Fonseca H., Palmeira A.L., Martins S.C. et al. (2014), *Managing paediatric obesity: a multidisciplinary intervention including peers in the therapeutic process*, «BMC Pediatr», 14, 89.
- French S.A., Story M., Jefferey R.W. (2001), *Environmental influences on eating and physical activity*, «Annual Review of Public Health», 22, pp. 309-335.
- Goldfield G.S., Mallory R., Parker T., Cunningham T., Legg C., Lumb A., Parker K., Prud'homme D., Adamo K.B. (2007), *Effects of modifying physical activity and sedentary behaviour on psychosocial adjustment in overweight/obese children*, «Journal of Pediatric Psychology», Aug, 32, (7), pp. 783-93. Epub 2007 Apr 19.

- Hill J.O., Wyatt H.R., Reed G.W., Peters J.C. (2003), *Obesity and the environment: Where do we go from here?* «Science» 299, pp. 853-855.
- Hingle M.D., O'Connor T.M., Dave J.M., Baranowsky T. (2010), *Parental involvement in interventions to improve child dietary intake: A systematic review*, «Preventive Medicine» 51, pp. 103-111.
- Kader M., Sundblom E., Elinder L.S. (2015), *Effectiveness of universal parental support interventions addressing children's dietary habits, physical activity and bodyweight: A systematic review*, «Preventive Medicine», 77, pp. 52-67.
- Kader M., Sundblom E., Schäfer Elinder L. (2015), *Effectiveness of Universal Parental Support Interventions Addressing Children's Dietary Habits, physical activity and bodyweight: A systematic review*, «Prev Med.», 77, pp. 52-67.
- Kalavainen M.P., Korppi M.O., Nuutinen O.M. (2007), *Clinical efficacy of group-based treatment for childhood obesity compared with routinely given individual counseling*. «International Journal of Obesity», 31(10) 31(10):1500-8.
- Kumar S., Kelly A.S. (2017), *Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology and comorbidities to clinical assessment and treatment*, «Mayo Clin Proc», 92, (2), pp. 251-265.
- Moens E., Braet C., Soetens B. (2007), *Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight*, «Journal of Paediatric Psychology», 32(1), pp. 52-63.
- Molinari E., Cuzzolaro M. (2000), "Aspetti psicosociali", in *Secondo rapporto sull'obesità in Italia 2000 dell'Istituto Auxologico Italiano*, FrancoAngeli, Milano, pp. 312-364.
- Pavan O.R., Peruffo B. (2002), *L'obesità infantile: Verso una nuova cultura*, «Difesa Sociale», Vol. LXXXI, n. 1, pp.103-118.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1982), *Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change*, «American Journal of Health Promotion», 12, (1), pp. 11-12.
- Shin N.A., Shin M.S. (2008), *Body Dissatisfaction, Self-Esteem, and Depression in Obese Korean Children*, «The Journal of Pediatrics», 152, pp. 502-506.
- Storch E.A., Lewin A.B., Silverstein J.H., Heidgerken A.D., Strawser M.S., Baumeister A. et al. (2007), *Social-psychological correlates of peer victimization in children with endocrine disorders*, «The Journal of Pediatrics», 145, pp. 784-789.
- Wilfley D.E., Stein R.I., Saelens B.E., Mockus D.S., Matt G.E., Hayden-Wade H.A., Welch R.R., Schechtman K.B., Thompson P.A., Epstein L.H. (2007), *Efficacy of maintenance treatment approaches for childhood overweight: a randomized controlled trial*, «JAMA», Oct., 10, 298(14):1661-73.
- Zeller M.H., Saelens B.E., Roehrig H., Kirk S., Daniels S.R. (2004), *Psychological adjustment of obese youth presenting for weight management treatment*, «Obesity Research», 12, pp. 1576-1586.

7. So che c'è una “scatola nera”, ma non ne conosco i confini. Riflessioni sulla improbabilità dei servizi sociosanitari: o della irriducibile complessità della società in cui viviamo (e che non capiamo)

di *Riccardo Prandini*

1. Cul-de-sac

Tra le innumerevoli conoscenze che abbiamo sulla cosiddetta “epidemia” di obesità infantile, una correlazione pare accertata e condivisa unanimemente: più si studia l'epidemia, più s'informano i cittadini e più la si prova a contrastare, più essa sembra diffondersi.

Di questo paradosso vorrei trattare, con un focus particolare sul *design* dei servizi sociosanitari, senza però mai dimenticare il contesto strutturale e culturale che incornicia tali progettazioni. Nei capitoli precedenti abbiamo cercato di dare una rappresentazione complessa, sociologica e non riduzionistica dell'obesità, mostrando le sue molteplici significazioni: dalla “corpulenza” fino all'indice di massa corporea (cioè dai significati che promanano dai contesti di vita quotidiana, fino agli standard operativi di un sottosistema sociale altamente globalizzato come quello della sanità). Dentro a questa complessità stanno potentissime immagini archetipe di “abbondanza”, “fertilità”, “forma” che rimandano a corpi certamente non magri. E non si tratta solo di iconologie del passato, di tradizioni ormai finite. Si pensi solo alla recentissima attenzione che hanno ricevuto i corpi *curvy*, soprattutto femminili – spesso in diretta critica alla immagine standardizzate di corpi muscolosi e scolpiti generati dallo “sguardo maschile” – come nel caso di QueenB che posa per una nota marca di abbigliamento sportivo. Qui, il valore di un corpo ben tornito prende le strade del riconoscimento di una cultura afroamericana che non vuole subire la diminuzione nei canoni della bellezza Wasp! Proprio questa plurivocità, questa polisemanticità irriducibile e difficilmente integrabile, ci indica la problematica dell'obesità: non il problema, che di per sé dovrebbe avere soluzioni, quanto un campo di tensioni dove trovare il bandolo della matassa significa perdere la matassa e viceversa. Abbiamo sottolineato come, soprattutto rispetto alla obesità infantile – che rappresenta un problema particolare nella problematica dell'obesità – si sia sviluppato un dibattito molto acceso riguardo alla decisione di comunicarlo (e come) o

meno come patologia, ben avendo presente le difficoltà di una sua misurazione oggettiva, dato che essa è parametrata rispetto a processi di crescita individuale molto diversi, per certi versi non standardizzabili e perciò di difficile se non impossibile previsione. Una delle tante domande è: ha senso allarmare famiglie e bambini, rispetto a tendenze che potrebbero poi rivelarsi sbagliate? Non è che questo “attenzione” (per usare un verbo molto in voga) sia utile più alle organizzazioni mediche che alle famiglie? E identificare un bambino con la sua corpulenza in cosa agevola la sua crescita e maturazione? Qui si presenta il problema classico e senza soluzione di una scienza che osserva e misura, su base statistica aggregata, fenomeni individuali, “reificandoli” come tendenze o addirittura epidemie, introducendo così anche l’idea che esistano meccanismi di diffusione intrapersonale (ma l’obesità è una “malattia” che si “trasmette”? Come? Con ironia si potrebbe rispondere: mangiando in compagnia!). L’invenzione del BMI (*Body Mass Index*) che dovrebbe risolvere il problema, non fa che riprodurlo a un livello diverso: il BMI – lasciando stare tutte le critiche tecniche che ognuno nel campo sanitario conosce – funziona infatti come metrica “a soglie” con i conseguenti e intrattabili problemi di simultanea “classificazione” e *cut-off* tra le soglie. Al sistema sanitario non resta altro che prenderne atto e continuare, sapendo cosa si sta facendo e dei suoi limiti: alle famiglie di sbuffare se sono appena sotto o sopra soglia. La valutazione sulla base del BMI, solo per approfondire di poco la discussione, viene poi complicata dalla “definizione della situazione” che la medicina e le organizzazioni sanitarie normalmente utilizzano come premesse decisionali, cioè come loro cultura operativa di base, per trattare i “casi”. La letteratura a disposizione mostra come l’obesità viene attribuita, con l’autorità del sistema scientifico: o a comportamenti (prevalentemente alimentari e di attività fisica) sbagliati e rischiosi dei bambini e delle loro famiglie (sintetizzati con il termine roboante di “stili di vita”); o a fattori del tutto indipendenti dalle loro scelte, cioè a pericoli ereditari o ambientali. A questa oscillazione, senza fine, di attribuzione a rischi o pericoli, si aggiunge poi la riflessione sempre più evidente che esiste un vero e proprio ambiente “obesogeno” (obesogenetico). Un tipico esempio è dato dalla osservazione, molto generica a dire il vero, delle differenze d’obesità infantile nei paesi industrializzati e in quelli in via di sviluppo. Nei primi c’è più obesità infantile tra le famiglie povere (per esempio negli USA, tra le famiglie afroamericane e in quelle ispaniche rispetto alle Wasp), mentre nei secondi, tra le famiglie ricche. Questo differenziale richiama ipotesi d’educazione alimentare diversa, quindi di cultura e di stili di vita che, senza entrare nei dettagli, vanno a costituire una variabile interveniente determinante. A confermare questa nuova variabile esplicativa di carattere culturale-normativo si cita spesso l’evidenza che nei percorsi migratori dai Paesi poveri ai Paesi ricchi, l’obesità infantile (ma non solo) tende ad aumentare. Ne deriva perciò un nuovo tema, quello delle politiche sanitarie per i migranti e

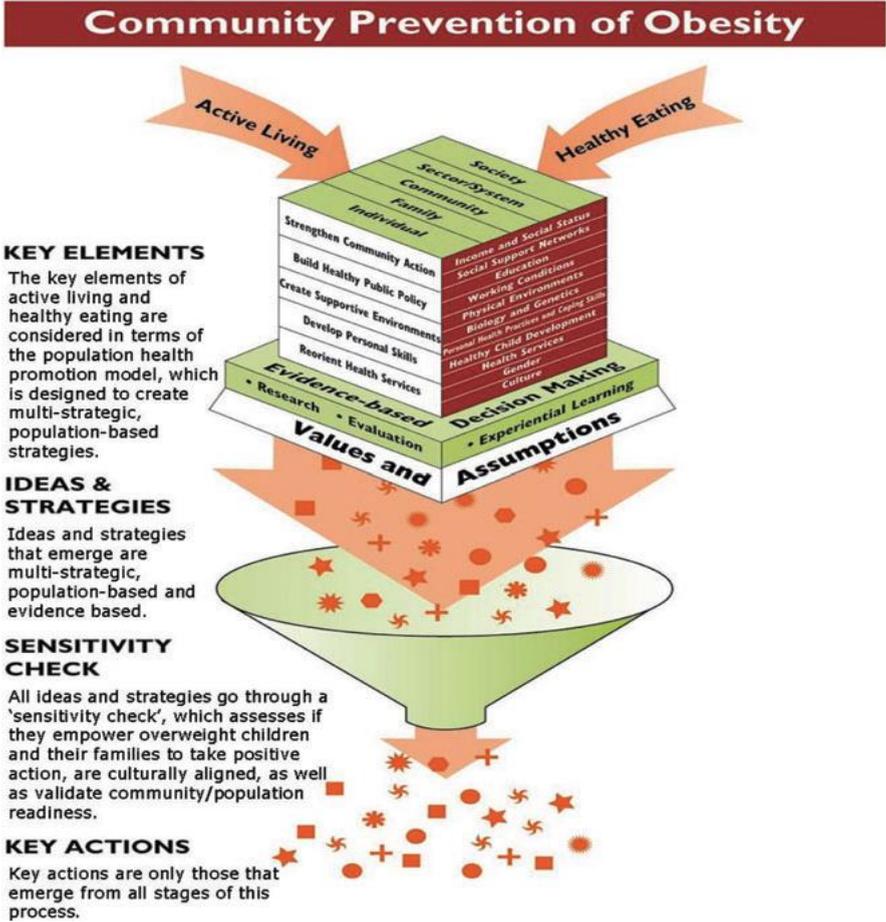
un nuovo problema: sembrano essere proprio i processi di integrazione sociale e d'assimilazione culturale, ad agevolare l'acquisizione di stili di vita obesogeni. Ma questo non basta! Ambiente obesogeno significa anche (e solo per sintetizzare un elenco infinito): tempi di vita che non consentono momenti liberi per attività fisica; una organizzazione dei trasporti e della mobilità che non agevola il passeggiare; una produzione di cibo "conservato", poco salutare; una accessibilità al cibo, tramite supermarket, troppo agevole e tutta centrata sullo spingere a comperare anche cibi inutili; la necessita di mangiare almeno una volta al giorno fuori di casa, senza poter controllare quello che si mangia e che mangiano i bambini; l'emissione industriale di sostanze che sembrano interagire con i processi d'ingrassamento; la cultura del *fast food* e delle bibite ipercaloriche; l'utilizzo di cibi di "conforto"; la pubblicizzazione massiccia della arte del cucinare e quindi della cultura del mangiare insieme come momento di pura convivialità, etc. Il vero problema è che questi *deficit* non fanno che rappresentare, in modo molto chiaro, "come è esattamente fatta la nostra società". La soluzione data degli esperti (e dai politici), come al solito, è semplice: basterebbe cambiare la società! Ma se è così, allora cambiatela!

Alla fine, si rimane con solo due carte in mano: o si attribuisce al sistema (la famiglia e i suoi bambini) la "colpa" per l'obesità e la si cerca di curare, oppure la si attribuisce all'ambiente (sociale o ereditato geneticamente), con la differenza che curare la società o i geni è più difficile. Quasi sempre, tra l'altro, si arriva alla conclusione, ragionevolmente giusta ma scientificamente poco utile, che l'obesità infantile dipende *proprio* dalle interazioni tra il sistema e l'ambiente. A ciò basta aggiungere la comunicazione che se si è obesi da piccoli, aumenta la probabilità di rimanere tali anche da adulti; che l'obesità si associa con altre malattie e che questo ha un impatto drammatico sulla sostenibilità del sistema sanitario, per produrre quell'effetto "testacoda" da cui è poi impossibile uscire. Si "oscilla" tra attribuzioni interne ed esterne, notando che i problemi dei sistemi sono aggravati da quelli dell'ambiente e viceversa. E proprio questo lo si sa, prima! Si sa che si oscilla senza trovare il "filo". Questo circolo vizioso non produce nessuna verità scientifica utilizzabile, ma ha la capacità di allarmare la società, in special modo il suo sottosistema sanitario e naturalmente i politici locali (fig. 1).

Si creano così delle enormi aspettative d'intervento socio-sanitario che, a loro volta, entrano in interazione con una idea e una pratica di "prevenzione" che deve essere agita in modo da evitare, oltre alla obesità, tutta una serie ulteriore di problemi collaterali, quali: 1) la stigmatizzazione dei bambini obesi con conseguente crollo nella loro auto-stima; 2) abitudini alimentari dietetiche che slittino in pratiche patogenetiche (anoressia, bulimia); 3) il fumo o altre dipendenze che compensano la dipendenza da cibo; 4) la mancanza di sufficiente apporto energetico per la crescita e lo sviluppo. La prevenzione stessa, poi, diventa un problema, perché si possono prevenire le

cose previste, ma non i loro *side effects*. E poi, perché non prevenire la prevenzione? Non ci si potrebbe mettere avanti? Comincia così a diventare chiaro che il controllo del peso e della corpulenza (o della massa corporea?) deve essere sostituito dalla proposta di stili di vita salutari che permettano di controllare una stabilizzazione “sostenibile” del peso nel tempo. Quando ciò non accade, e come si è visto dalle tante ricerche non accade spesso, allora si può attribuire il fallimento (la devianza) o agli individui, o al servizio o, per essere più sicuri, ad entrambi.

Fig. 1 – La prevenzione di obesità nella Comunità: la grande Black Box - Flynn et al. 2006



Questa chiara impasse d’attribuzione di “colpe” (la connotazione tribunizia è sempre presente in questi casi, essendoci in ballo dei “danni” e se questa colpa la si chiama “responsabilità” è quasi peggio) innesca poi contro-

movimenti altrettanto potenti e prevedibili: se infatti non è colpa del sistema, allora lo è dell'ambiente con la differenza che alla società o alla cultura è difficile o fare causa o imporre una cura. Le cose difatti non migliorano perché, di nuovo, l'unico consenso è sul fatto che i fattori ambientali che impattano si situano a livelli diversi di realtà, in forme molteplici e, naturalmente, in un modo "intrecciato" e che genera "effetti emergenti". La soluzione viene normativamente orientata verso *policies top-down*; poi visto il fallimento, a quelle di tipo *bottom-up* e, infine, a quelle *bottom-linked* preferibilmente agendo con programmi di intervento integrati, multistakeholder, multisettoriali, di comunità e lavorando su grappoli di attività che possano avere impatti su patologie diverse, ma collegate. Alla fine di questa "poesia" della *governance* multilivello ci si scontra con la dura realtà di politiche d'intervento, settoriali, specialistiche, non integrate, mono-disciplinari, etc. Ne consegue, per ultimo, la consapevolezza che le risorse sono comunque state sprecate, che i risultati non sono arrivati, che il coordinamento non è avvenuto, che i programmi di intervento erano sbagliati e che qualcuno è rimasto escluso. Nel frattempo, si fa uno spuntino.

Con questo contributo vorrei provare a ricostruire le condizioni di operatività dei servizi sociosanitari a contrasto della obesità infantile. Lo faccio partendo dalla esperienza di studio dei Gruppi GET che hanno chiuso la fase di sperimentazione a Reggio-Emilia. In questa mia ricostruzione, cambio prospettiva. Non ho nessuna presunzione di dare formule vincenti per programmi di trattamento della obesità infantile, la qual cosa spetta forse ai medici (ma forse scopriremo che spetterebbe a molti più attori). Mi preme invece "svelare" la complessità radicale e *wicked* (intrattabile, stregata) del mondo sociale in cui viviamo, a partire dalla osservazione del servizio sociosanitario. La tesi di fondo è che noi non conosciamo adeguatamente – perciò non capiamo e non possiamo operare in modo efficace su – la società in cui viviamo. Da ciò anche l'improbabilità di programmare servizi che riescano ad avere un impatto sull'obesità infantile. Non è tipico delle ricerche sul tema pervenire a questa consapevolezza. Si preferisce far finta di saper cosa fare e, quel che è peggio, consigliarlo agli altri. Si interpreta questa impasse come un mero *deficit* conoscitivo, superabile con più dati, magari *Big data*. Si accumulano fallimenti previsionali e terapeutici, per cercare nuovi modelli e metodi di intervento. In generale tutta la letteratura sui servizi e i programmi sociosanitari, rimane lì, nel cul-de-sac: prova a uscirne, proponendo programmi di intervento "innovativi", cioè leggermente diversi dai precedenti. Le organizzazioni sociosanitarie – e la loro narrazione medico-scientifica – per poter continuare il loro lavoro, devono letteralmente nascondere dal loro campo osservativo i limiti intrinseci (e i paradossi) che caratterizzano la usuale e quotidiana operatività sociosanitaria. E se non lo facessero, come avremo modo di vedere, rimarrebbero in una indecisione paradossale, oscillando tra la necessità di decidere qualcosa, per affrontare

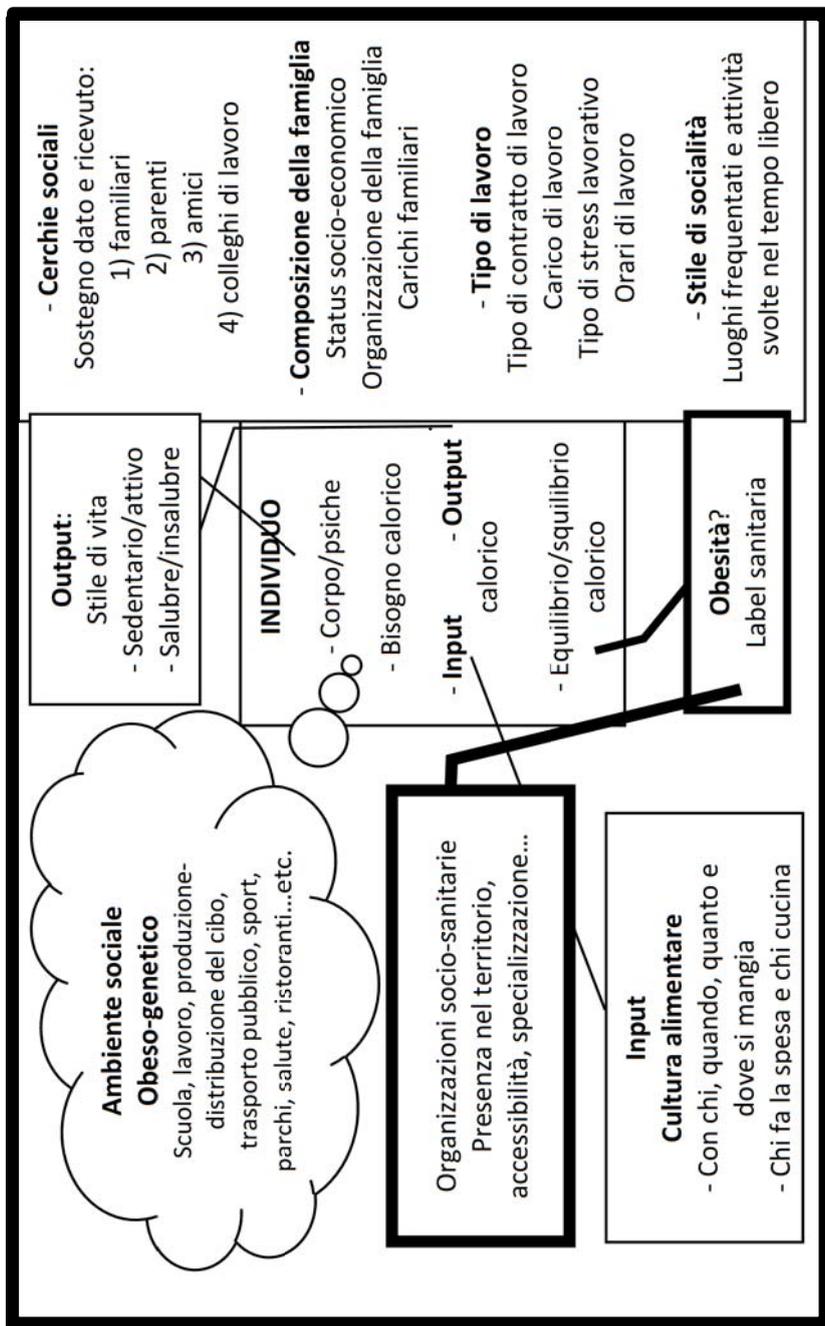
l'obesità, e la consapevolezza che ogni decisione genera nuovi problemi senza risolverli. Rimane solo la “temporalizzazione” dei programmi, ossia giustificare continuamente i fallimenti, rimandando a nuove e più efficaci soluzioni. E su questa strategia, parte delle analisi si fermano. Il problema è però che queste condizioni di (im)possibilità dei servizi, dovute a come-è-fatta-la-società, non spariscono “per davvero”. Le organizzazioni sociosanitarie le nascondono sotto la *routine* del loro operare quotidiano, ma la loro realtà influisce continuamente sui servizi, irritandoli come una spina nel piede. A questo punto varrebbe forse la pena di cambiare modalità di riflessione. Invece che nascondersi la dura realtà, rilanciando continuamente con innovazioni già votate al fallimento, sarebbe più produttivo cercare di capire cosa ci si può aspettare o meno dai servizi, dalle famiglie e dal contesto sociale. Meno pretese, più realtà! È pretendere troppo? A partire da questa consapevolezza si tratterebbe piuttosto di riflettere continuamente sulle conseguenze dei programmi, programmando servizi con obiettivi ragionevoli e, soprattutto, riaprire una discussione “trasparente” sui limiti delle organizzazioni stesse, delle famiglie e dell'ambiente obesogenico. Sembra poco, ma è meglio e più onesto che continuare a rimanere nel cul-de-sac attuale, credendo di stare cavalcando il futuro.

2. Framing the Frame. Di ciò che si può vedere e di ciò che non si può vedere

2.1. Costruire l'esperimento controllato in un mondo aperto e non controllabile

Per poter cominciare l'analisi, abbiamo bisogno di raffigurarne l'enorme complessità, stratificazione e gli intrecci tra (alcuni de) gli attori inclusi nella “problematica” della “obesità infantile”. La figura 2 dà solo un'immagine già molto semplificata dei nessi che realmente sono presenti tra attori, strutture e processi. Fedeli a quanto scritto sopra, la proponiamo, a differenza di quanto solitamente ci si aspetterebbe, non per mostrare che abbiamo a disposizione un “modello di analisi” – con tanto di elenco di variabili, relazioni tra di esse, effetti emergenti, retroazioni, ipotesi, etc. – bensì proprio per dimostrare che questo presunto modello non fa altro che rimandare a “ulteriorità” mai circoscrivibili. Per questo motivo la figura 2 è inquadrata (all'esterno) mediante il rettangolo più spesso che la separa da un ambiente inosservato/abile che, però, può sempre influenzare in modo imprevedibile ciò che sta dentro alla cornice. In altri termini gli attori, le variabili e i processi individuati dentro alla seconda cornice rettangolare meno spessa, non costituiscono affatto un “sistema naturale”, bensì già una costruzione dell'osservatore che varia al variare delle capacità e dei bisogni osservativi.

Fig. 2



A complicare la realtà, ma lo spiegheremo estesamente, ognuno degli attori e delle variabili presenti nel rettangolo interno, operano in modo autoreferenziale ricostruendo, ognuno a modo suo, la realtà esterna. In buona sostanza la fig. 2 va letta come costituita da non uno, ma due ambienti. Il primo è quello che non si vede, fuori rettangolo “spesso”, figurativamente presente come bordo pagina. Questo è l’ambiente “esterno”, imprevedibile, dove l’osservatore (sia esso lo scienziato o il *policy maker*) non vede nulla e da cui possono arrivare solo sorprese: una nuova scoperta, un nuovo problema, una informazione imprevista, etc. Dentro a questo primo rettangolo se ne innesta un secondo, al cui interno stanno gli attori indicati dall’osservatore. Ognuno di questi attori è un sistema autoreferenziale che ricostruisce il suo ambiente a modo suo: vede nel suo ambiente “interno” gli altri attori e come essi, a loro volta, lo osservano. E vede che ognuno di loro, compreso se stesso, non vede certe cose, etc. Ognuno degli attori perciò – le istituzioni sociali nella nuvola, le famiglie, le organizzazioni sociosanitarie, vivono in una realtà (etero-referenza) costruita (auto-referenza) e in un ambiente dove si trovano gli altri che, a loro volta, ricostruiscono la loro realtà. Questa “policontestualità” – il pluralismo di contesti, delle strutture e delle *contextures* – rende impossibile un coordinamento sincronizzato e consensuale dei processi, per non dire della quasi sempre irraggiungibile, “integrazione” tra di essi. Come vedremo in questo mondo fluido e cangiante, sono possibili solo “accordi” momentanei e rivedibili capaci di “allineare” interessi e identità diverse.

La prima cornice (il rettangolo spesso ed esterno) sta a testimoniare e a ricordarci che, seppure la scienza e il sistema sociosanitario lo desidererebbero (e qualche volta credono pure che ciò accada), non è possibile alcun “esperimento” sociale sulla obesità infantile. La tecnologia sperimentale, il famoso “esperimento” infatti, necessita della chiusura netta e precisa di un sistema di variabili controllabili *ceteris paribus*, da far variare, al variare di altro e tenendo fermo tutto il resto, per poi individuare nessi causa-effetto ben delimitabili. Proprio questo non è possibile, perché il sistema società non è mai un “laboratorio” controllabile, ma rimane sempre un campo di sperimentazione aperto, lasciando così che osservatori attenti e diversi segnalino l’influenza di sempre qualcosa d’altro, di una “ulteriorità” letteralmente incomprimibile. D’altra parte, è proprio per questa impossibilità di utilizzare la tecnica dell’esperimento, il sistema sociosanitario deve creare “quasi-esperimenti” particolari e artificiali, per tentare di chiudere un microsistema controllabile. Il paradosso che si genera è la pietra d’inciampo di tutti questi programmi di intervento. Nel caso che esamineremo, la tecnologia utilizzata è quella della creazione di un gruppo GET (*Gruppi di Educazione Terapeutica*) di bambini obesi che seguono un percorso motivazionale con le loro famiglie, con un gruppo di controllo che non segue quella metodologia, bensì percorsi individuali di cura. Dentro alla Cornice n. 1 quindi, viene creata una Cornice n. 2 composta dal sottosistema sanitario, dalle sue organizzazioni e

dalle interazioni tra professionisti e pazienti del servizio, che dovrebbe fare “sistema” di ciò che nella prima cornice non è sistematizzabile: le modalità osservabili e controllabili di relazione tra gli “stili di vita familiari”, da modificare rimotivando le famiglie e l’operare della organizzazione del servizio sociosanitario. Ma, come vedremo, è proprio il rapporto tra Cornice 1 e Cornice 2 che, alla fine, non è governabile. Il “sogno” del servizio sarebbe di trasformare la tecnologia pensata nella Cornice 2, nell’operare quotidiano di famiglie e bambini che si svolge nella Cornice 1. Ma ciò è impossibile da realizzare dall’esterno, cioè dalla organizzazione verso la famiglia e, molto improbabile, all’interno delle famiglie stesse perché sono proprio loro a dover essere costantemente rimotivate. Questa “transustanziazione” potrebbe avvenire solo in due modi: 1) o perché effettivamente le famiglie trattate nel servizio modificano (attraverso il servizio) le loro motivazioni (osservate e definite dal servizio!) riuscendo a cambiare i loro stili di vita (ma proprio questo non sembra accadere); o 2) “istituzionalizzando” la famiglia cioè mantenendola indefinitamente dentro al servizio, dove effettivamente la sua motivazione viene irritata.

Se si osserva come il problema dell’obesità infantile viene normalmente concepito, cioè se si guarda il primo *Frame* che incornicia l’interno del rettangolo, compariranno quasi sempre alcuni attori ben identificabili e ricorrenti. In tutte le *policies* sociosanitarie d’intervento, seppure in modo molto diversificato, vengono sempre rappresentati almeno (dal più focalizzato al meno focalizzato): 1) il bambino/a obeso (o l’individuo sovrappeso); 2) la sua famiglia (visto che si tratta di minori, la famiglia fa da tutor); 3) la sua rete di sociabilità e di sostegno (parenti, amici, amici dei familiari, compagni di classe, etc.); 4) il servizio sociosanitario che gestisce il programma; 5) l’ambiente sociale costituito dalle principali istituzioni (scuola, organizzazioni sportive, del lavoro, politiche, religiose, associative, etc.) e dalle loro culture operative. Ognuno degli attori viene osservato con le lenti specifiche della *policies*, quindi nel caso in questione – “sanitario” – mediante il codice malato/sano (obeso/non obeso). In altri termini, quando s’includono quegli attori lo si fa solo e sempre da un certo punto di vista molto selettivo.

2.2. *La società e la sua auto-differenziazione funzionale: simultaneità di autonomia e interdipendenza e di codificazione e policontestualità*

Qui occorre fermarsi e chiarire subito questo primo passaggio specificando i termini che utilizzeremo. Secondo la teoria dei sistemi sociali che qui seguiamo, in particolare quella elaborata da Niklas Luhmann, la società è (i) un sistema che opera solo mediante comunicazioni. Una comunicazione (ii) rappresenta la sintesi di un atto di emissione, di una informazione e della comprensione della loro differenza. In altri termini, differentemente da una

“azione”, un processo di comunicazione viene completato (*iii*) quando un Ego e un Alter riescono a comprendersi (o a comunicare la loro incompienza, cioè comunque a comprendere che non si sono compresi) sulla differenza tra motivo del comunicare (per esempio: Ego resta in silenzio mentre Alter cerca di parlare con lui) e informazione (il “silenzio” stesso). Questa comunicazione si completa quando Ego ed Alter (in modo diverso) comprendono (o meno) il silenzio come informazione dovuta a (per esempio): arrabbiatura di Ego; momento di profonda riflessione di Ego; Ego che sta comunicando che Alter non ha il diritto di chiedergli nulla, etc. A seconda di come la differenza tra atto dell’emissione e informazione venga compreso, la comunicazione procede con altra comunicazione, etc. (Ego, se ne va; Alter comincia a urlare; Ego prende la parola; Alter se ne va...). La comunicazione è perciò considerata l’elemento basilico del “sociale” perché per “completarsi” necessita sempre di almeno due parti (a differenza di una azione che può essere anche non sociale, cioè non rivolta a nessuno: allacciarsi una scarpa). Se il sistema della “società” opera soltanto mediante comunicazioni e ricostruisce continuamente i suoi confini mediante comunicazioni, allora bisogna intendersi su cosa troviamo nel suo “ambiente”. Fuori dai confini della società, sta tutto ciò che non è comunicazione (*iv*), cioè tutta la realtà “naturale” – strutture e processi fisici, biologici, chimici, etc. – ma anche tutto ciò che ha a che vedere con il pensiero e la percezione individuale, cioè con i sistemi psichici. In altri termini, gli individui in carne, ossa e pensieri, sono ambiente della società. Chiaramente si può comunicare sui pensieri di altri – per esempio accusando qualcuno di “pensare male” di qualcun altro – ma non si possono né pensare i pensieri degli altri, né introdurre immediatamente il pensiero (e ancor meno la percezione) nella comunicazione (se non, appunto comunicandolo, cioè entrando nel “sociale”). In tal senso, come vedremo, le “persone”, i “cittadini”, i “pazienti”, i “dottori”, etc. (*v*) sono inclusi nel sistema sociale attraverso il filtro specifico del comunicato. Quando un paziente va a “consulto” dal dottore, ne ascolta la diagnosi e la prognosi, e non i pensieri o le percezioni del dottore che, a sua volta, comunica al malato quanto ritiene utile, rivolgendosi proprio al “malato” e non all’amico, al parente, all’elettore politico o al credente di una religione. Questa ultima affermazione ci porta dentro alla società moderna. Essa (*vi*) per poter operare in modo efficace ed efficiente, si auto-differenzia (al suo interno), creando dei sottosistemi, cioè facendo rientrare la distinzione sistema (sociale)/ambiente, dentro al sistema (sociale) che così si suddivide in diversi sottosistemi. La forma di differenziazione moderna (diciamo a partire dal XVII secolo a oggi e sempre più velocemente) è quella funzionale. La società specializza nel tempo sottosistemi particolari che svolgono una sola funzione specifica (per tutta la società). Ogni sottosistema si distingue dagli altri (*vii*) filtrando tutto ciò che accade, mediante un suo proprio “codice” con un valore positivo di connessione e uno negativo di riflessione. Il codice serve a definire i confini

dei sottosistemi e a non confondere una comunicazione con un'altra. Questa chiusura operativa viene poi riaperta, attraverso l'utilizzo di linguaggi specialistici (*viii*), riconoscibili da tutti, che servono a trasmettere le comunicazioni in modo comprensibile a livello sociale (i media della comunicazione generalizzati simbolicamente) e, soprattutto, a motivare chi deve rispondere a quelle comunicazioni. La tabella 1 sintetizza i principali sottosistemi sociali che operano nella contemporaneità, con i loro medium di comunicazione, i loro codici e la funzione che svolgono per la società nel suo complesso.

Tab. 1 – I sottosistemi funzionalmente differenziati della società

Sottosistema Funzionale	Medium	Codice (+/-)	Funzione per la società
Il sistema politico	Potere	governo/opposizione	Decidere in modo collettivamente vincolante
Il sistema scientifico	Conoscenza	vero/falso	Cercare nuovo sapere scientifico
Il sistema economico	Denaro	solvibile/insolvibile	Gestire la scarsità
Il sistema della formazione	Bambino	appreso/non appreso	Certificare CV e Carriere
Il sistema dei mass-media	Informazione	informativo/ non informativo	Produrre un sapere di sfondo comune
Il sistema del diritto	Diritto	ragione/torto	Creare aspettative normative
La comunicazione morale	Nessuno	stima/disistima	Attribuire i valori di bene e male
Il sistema dell'arte	L'opera d'arte	arte/non arte	Rappresentare il mondo
Il sistema della medicina	Trattamento sanitario, le cure	malattia/salute	Curare, guarire
Il sistema della assistenza e cura	Presenza in carico	aiutare/non aiutare	Assistere i vulnerabili
Sistema della famiglia	Amore	amore/non amore	Confermare l'unicità esistenziale della persona
Il sistema religioso	Fede	immanenza/ trascendenza	Rappresentare l'invisibile

Solo per fare un esempio di quanto abbiamo spiegato, seguiamo la vita sociale di una comunicazione. Analizziamo una ipotetica decisione politica che riguarda il problema dell'obesità infantile. Poniamo che il Parlamento decida che l'obesità infantile deve essere trattata come situazione sanitaria di

particolare interesse nazionale e che indichi, come obiettivo collettivo, la sua prevenzione su tutto il territorio. Qui diventa visibile una comunicazione “politica”, presa da una maggioranza parlamentare, trasmessa mediante il medium e le “marche” del Potere (un documento scritto, firmato, pubblicato e trasmesso alle amministrazioni locali) che diventerà collettivamente vincolante e verrà implementato a vari livelli amministrativi. Tale “vincolo collettivo”, la “forza di legge” (per intenderci), non può essere imposto da nessun altro sottosistema. Tutta la preparazione, elaborazione, confezionamento di quella comunicazione è una questione “politica” che passa dagli attori del sottosistema politico. Nessun altro può rendere quella comunicazione “vincolante”, cioè svolgere quella specifica funzione-prestazione sociale: né l’economia, né la scienza, né il sistema formativo, né quello sanitario. Questa decisione politica, però, una volta comunicata, verrà poi “trattata” in modo funzionalmente specifico dagli altri sottosistemi (se del caso). Per esempio, il sistema sanitario “tradurrà” quella decisione in comunicazioni mediche e in programmi di cura; il sistema economico proverà a trasformare quella decisione in una opportunità per produrre e vendere nuovi cibi dietetici; il sistema della scienza organizzerà ricerche per verificare la verità o falsità di ipotesi di effetti sulla massa corporea; il sistema della famiglia discuterà delle implicazioni del programma sanitario per i propri figli e proverà a fargli mangiare più verdura, etc. Quell’unica comunicazione viene quindi ripresa e moltiplicata per ogni codice sottosistemico che la traduce nel suo linguaggio.

Da quando la società moderna si differenzia per funzioni, ogni sottosistema fornisce una prestazione per l’intera società che non è sostituibile da altri sottosistemi. Solo la scienza produce sapere “vero”; solo la politica decide in modo “collettivamente vincolante”; solo la sanità può “curare” in modo specialistico (secondo i criteri della medicina moderna ufficiale); solo la famiglia può comunicare profondamente sulla “singolarità esistenziale” della persona cercando di confermarla; solo l’economia può produrre “solvibilità”; solo il diritto può decidere chi ha “ragione o torto” in un conflitto portato in un tribunale, etc. Questa auto-limitazione sistemica, estremamente rischiosa a pensarci perché bandisce la ridondanza sociale, è sostenuta (ma non vuol dire risolta!) da una crescente integrazione tra le operazioni dei sistemi. Se infatti il sistema economico non riesce a produrre sufficiente ricchezza (e quindi solvibilità), quello politico non può redistribuirla; se non vi è abbastanza ricchezza, il sistema della scienza non può essere finanziato; se manca sapere nuovo, il sistema politico non può decidere in modo competente, neppure sul possibile aiuto al sistema economico; se la politica non riesce a decidere in modo vincolante, la società manca di direzione e così proseguendo. Lo stesso vale per il sistema della medicina (o di cura delle malattie). Solo mediante la sua specifica codificazione, il sistema può differenziarsi da altri sistemi sociali e collegare comunicazioni mediche ad altre

comunicazioni mediche. Solo questo sottosistema può, da quando si chiude autoreferenzialmente, stabilire cosa è sano o malato per la società.

2.3. L'auto-differenziazione del sottosistema della medicina e la sua improbabilità specifica: un sistema di comunicazioni sulla malattia che deve curare corpo e psiche nel suo ambiente

Il sottosistema della medicina opera comunicando attraverso il suo codice specifico, quello che distingue malato/sano. Entrambi i lati del codice sono necessari per avere una comunicazione medica. Il valore di connessione è dato dalla malattia, cioè dalla capacità che ha il sistema medico di diagnosticare e curare “qualcosa non va”. La salute non ha questa forza di connessione nel senso che, dentro al sistema, chi è sano può al limite essere studiato come caso particolare di mancanza di malattia (come quando si studia il Dna degli ultracentenari): negli altri casi non ha appunto bisogno di cure. La “salute” ha quindi valore nel sistema della medicina, solo quando può aiutare a “riflettere” sulle possibili malattie o sui fattori che sono associati al rimanere sani. In tal senso, ogni comunicazione medica deve rifiutare valori “terzi” che eccedano il codice: un medico non può fare appello alla morale, alla fede, alle preferenze politiche, alla situazione economica, familiare o occupazionale del paziente, per curarlo prima o meglio. Nella società moderna, almeno a partire dal XX secolo, gran parte della comunicazione sociale codificata in sottosistemi specialistici, si svolge prevalentemente dentro organizzazioni, i cui membri sono arruolati per competenza, finalizzate a prendere in cura pazienti con determinate situazioni di malattia (o salute critica). La struttura del sottosistema è dunque organizzata sulla differenza tra ruolo attivo del decisore (il medico) e ruolo passivo del coinvolto (il paziente).

Il tipo di comunicazione che si svolge tra medico e paziente è definibile come “trattamento o cura”. Ogni “episodio” del sistema va però contestualizzato storicamente perché il rapporto medico/paziente è fortemente cambiato nel tempo e in relazione al tipo di società. È infatti soltanto nella Modernità che il medico acquisisce lo *status* e l'autorità sociale che gli riconosciamo oggi come professionista della cura. Nel passato e nelle società differenziate per strati (quindi diciamo per capirci fino al XVIII secolo) è il paziente, almeno quello aristocratico (e ricco), che accoglie in casa o nel palazzo di famiglia il medico, che non è ancora uno “scienziato”, ma un uomo erudito con esperienze di cura, spesso appartenente a uno strato sociale inferiore (al paziente). È il paziente che “orienta” la comunicazione, presentando il suo malessere, riflettendo su possibili azioni da intraprendere, sempre nel contesto di una relazione che si svolge entro una “aristocrazia”. Spesso, per fare un solo esempio, sono presenti al consulto più membri della famiglia, specialmente dove la visita è rivolta alle donne: e il trattamento del malato

deve rispettarne il rango, anche nella interpretazione della malattia. In questo contesto si può davvero parlare di un “consulto”, proprio a dimostrazione del protagonismo del paziente che contribuisce alla diagnosi e alla scelta della terapia. Si tenga presente che in quel tipo di contesto non sono ancora istituzionalizzati gli spazi specialistici della cura, come i grandi ospedali moderni, i laboratori, le case di cura e neppure esistono luoghi di studio e trasmissione professionale del sapere medico quali le università pubbliche (Porter, 1996). Certamente non esistono fino ai primi anni del Novecento sistemi sanitari pubblici che riconoscano un diritto alla salute dei cittadini. Come esempio classico di questa strutturazione della medicina, prima della modernità, si pensi a come nascevano i bambini nelle casate aristocratiche fino al XVIII: in casa, con intorno alla madre un gruppo di donne levatrici con grande esperienza pratica, e poco altro se non figure della famiglia. Il dottore era chiamato solo in casi particolari. Le donne del popolo, o di strato sociale basso, si arrangiavano nelle case di campagna, e chi dovesse andare nelle cliniche ostetriche di maternità, avrebbe corso il rischio di subire più danni che cure. È soltanto dal XIX secolo, con il passaggio alla differenziazione per funzioni, che si comincia a pensare a una medicina per tutti e per diritto sociale: nel breve arco di un secolo nasce l’aspettativa che ogni cittadino debba essere incluso a “pieno diritto” nella società e debba vedersi garantita una assicurazione rispetto alla malattia. Nascono poi i grandi ospedali pubblici, slegati dalle istituzioni religiose e di controllo sociale; la medicina diventa una scienza studiata e insegnata nelle università e così si distingue l’esperto di medicina da chi opera più prosaicamente nel sistema della cura; proliferano le tecnologie mediche che permettono di “operare” in condizioni fino a pochi anni prima assolutamente impensate. Infine, si assiste allo sviluppo impetuoso della farmaceutica che, anche attraverso l’invenzione delle “vaccinazioni”, diventa il cuore del sistema della medicina (Yonnet, 2011). Questa evoluzione della medicina, in scienza istituzionalizzata, cambia completamente anche il rapporto medico/paziente. Il primo diventa il professionista-esperto che ha la competenza della diagnosi e della cura, mentre il secondo comincia perdere di “voce” nel rapporto comunicativo. Il corpo diventa l’oggetto della osservazione medica, mentre il punto di vista del paziente tende a diventare solo un corollario emotivo o un terminale informativo del sistema. Questa “spersonalizzazione” è accelerata dal sistema tecnologico e di test laboratoriali che neppure prendono in considerazione la persona del paziente. Si amplia la distinzione tra scienza medica e assistenza ai malati (o sistema della cura), con questa sostenuta da nuove professionalità quali le infermiere e il sapere infermieristico insieme a una pletera di figure riabilitative. D’altra parte, anche i luoghi della medicina si distinguono sempre di più dalla vita quotidiana, uscendo quasi definitivamente dalla casa: l’ospedale – le sue prese in carico (i ricoveri) sempre più temporalmente limitate, il suo *setting* istituzionale e chiuso all’esterno, etc. – diventa il luogo medico

centrale dove il *focus* è sul corpo e le sue malattie: e i diversi ambulatori con gli studi dei medici di base (non più di famiglia) diventano le periferie per comunicazioni più dense con la persona del paziente, ma anche come porto di invio alle vere e proprie analisi e cure. Il processo prosegue ai giorni nostri con l'impetuoso sviluppo della telemedicina e della digitalizzazione delle cartelle cliniche. C'è chi parla di vera e propria crisi della professione medica a vantaggio di saperi esperti e di tecnologi (Corti, 2015). Non mancano le critiche a questo sistema medico, chiuso alla esperienza personale della malattia e ormai fortemente attento alla analisi di dati, spesso senza l'intervento decisivo né dei medici, né dei pazienti.

Una caratteristica davvero peculiare e decisiva del sistema di comunicazione della medicina è data dal fatto che il “trattamento” e la “cura”, la “terapia”, cercano di modificare l'ambiente del sistema: il corpo (con i suoi processi fisico-bio-chimici) e la psiche del paziente. È per questo che nel sistema sanitario e nelle sue organizzazioni si fa un uso sempre più massiccio di tecnologie, medicinali, operazioni, manipolazioni, etc., uso che in nessun altro sottosistema (se non in quello scientifico sperimentale) è così invasivo nel tentativo di trasformare e curare corpo e psiche. Questi, evidentemente, non sono trasformabili mediante una mera comunicazione: ecco perché la medicina moderna non è magia e neppure una semplice correzione di devianze sociali. Non si può convincere un paziente in emorragia cerebrale a fermarla motivandolo o chiedendogli di collaborare con l'*équipe*: e neppure si può convincere uno psicotico a correggersi, accusandolo di devianza. La cura dei corpi non può avvenire mediante una speciale “motivazione” del paziente. Un discorso a parte è da fare per la psicoterapia che lavora con la comunicazione per cercare di cambiare le strutture psichiche dei pazienti. In ogni caso per le organizzazioni mediche si tratta di diagnosticare le malattie, decidere e comunicare le terapie giuste, coordinare i tavoli chirurgici, integrare gruppi di lavoro di specialità diverse, etc. Il sociale della medicina è questo: il resto è somministrazione (decisa e comunicata) di medicinali e utilizzo di tecnologie che dovrebbero modificare la bio-chimica del corpo. Proprio per questo, è tipico del sistema della medicina fare uso di organizzazioni e interazioni particolari (ospedali, visite mediche, laboratori, etc.) per cercare almeno di motivare il paziente a “seguire” le cure. Nel corso della storia (come al solito molto articolata e complessa) dell'evoluzione sociale, per poter rendere “normale” il fatto, piuttosto improbabile, che un medico (sconosciuto) e un paziente (casuale) comunichino su aspetti così “intrusivi” come il corpo e la mente, la comunicazione medica viene istituzionalizzata, organizzata, implementata mediante servizi e cure, entro ospedali e altre strutture facilmente riconoscibili e altamente legittimate. È la famosa autorità della medicina che in certi momenti gode di buona reputazione, mentre in altri va in crisi lasciando aperte le porte alle più diverse forme di trattamento.

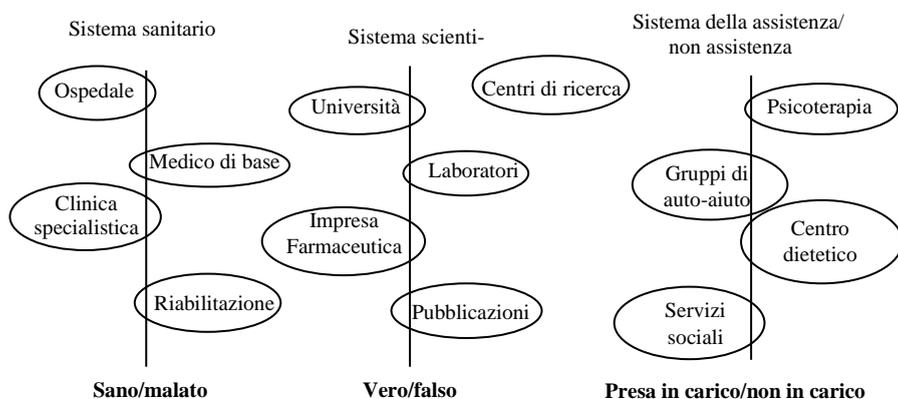
2.4. Le organizzazioni del sistema medico: rapporto con i sottosistemi e operatività tramite decisioni

Fin qui abbiamo presentato i concetti di società (insieme di tutte le comunicazioni), sottosistemi sociali (mediante cui si auto-differenzia il sistema sociale), codici, medium della comunicazione, funzioni e prestazioni per la società. La società moderna, però, non può limitarsi a comunicare secondo i suoi codici, se vuole davvero influire sulla realtà, cambiarla e trasformarla. Per fare questo occorre prevalentemente decidere come organizzare processi finalizzati alla prassi e al cambiamento! I sottosistemi sociali fanno circolare comunicazione codificata e non decisioni. Per esempio, di comunicazione scientifica sulla obesità infantile ne circola molta dentro il sistema scientifico: una parte di questo sapere viene fatto circolare dai mass media verso l'opinione pubblica; una parte entra nei Parlamenti, etc. Ma se si vuole che questa conoscenza venga utilizzata – se si vuole aprire un nuovo corso di laurea, o un nuovo programma di ricerca, o un programma televisivo o se si vuole alzare la tassazione sulle bibite ipercaloriche, allora qualcuno deve decidere. Per decidere occorre organizzarsi (e, perciò, decidere “chi” può e “perché” può decidere) e per organizzarsi occorre decidere. Per fare questo la società moderna inventa appunto le “organizzazioni” (e diventa “la” società delle organizzazioni). Queste sono sistemi sociali particolari che si distinguono dal loro ambiente (sociale e non) mediante l'operare continuo di decisioni (che sono sempre comunicazioni). La prima decisione è quella che dà vita alla organizzazione; la seconda è quella che decide chi è membro della organizzazione; tutte le altre decisioni che seguono rappresentano l'operatività quotidiana delle organizzazioni. Mediante le organizzazioni la società e i suoi sottosistemi creano enormi opportunità decisionali, per così dire inventano un modo per processare la realtà in termini altamente performativi, basandosi sulla operazione del decidere cioè dell'assorbire incertezza orientandosi a qualcosa invece che ad altro. Per esempio: decidere degli obiettivi della organizzazione (decidendo di dividerli in obiettivi di breve, medio e lungo termine); dei programmi di realizzazione degli obiettivi (decidendo che risorse dedicarvi, come procedere e come finire); delle carriere (chi far avanzare, chi retrocedere, chi licenziare); della formazione dei membri (decidendo che devono sempre rimanere aggiornati e informati), etc. Una delle funzioni più rilevanti che svolgono organizzazioni – per noi qui centrale – è quella di motivare comportamenti altamente improbabili. Certe cose si fanno solo perché si è membri o clienti di organizzazioni. Per la medicina il punto fondamentale è questo: attraverso la comunicazione in organizzazioni, cioè dando un ruolo e un contro-ruolo specifico a medici e pazienti, si prova a motivare i pazienti a seguire le cure e i medici a seguire i pazienti. Vedremo più avanti in modo specifico cosa significhi questo per il servizio sociosanitario GET. Per ora basti rendersi conto di quanto “peculiare” sia per un

individuo venire trasportato fuori di casa e “accettato” in un ospedale o in un ambulatorio medico, dove uno sconosciuto (un medico) può manipolare il suo corpo e la sua mente senza incorrere in sanzioni. Tutte situazioni che fuori dal campo medico porterebbero a problemi e conflitti. Spesso, tra l’altro, questa presa in cura può essere estremamente pericolosa, provocare uno *stress* psicofisico enorme (come nel caso di operazioni chirurgiche), mettere il paziente in pericolo di vita. Questa improbabilità viene per così dire affrontata e strutturata mediante l’utilizzo di linguaggi e l’attribuzione di *status* speciali entro organizzazioni che servono a motivare entrambe le parti (medico e paziente) ad andare avanti, sebbene ci sia sempre qualcosa di pericoloso dietro l’angolo. Come vedremo il sistema medico e le sue organizzazioni hanno a che fare con malattie che non possono essere curate attraverso la comunicazione: bisogna operare su corpi (e sulla loro realtà multi-stratificata) e su menti (e le loro intrasparenze) che non si lasciano semplicemente modificare dalle parole. La comunicazione è però necessaria per motivare il paziente a ricevere la cura e a coordinarsi con i medici per il trattamento (così come serve per motivare i medici a seguire i casi anche laddove non si sappia più come procedere). Proprio attraverso il peculiare *setting* della organizzazione e delle interazioni medico-paziente la medicina può provare a superare questa impasse.

Il rapporto tra organizzazioni e sottosistemi sociali è peculiare e cambia nel tempo. La differenza basilare è questa. Le organizzazioni sono “chiuso” rispetto alla *membership* (o si è membri o non lo si è), ma “aperte” rispetto al contenuto della comunicazione (possono decidere su tutto, anche se hanno quasi sempre un *focus*): i sottosistemi, invece, sono “aperti” rispetto alla inclusione delle persone (tutti possono partecipare alla comunicazione, almeno come “pubblico”), ma “chiusi” rispetto ai contenuti della comunicazione che sono mediati dai codici. Nella realtà quello che è accaduto e normalmente accade è che ogni sottosistema, per così dire, catalizza la formazione di organizzazioni che decidono sui contenuti codificati della sua comunicazione. Il sottosistema della scienza, per esempio, per elaborare e orientare la sua comunicazione, genera organizzazioni quali: Università, centri di ricerca, laboratori, pubblicazioni scientifiche, agenzie di controllo del sapere scientifico, etc. e così fanno gli altri sottosistemi (fig. 3). Fino agli anni Ottanta del secolo scorso, le organizzazioni intrecciavano normalmente (tutte quante) il codice del diritto (in quanto organizzazioni formalizzate con uno statuto) con un secondo codice relativo a un solo sottosistema, andandosi così a specializzare. Nascevano così scuole (formazione), ospedali (sanità), editori (sapere), centri di ricerca (scienza), partiti politici e parlamenti (politica), musei (arte), tribunali (diritto), banche e imprese (economia), etc. Come vedremo più avanti però, le cose poi cominceranno a cambiare.

Fig. 3 – Rapporto tra sottosistemi funzionalmente differenziati e organizzazioni



Le organizzazioni del sottosistema della medicina operano con il codice comunicativo malato/sano “informando” le loro decisioni: decidono chi ne è membro, i criteri di ammissione, la posizione di ognuno nell’organigramma, le mansioni, i programmi giornalieri da svolgere, gli orari di lavoro, le catene decisionali, i criteri di presa in carico/cura dei pazienti, i loro trattamenti, la terapia, le dimissioni, i controlli, etc. Ogni operazione dell’organizzazione è a sua volta una comunicazione e può solo cercare di modificare altre comunicazioni. Il paziente entra nella organizzazione, su sua richiesta o per decisione altrui, solo dopo essere stato valutato/visitato e quindi accettato. Solo dopo essere stato accettato comincia la sua “carriera di paziente”, con la sua cartella clinica, i miglioramenti, peggioramenti, etc.

Tutte le organizzazioni operano sulla base di una distinzione basilare: quella (interna) tra decisori e coinvolti e quella esterna tra questi e il resto del pubblico (che non usufruisce del servizio). Questa distinzione serve a orientare la comunicazione che avviene quotidianamente nelle organizzazioni, in modo da chiarire chi ha la competenza di attivare processi specialistici e chi li riceve. Vengono perciò condensate delle forme complementari di aspettative sociali coordinate, cioè di ruoli-e-contro-ruoli (o ruoli complementari). La distinzione viene solitamente rappresentata come differenza di ruolo tra professionista/cliente, descrivibile poi di volta in volta rispetto ai diversi sottosistemi come: medico/paziente; professore/studente; analista/analizzato; giornalista/lettore; eletto/elettore; artista/pubblico; avvocato/cliente; allenatore/allenato; giudice/giudicato, etc. Chi sta nella parte sinistra, il professionista-esperto, ha doveri particolari nei confronti di chi sta a destra e che utilizza un servizio (a pagamento o meno). Tra i vari doveri del professionista c’è quello di aver acquisito una competenza esoterica, attraverso un *training* specifico e di dover continuamente aggiornarla. La

comunicazione che si svolge entro questa forma può sfruttare i mezzi di diffusione mass mediatica (stampa, audio-visivi, fino alla digitalizzazione della informazione) trasferendosi nel campo della interattività mediata tecnologicamente. La cosiddetta “telemedicina” esemplifica bene il punto.

2.5. Organizzazioni e interazioni tra presenti: il caso dei servizi sociosanitari come programmazione del sistema

Nel *setting* medico abituale, l'organizzazione sfrutta al massimo livello possibile una forma di socialità molto specifica (sebbene data “per scontata”): l'interazione tra presenti. L'interazione è un sistema sociale che, a differenza della organizzazione, necessita della copresenza degli attori. I confini di questo sistema sono confini della percezione (e della percezione dell'essere percepiti). L'interazione è in tanto fondamentale in quanto, solitamente, l'anamnesi, la diagnosi, la prognosi e le cure passano attraverso la percezione, il trattamento e l'osservazione del corpo dei pazienti (o di “tracce” che il corpo lascia, mediato dalla tecnologia, su superfici leggibili). Il corpo deve essere presente per essere osservato, ma di per sé esso non comunica. Solo la comunicazione medica può comunicare e includere nei suoi circuiti comunicativi le percezioni-osservazioni del corpo trasformandole in informazioni mediche. Oltre alla presenza del corpo, in campo medico la comunicazione diretta con il paziente, il suo punto di vista, la sua propria percezione del dolore, è una fonte rilevante di informazioni. Prima che le tecnologie rendessero la “parola” del paziente quasi inutile, gran parte delle informazioni passavano da lì. Che si tratti di una “visita specialistica” di pochi minuti, o di una “lunga degenza” o di un qualsiasi altro programma di cura, il paziente con il suo corpo (e la sua psiche), vengono inclusi temporaneamente all'interno di uno spazio-tempo specialistico, trovandosi a vivere in una situazione socialmente del tutto “improbabile”: per esempio, devono rimanere molto tempo a letto; o parlare solo se i medici gli chiedono un parere; o prendere delle sostanze che persone in camice gli offrono senza sapere esattamente di cosa si tratti; oppure mangiare “in banco”; finanche non poter andare al bagno. Si ribadisce così che solo entro organizzazioni mediche e attraverso interazioni “sitate” così particolari, il paziente può motivarsi a farsi curare. Lo stesso dicasi dei medici e degli infermieri: solo in quello spazio-tempo particolare qualcuno è motivato a trattare il corpo di un'altra persona. Questo *pattern* istituzionalizzato d'interazione, entro organizzazioni, può essere analizzato secondo il modello del servizio sanitario (o medico, o sociosanitario). I servizi rappresentano i “programmi” specifici e peculiari di implementazione del codice malato/sano. Sono definibili come “trattamenti” o servizi di cura. Solitamente possono prendere la forma di

programmi di scopo (finalizzati a raggiungere un obiettivo ben specificato), o condizionali (attivabile sulla base della logica “Se ... allora”). In particolare:

1) ciò che è in gioco in un servizio è la trasformazione di “stato” da parte di un professionista “A” delle condizioni di un paziente “b” che presenta una malattia rispetto a una realtà (corporale o psichica) “C”. Nei termini della teoria dei sistemi sociali ciò significa che il servizio o la cura è una comunicazione che tenta di motivare un paziente a lasciare che un medico tratti il suo corpo (o la sua mente) in modo peculiare e improbabile (secondo i canoni della quotidianità);

2) un servizio è una comunicazione inquadrata in organizzazioni e sottosistemi sociali, ma che solitamente necessita di svolgersi mediante un diverso sistema sociale, quello dell’interazione sociale tra presenti.

Se riprendiamo il nostro caso di studio, questi concetti si chiariscono. Cominciamo con il cambiamento di “stato”. Qui occorre essere radicali, seguendo la teoria dei sistemi. Nessun sistema può operare direttamente sul suo ambiente: non può cambiarlo, può solo cercare di irritarne le strutture dall’esterno, innescando processi di auto-cambiamento. Nel caso in esame ciò significa che il servizio che si svolge tramite comunicazioni, può solo cercare di irritare le “motivazioni” del bambino e gli stili di vita della famiglia. Non può però sostituirsi ad essi, mai. Il trattamento è qui una “forma di aiuto” che cerca di ridurre la differenza tra uno stato voluto dal medico (lo scopo del trattamento: la diminuzione di BMI; il cambiamento di stile di vita) e lo stato del bambino e della famiglia. Per fare questo il medico può, come vedremo, operare secondo il dialogo motivazionale, oppure fornendo informazioni, o chiedendo maggiore riflessività al bambino e alla sua famiglia, o giocando con loro a cucinare in modo sano, etc. Ognuno di questi trattamenti è una informazione che fa una differenza, ma che per essere compresa dai pazienti va interpretata e poi messa alla base delle loro proprie motivazioni-ragioni ad agire nella quotidianità. Solo se tra i medici e i pazienti si riesce a condividere questa informazione, che comunque rimane diversa per ognuno, può darsi un primo momento di cambiamento. Potremmo parlare di allineamento tra i motivi dei medici e dei pazienti. Naturalmente il trattamento potrebbe riguardare l’assunzione di farmaci o il seguire una dieta o fare più movimento. In questo senso lo “stato” da cambiare sembra essere quello del corpo e dei suoi processi bio-chimici. Ma anche in questo caso, prima di tutto sta il cambiamento motivazionale che può essere indotto solo comunicativamente (e come se no? Per ipnosi? Attraverso psicofarmaci? Con le minacce? Lobotomia?). Sono i pazienti che irritati dalla comunicazione dei medici devono trasformare autonomamente le loro proprie motivazioni. Il cambiamento è sempre e solo auto-cambiamento. Dall’esterno nulla può entrare nel paziente e nella sua famiglia (se non, appunto, medicinali). Proprio perché medici e pazienti sono sistemi chiusi operativamente, occorre che trovino

una base comune di comprensione, o almeno una incomprensione abbastanza limitata da rendergli possibile credere di stare cooperando per il trattamento. È per questo motivo (sic!) che da sempre viene sottolineato come nel rapporto tra medico e paziente sia fondamentale il reciproco impegnarsi nella cura e come la mancanza di questo *commitment* venga osservata già come una patologia o come il sintomo (negativo) della volontà di un “ritiro sociale” del paziente. Se il paziente non collabora alla cura, non è un buon “segno”: se il dottore non si impegna nella cura non è un buon professionista, oppure è in *burnout*. Questa relazione così speciale tra ruolo di decisore/coinvolto (professionista/paziente), può essere solo svolta in organizzazioni che ne incornicino il significato sociale (che non è quello, per esempio, di un rapporto di amicizia o di amore) senza rendere del tutto improbabile anche solo l’inizio del rapporto.

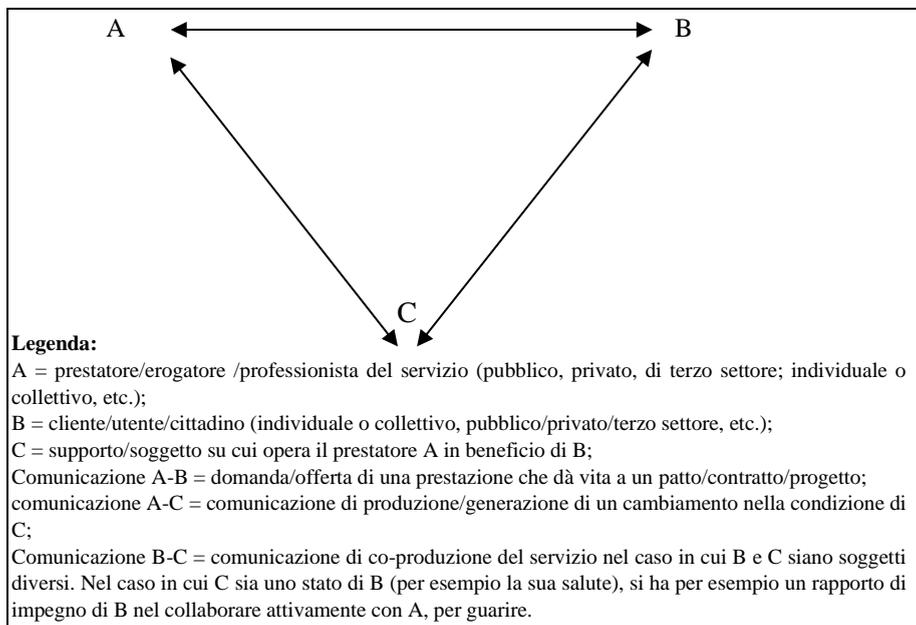
Un’ottima descrizione di cosa sia un servizio di cura ci è fornita dal lavoro che il sociologo canadese Erving Goffman dedicò al “lavoro di riparazione” (nella famosa e ormai classica ricerca sulle istituzioni totali). Per Goffman si tratta della «attività di chi presta personalmente un servizio specializzato, per un insieme di individui con i quali il servizio stesso comporta di impegnarsi in un rapporto personale diretto, senza esservi costretti da altri tipi di legami» (Goffman, 2010, p. 340). Al centro di questa definizione sta il famoso triangolo del servizio (fig. 4): colui che presta il servizio (A), l’oggetto da “riparare” (C) e il proprietario dell’oggetto (B). In altri termini: 1) una persona/organizzazione A (l’erogatore/prestatore), che possiede o controlla una capacità tecnica o umana (competenza), eroga a un agente individuale o collettivo B (l’utente/cliente/cittadino, etc. che può chiederglielo o viene obbligato ad accettarlo), il diritto d’uso di questa capacità (competenza) per un certo periodo di tempo, per produrre degli effetti utili (la trasformazione di uno stato di fatto) sull’agente B stesso o su oggetti C che egli possiede o soggetti di cui gli è stata attribuita la responsabilità. La comunicazione che dà forma al servizio si struttura sul duplice livello di aspettative di A verso B e di B verso A: la struttura di aspettative dà perciò per scontato

il rispetto del cliente per la competenza tecnica di colui che lo serve, e la fiducia che la userà moralmente; un senso di gratitudine e il compenso convenuto. D’altra parte, colui che presta il servizio offre: competenza esoterica e prontezza nel metterla a disposizione del cliente; discrezione professionale; una cautela volontaria che lo porta ad imporsi a non interferire negli altri affari del cliente o, addirittura (in casi estremi), con la ragione per la quale il cliente gli richiede il servizio; e, per ultimo, un atteggiamento non servile. In questo consiste il servizio di “riparazione” (Goffman, 2010, *op. cit.*, p. 342, trad. leggermente modificata).

Come si vede siamo dentro al *frame* delle professioni come già Parsons, ricordato da Goffman, aveva chiarito negli anni Cinquanta. Esiste una

asimmetria di competenze tra Ego (il professionista) e Alter (l'utente): questa asimmetria è garantita da processi d'acquisizione di conoscenza certificati professionalmente e rendicontabili; si genera quindi la fiducia che il sapere verrà usato a favore dell'utente e senza altri motivi che interferiscano con la richiesta specifica di aiuto. L'utente a sua volta si impegna a svelare i suoi problemi al professionista e a collaborare nella cura impegnandosi rispetto a quanto gli viene richiesto. Nel caso di un servizio sanitario, che sia a pagamento o meno, l'oggetto da "riparare" è una parte del corpo o della mente del cliente. Nel caso dell'obesità infantile si tratterebbe di riparare l'eccesso di massa corporea, ma come vedremo poi le cose si complicano perché in realtà il servizio amplia il suo ambito di intervento su temi collegati alla sola misura della massa corporea. Il vero punto focale è dato dalla trasformazione nelle "condizioni di attività" di un destinatario, potremmo dire con Sen, dei suoi "funzionamenti". Ciò significa che il "servizio reso", non sta tanto nel trattamento terapeutico o nell'intervento tecnico (che sono solo le cause efficienti per la realizzazione del servizio), bensì nella "salute" ritrovata e nella ricapacitazione (le cause finali).

Fig. 4 – Il Triangolo dei servizi



2.6. L'inclusione del paziente e la sua carriera dentro all'organizzazione: l'ambivalenza della comunicazione "personalizzata" medico/paziente

Se dunque un servizio medico, svolto entro organizzazioni e mediante l'interazione tra presenti, riguarda sempre la comunicazione medico-paziente, ci si deve chiedere cosa della persona del medico e del paziente viene incluso nella comunicazione. Quando parliamo di inclusione, intendiamo specificare in che modo la comunicazione (nel nostro caso) medica tratta l'individualità psichica e corporea dei pazienti. Cosa ci si aspetta sia rilevante di quell'individuo e cosa irrilevante nei termini della comunicazione? E quali spazi e tempi si lasciano a quegli individui nella comunicazione medica? Se si parla di inclusione, allora si deve vedere anche l'altra parte della distinzione: l'esclusione. Se qualcosa viene incluso, qualcosa d'altro verrà escluso, sempre! Nel caso del sistema medico la modalità specifica di inclusione dei pazienti è data da quella che chiameremo la sua "carriera". Questa carriera ha lo scopo di ricostruire l'identità della persona del paziente, dal punto di vista del sistema, con i suoi orizzonti temporali del passato/presente e futuro. Con "carriera" s'intende una strutturazione sociale che permette di connettere eventi e storie, entro soglie o tappe raggiunte (o meno) in una sequenza temporale specifica. La "forma carriera" viene definita da alcuni aspetti peculiari e tipicamente moderni, cioè strettamente legati alla presenza di sottosistemi e di organizzazioni e professioni specializzate. In particolare:

1) gli "elementi" della carriera sono eventi che marcano una differenza entro uno specifico contesto sociale: può trattarsi di lavoro (assunzioni, promozioni, licenziamenti), formazione (conseguimento di titoli di studio, bocciature), religione (battesimo, comunione, cresima, scomunica, allontanamento), etc. Nel caso della medicina si tratta evidentemente di visite, ricoveri, eventi traumatici, malattie, utilizzo di terapie, diciamo l'anamnesi.

2) Ogni momento della carriera, richiede una compresenza di decisioni proprie e altrui: si va di propria scelta al pronto soccorso, o si prenota una visita presentando poi un malessere ai medici. Dopo sono questi che devono diagnosticare se la malattia esiste e registrarla in un qualche documento istituzionale.

3) Poiché vi è sempre questa duplice selettività, il superamento della soglia non è mai automatico, bensì sempre incerto. Se così non fosse, allora non si parlerebbe di carriera, ma di destino.

4) Ogni tappa della carriera, per il fatto stesso di venire decisa e registrata nel sistema, si trasforma in un passaggio al "meglio" o al "peggio" rispetto a uno stato precedente. Anche la stasi è valutata, perché non è mai neutrale rispetto alla storia del paziente. Nel campo medico, l'osservazione è declinata nei termini di "miglioramento", "peggioramento", "crisi", "stasi", etc.

5) La processualità e la temporalizzazione della carriera tendono a creare sindromi di “ascesa” o di “discesa”, rispetto a un obiettivo o valore di riferimento (nel caso della medicina: il ripristino o il miglioramento della salute).

6) Essendo la società contemporanea estremamente integrata a livello sistemico, accade sovente che la carriera dentro a un determinato sottosistema, influisca sulle carriere in altri sottosistemi. Per esempio, ammalarsi “troppo spesso” o per un tempo “troppo lungo” (avere una salute cagionevole, o passare per uno che sfrutta tutte le occasioni di malessere per ritirarsi momentaneamente dalle proprie responsabilità) ha effetti negativi sulle altre carriere sociali.

7) La carriera deve rimanere socialmente sempre incerta, sia rispetto al futuro, sia rispetto al passato. Al futuro, perché non si può essere sicuri di come si svilupperà; al passato, perché non si può mai escludere che retrospettivamente certe scelte si dimostreranno sbagliate o deludenti. Prendere farmaci può aiutare nel presente, ma può diventare dipendenza nel futuro: non prendere farmaci può non dare dipendenza, ma peggiorare la malattia.

8) Proprio questa ipersensibilità “temporale” delle carriere crea specifici paradossi. Ogni evento registrato nel medium della carriera deve “segnare” in qualche modo il futuro, orientando per esempio il medico a certi trattamenti; allo stesso tempo, però, queste decisioni devono poter essere riviste e cambiate perché non devono determinare la terapia che va tenuta pronta ad essere modificata.

9) Tutto, visto attraverso il medium della carriera, è parte di essa, anche il non riuscire a farla o il bloccarsi. Nel caso della medicina ogni blocco o rifiuto delle cure è una decisione presa da qualcuno che va ricordata e valutata. Se si riguadagna la salute, allora ciò significa solo che la malattia è momentaneamente guarita.

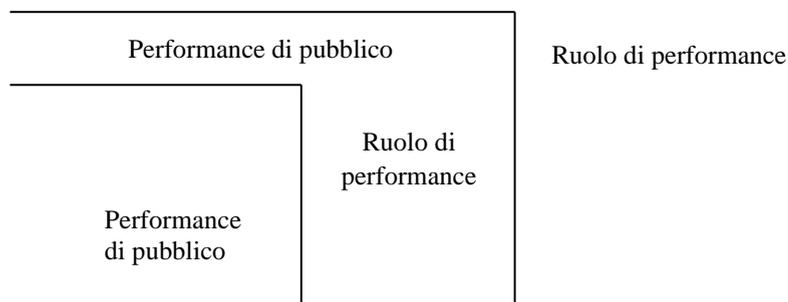
La carriera del paziente (e anche di quella del “medico”) mostrano come attraverso la comunicazione medica venga inclusa solo una parte, seppure sanitarimente rilevante, della intera persona. La “persona”, di conseguenza, in tutta la sua complessità esistenziale è il lato nascosto e potenziale della forma “paziente” che, a sua volta, rappresenta, entro il sistema, una specifica “fase” o “tappa” di una carriera. La “persona” è la parte che serve alla riflessione del sistema, quando qualcosa non funziona o quando si vuole cambiare la cultura del servizio. Entro le organizzazioni mediche si dà per scontato che vi siano in gioco persone e personalità, ma le si “sospende” per poter trattare meglio l’individuo secondo i codici propri del sottosistema. Questa spersonalizzazione è allora funzionale alla cura: non si può stare troppo attenti alla emotività del paziente, mentre lo si visita; non si può ascoltarlo troppo (soprattutto se si lamenta della moglie), quando si deve decidere la terapia; non si può empatizzare più di tanto il suo dolore, che rimarrà sempre e solo “suo”, e che non deve invadere la coscienza del medico. Quale medico davanti a una persona morente può permettersi di farsi prendere dall’emozione? I

sistemi sociali, siano essi organizzazioni o interazioni, operano solo comunicando e lo devono fare secondo certi criteri: pensieri, percezioni e corpi sono nell'ambiente (anche quando si tratta della interazione più intima) e non possono essere "toccati" dalla comunicazione. Nel sottosistema, nelle organizzazioni e nelle interazioni mediche, la "neutralità" comunicativa rispetto alla persona del paziente è quindi la normalità. Per curare occorre che esista una asimmetria tra i ruoli del medico e del paziente: uno decide, l'altro prende atto della decisione, su basi mediche. Senza questa neutralizzazione, nessun sottosistema non può svilupparsi. D'altra parte, ci si può sempre lamentare della mancanza di tatto di una comunicazione medica che non tiene conto della sensibilità del paziente: oppure si può pretendere che il paziente abbia "voce" nella comunicazione con il medico; e comunque se la comunicazione è ritenuta scorretta, mal fatta, superficiale, si può sempre chiamare in causa la parte personale della carriera del paziente, o cambiare medico cercando chi ci capisce e ci comprende meglio.

Rimane però storicamente evidente che la asimmetria nella configurazione di ruolo/contro ruolo (medico/paziente) è stata necessaria al "decollo" del sistema medico moderno. È altrettanto storicamente evidente che sia dall'interno del sottosistema, sia dal suo ambiente, si appalesano esigenze di una comunicazione diversa e più personalizzata. Le organizzazioni moderne distinguono tra membri interni e clienti-utenti, sulla base della differenza tra ruoli prestazionali/ruoli del pubblico (*audience*). Entrambi i ruoli definiscono le aspettative e le rilevanze adeguate nel sistema. I professionisti "setacciano" la complessità psichica-organica degli utenti mediante i codici del servizio: gli utenti si rendono osservabili dai professionisti sulla base dei loro bisogni, sempre intermediati dai codici del servizio medico. I codici dei servizi, quindi, rappresentano una interfaccia tra i due ruoli, permettendo o meno a certe comunicazioni di venire colte come rilevanti o meno. Ciò che accade nel corso dell'evoluzione sociale è che i ruoli di pubblico-utente – che tipicamente fino alla seconda metà degli anni Sessanta erano stati concepiti come quasi del tutto passivi – mutano aprendosi ad aspettative di maggiore "attivazione" e "capacitazione". Ciò accade per i motivi e le cause più diverse che non possiamo analizzare qui. In sintesi, possiamo solo accennare al fatto che sia dall'interno delle organizzazioni, sia dall'esterno, si moltiplicano richieste di una comunicazione diversa. In generale a partire dagli anni '70, in tutti i sottosistemi si elabora una cultura della "partecipazione" e della "autonomia" (politica, scolastica, religiosa, lavorativa, familiare, nei servizi sociali, etc.) che va di pari passo con la richiesta di "nuovi diritti" alla persona. Questa "stagione" di democratizzazione, di ricerca di integrazione sociale, di ri-simmetrizzazione dei ruoli, etc., è stata affiancata e poi largamente superata dalla politica di "customizzazione" delle merci e dei servizi, dove la personalizzazione è diventata un modo nuovo di fare *business*. Le organizzazioni stesse hanno incluso questo nuovo discorso nel *management*,

come hanno magistralmente mostrato Boltanski e Chiappello nella sfera della produzione capitalista. Tutto il movimento della partecipazione operaia nelle fabbriche, come quello per una maggiore comunicazione intima in famiglia, o di protagonismo sociale dei giovani, delle donne dei disabili, etc. hanno rappresentato esempi di questa medesima tendenza alla inclusione sociale. Si pensi, per tornare al campo medico, a tutta la critica alla “istituzionalizzazione”, alla proposta di una medicina democratica e di base, alla richiesta di riconoscimento dei diritti degli ammalati e dei *caregiver*. La spinta a una comunicazione meno gerarchica e più simmetrica è venuta proprio dagli utenti e paziente dei servizi e dalle loro associazioni di rappresentanza. Avere “voce” nelle organizzazioni è diventato un diritto e ha generato *lobbying* e *advocacy* di tutti i tipi. In ogni caso e per quanto ci riguarda, il punto è che la distinzione “ruolo prestazionale/ruolo di pubblico” che costituisce l’unità del servizio, è stata “copiata” e reintrodotta sul lato del ruolo del pubblico, come mostra la fig. 5.

Fig. 5 – La configurazione attivante del pubblico



La reintroduzione della distinzione ruolo prestazionale/ruolo di pubblico, nel lato del ruolo del pubblico, significa che ora dal pubblico degli utenti/clienti/pazienti l’organizzazione si aspetta una specifica contro *performance* (fig. 6). Per riprendere gli esempi precedenti: dagli studenti ci si aspetta che si attivino responsabilmente per apprendere ad apprendere, stimolando gli insegnanti a introdurre temi e modalità di studio innovativi (e che non ricevano passivamente le lezioni); dal paziente del sistema sanitario ci si aspetta che viva una vita salubre attraverso stili di vita sani, che si tenga informato sulla sua salute e che prevenga le malattie, prima che il medico glielo imponga; dall’utente dei servizi sociali, che prenda posizione rispetto ai suoi problemi aiutando gli assistenti a prendersi cura di lui.

Fig. 6 – La riflessività nel rapporto ruolo/ruolo complementare

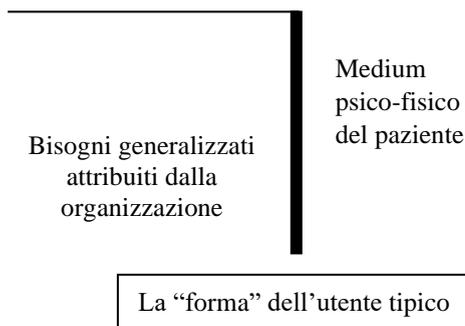
Sistema funzionale	Codice	Il ripiegamento del codice	Ruolo	Ruolo complementare	Ruolo riflessivo
Sistema della formazione	Appreso/ non appreso	Apprendere ad apprendere ad apprendere	Docente	Studente	Life long learning
Sistema politico	Governo/ Opposizione	Potere di dare potere ad altri	Politico	Cittadino	Cittadino “attivo”
Sistema della assistenza	Aiuto/non aiuto	Aiutare in modo sussidiario	Assistente sociale	Assistito	Auto-aiuto e mutuo-aiuto
Sistema della medicina	Malato/sano	Stili di vita preventivi	Medico	Paziente	Il paziente che previene
Sistema economico	Solvibile/ Non solvibile	Pagare i pagamenti degli altri	Produttore	Consumatore	Co-produttore e consumatore critico

Se osserviamo più analiticamente cosa produce questa *re-entry*, notiamo dei processi molto rilevanti. In prima istanza, l’organizzazione sembra “sospendere” il ruolo di utente/paziente passivo, tipico delle organizzazioni mediche in cui i pazienti restavano in attesa di diagnosi, prognosi e trattamento. Attendendosi anche dall’utente una responsabilità “prestazionale”, l’organizzazione “potenzializza” il paziente costringendolo a uscire dall’*habitus* dell’individuo passivo in attesa di cure. Ancora più in profondità, il sistema medico comincia ad aspettarsi dai pazienti una capacità di riflessione personale capace di motivarli alle cure e a proseguire la cura anche al di fuori del trattamento nell’organizzazione: il paziente deve continuamente rimotivarsi, quando passa dalla interazione controllata con il medico alla sua vita quotidiana. Questa attribuzione di prestazionalità riflessiva crea nuovi criteri di inclusione/esclusione del paziente: quello che riuscirà ad attivarsi e a collaborare sarà il nuovo paziente “responsabile”, mentre chi non riuscirà a performare, rischierà di venire “scartato” o etichettato come paziente incapace. L’attribuzione di responsabilità individuali ai pazienti genera una loro “personalizzazione” a cui corrisponde una sorta di sospensione delle cure standard. Di fatto se si portasse alle estreme conseguenze la personalizzazione del servizio, nessuno standard sarebbe più possibile e quindi l’organizzazione si troverebbe a doversi confrontare con le singolarità non tipizzabili di ognuno: *individuum est ineffabile*. Per far fronte a questo rischio catastrofico, i professionisti della cura e sono chiamati, a loro volta, a mutare sensibilmente il loro modo di operare. Non possono più contare automaticamente su un ruolo gerarchicamente sovraordinato, con risorse di conoscenza e di potere indiscutibili certificate una volta per tutte dalle agenzie professionali. Ora è la comunicazione interpersonale con il paziente – incorniciata da una cultura di partecipazione e co-produzione del servizio – a orientare e ciò

significa dover “conoscere” proprio quell’individuo (e non altri), ascoltarlo, lasciargli l’iniziativa e “decidere” insieme a lui per il “suo” meglio. Si crea dunque una sorta di anello di Moebius tra il mutamento del paziente e quello del professionista che genera una nuova configurazione comunicativa.

La figura del paziente (e comunque delle aspettative dei ruoli complementari nei diversi sottosistemi sociali) era modernamente definita come unità della differenza tra il “bisogno” e il medium di una “individualità psico-fisica” (i bisogni dell’utente). L’utente-paziente era osservato attraverso le lenti dei bisogni che l’organizzazione poteva scoprire e trattare secondo i suoi codici e programmi. Erano bisogni fortemente generalizzati, tipici, che venivano sì riferiti a quell’individuo, ma che prendevano forma unitaria come forme patologiche riferite a singoli contesti eziologici. Dal paziente ci si aspettava che collaborasse con il medico seguendo le sue “istruzioni”, che si fidasse del suo sapere esoterico indiscutibile e che si limitasse a seguire la cura, controllato a scadenze temporali fisse. Quella unità nella differenza (fig. 7) era prima giuridificata (come diritto di accesso dell’utente all’organizzazione medica, come diritto alle cure mediche) e poi specificata nei termini del sapere professionale dell’organizzazione (l’autorità della professione). La linea verticale più spessa mostra proprio come la selezione dei bisogni da parte dell’organizzazione è propriamente una decisione e non rispecchia nel modo più assoluto i bisogni specifici del paziente che potrebbero essere concepiti da lui stesso in modo del tutto diverso dal quanto non stabilisce il medico.

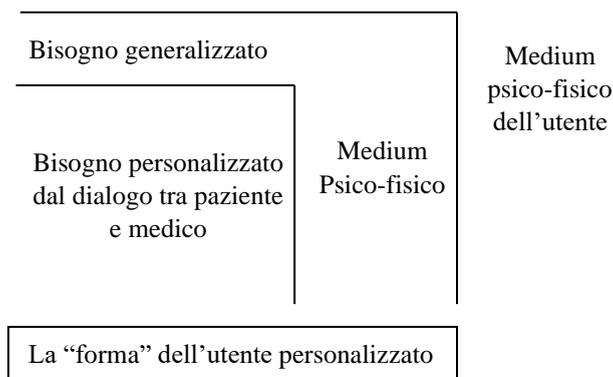
Fig. 7 – La forma dell’utente tipico dei servizi sociosanitari



Ciò che accade in seguito è che la differenza tra bisogni standardizzati e medium psico-fisico viene copiata e reintrodotta sul lato del bisogno. Emerge perciò una nuova figura dell’utente personalizzato. Ora il bisogno è riferito a quell’individuo che, incluso nell’organizzazione, viene osservato con una seconda distinzione, quella tra bisogno generalizzato e bisogno personale.

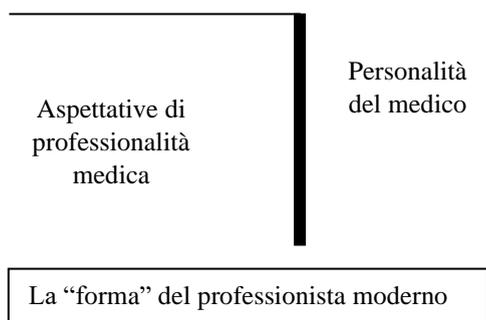
Ne deriva una personalizzazione del bisogno di quell'individualità psico-fisica, così come decisi dall'organizzazione (fig. 8).

Fig. 8 – La forma dell'utente personalizzato



Questa personalizzazione richiama a cambiamenti da parte del ruolo prestazionale. Per la cultura medica moderna, la "forma" del professionista era costituita dall'unità della differenza tra la professionalità tipica del suo ruolo (le aspettative professionali) e la personalità di "quel" medico che tendenzialmente veniva neutralizzata (la linea spessa verticale) nell'organizzazione (fig. 9). Il professionista doveva mostrare "neutralità affettiva" nei confronti dell'utente e trattarlo come un caso, cioè in maniera "specificatamente" medica, in modo "universalistico" (come tutti i pazienti), e in riferimento al bisogno che esso presentava allo sguardo competente e neutrale del medico. Non ci si attendeva certo che il medico trattasse il paziente secondo la qualità "affettiva" del loro rapporto; secondo le sue "qualità" personali; trattandolo in modo "particolaristico" e attribuendo rilevanza alle sue capacità "prestazionali". Se lo avesse fatto, il sistema avrebbe giudicato la prestazione come un trattamento di "favore", personalistico e positivamente pregiudiziale: una cura colpevole di infrangere quella "zona di indifferenza" personale tipica del servizio medico moderno, rappresentata dalla linea verticale più spessa che separa la personalità psico-fisica del medico (a destra) dalle aspettative sistemiche e astratte di professionalità (a sinistra).

Fig. 9 – La forma del professionista medico moderno

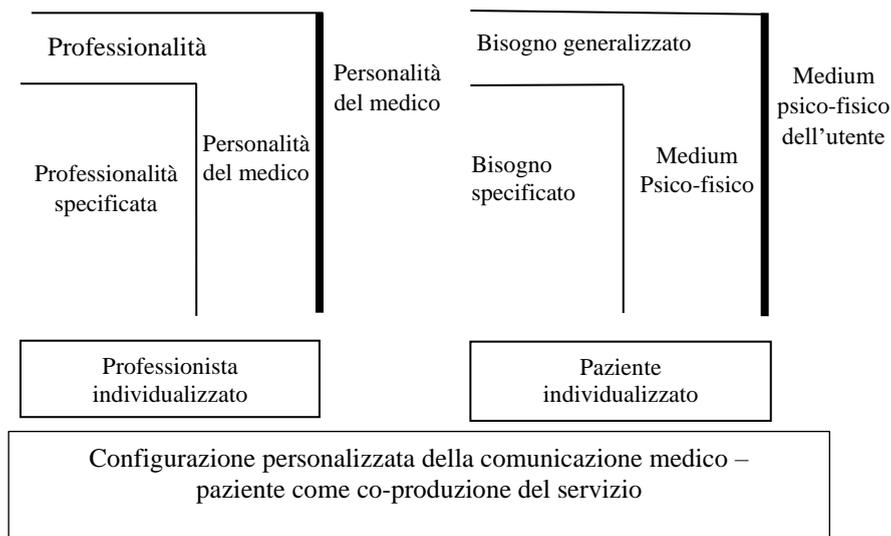


Con il passaggio alla medicina personalizzata, il medico dell'organizzazione deve decostruire questa sua forma, spogliandosi dall'abito/ruolo tipico del professionista. Al posto della autorità tipicamente attesa dalle professioni, subentra la ricerca di una comunicazione "profonda" e "autentica" con l'utente. Il professionista deve specificare la sua prestazione "disegnandola", "ritagliandola" e "cucendola" sui bisogni specifici di quell'utente. A fare la differenza qui è il *modus operandi* del professionista che personalizza il suo operare "empaticamente", mettendo la persona del paziente "al centro" del suo servizio, rispondendo alle "contro-prestazioni" dell'utente in modo "particolaristico". Per poter agire in questo modo, il medico deve personalizzare la sua professionalità; deve svolgere il suo ruolo in modo peculiare, *sui generis*, soprattutto co-laborando con il paziente. Di nuovo questa trasformazione può essere rappresentata come una *re-entry* della distinzione professionalità/individualità psico-fisica del medico, sul lato della professionalità. Ne deriva una nuova configurazione del rapporto tra professionista e utente, basata su una duplice personalizzazione (fig. 10): quella sul lato della professionalità e quella sul lato della osservazione dei bisogni dell'utente.

In entrambi i casi la *re-entry* della distinzione genera un nuovo ruolo, quello di professionista e di utente personalizzato che collaborano alla cosiddetta "co-produzione del servizio". Al centro di questa co-produzione sta la necessità che sia il medico che il paziente si auto-motivino e responsabilizzino a collaborare insieme, uscendo e rientrando dai loro rispettivi ruoli (e contro-ruoli). Potremmo dire che in questa nuova configurazione ci si aspetta che la persona con i suoi motivi più profondi, entri dentro alla comunicazione trasformandola in una con-di-visione di visioni allineate. Ne deriva una comunicazione, spesso polemica, centrata sul tema della personalizzazione delle cure, non intesa come customizzazione della medicina a livello individuale (mediato dalle tecnologie), ma come "inclusione" nella comunicazione medica di aspetti peculiari della persona del paziente. Una medicina che si

vuole “narrativa” svolge così una funzione di riflessione critica entro il valore di connessione della medicina tecnologizzata.

Fig. 10 – La nuova configurazione personalizzata e collaborativa tra professionista e utente

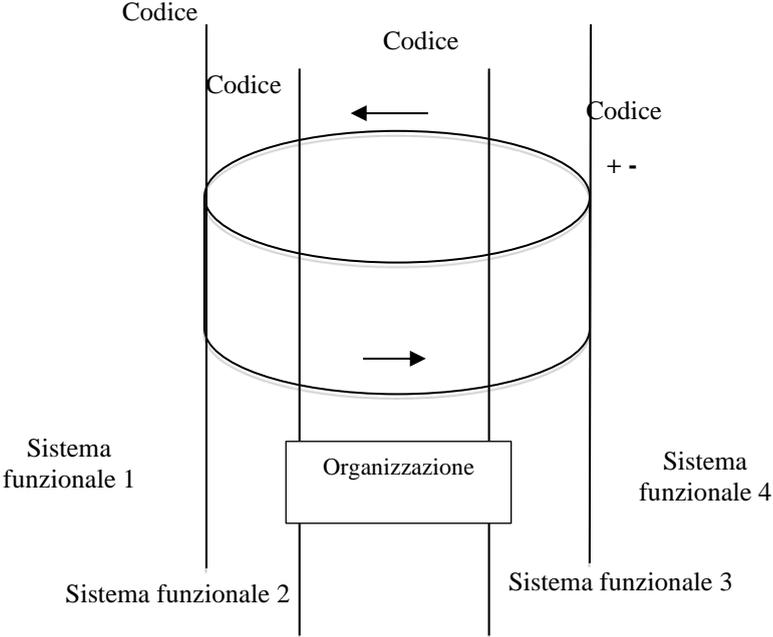


Certe volte la narrazione sembra rappresentare piuttosto una sorta di terapia alla organizzazione medica che un nuovo modo di comunicare con la persona del paziente. In altri casi, più interessanti, la comunicazione centrata sul paziente sottolinea la capacità dei medici di capacitare i pazienti; di lavorare con empatia e reciprocità; mediante ascolto attivo; creando confronto; autonomia del paziente; facilitando la creazione e lo scambio di informazioni; incoraggiando a un dialogo più efficace; portando a decisioni più complesse e condivise, etc. (Baraldi). Secondo questo tipo di riflessione, per il paziente “*to have a say*” è necessario non tanto e solo per motivi etici o di mero rispetto alla persona, quanto piuttosto per elaborare diagnosi e cure più efficaci, complesse e sensate.

A fianco di questa riconfigurazione dei ruoli/ruoli complementari nel sottosistema sanitario che modificano in profondità le interazioni medico-paziente, procede poi simultaneamente un ripensamento complessivo del rapporto tra sottosistema della medicina e organizzazioni mediche. Abbiamo già osservato (fig. 3) come nella modernità i sottosistemi catalizzino le loro organizzazioni che operano sulla base di decisioni connesse ai diversi codici sistemici. Con la crescente complessità della società, questa connessione unidirezionale e monodimensionale tra organizzazioni e codici sistemici deve mutare. Poco a poco, le organizzazioni cominciano a disconnettersi dall'unico codice del sottosistema di riferimento e a ibridare i loro servizi

altri codici. In questo modo le organizzazioni diventano “polifunzionali”, cioè utilizzano come filtro per osservare la realtà e i bisogni del paziente, più codici comunicativi. Questa ibridazione ha come conseguenza la creazione di servizi polisemici e multidimensionali (fig. 11).

Fig. 11 – Organizzazioni ibride



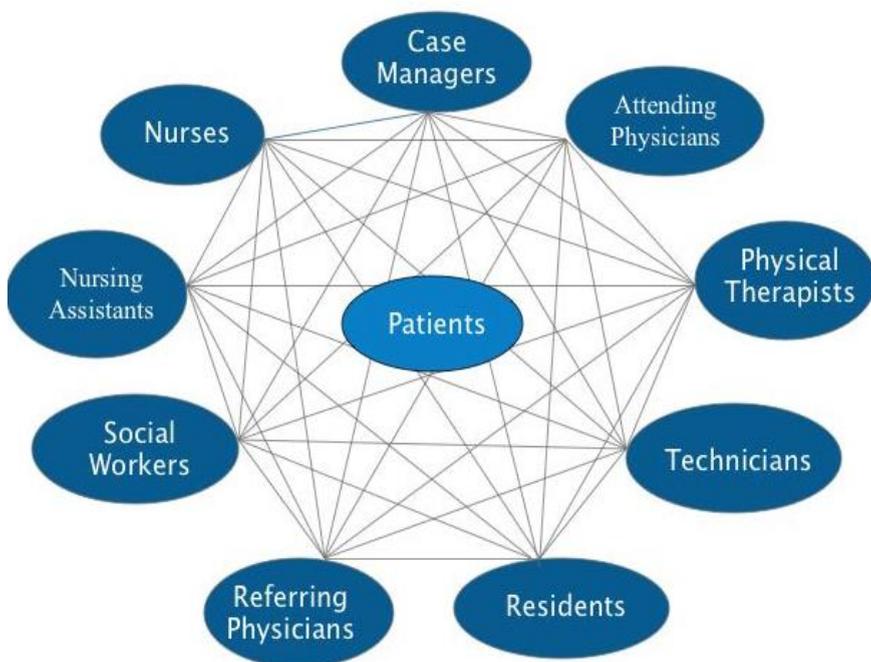
A questo punto la cura, la terapia e il trattamento del paziente, subiscono un vero e proprio cambio di paradigma. La medicina, oltre che personalizzata, si fa multidisciplinare, ibridata, multisettoriale: le cure vanno integrate entro stili di vita e forme di prevenzione estremamente complesse. Si pensi soltanto alla terapia che negli anni '80 veniva erogata a pazienti diabetici. Basicamente si trattava di provvedere a insulina, lavorando sulla alimentazione del paziente. Ora il trattamento del diabete diventa molto più complesso, integrando alla somministrazione di insulina e alla personalizzazione di una dieta, anche specifici programmi di movimento fisico, metodologie di rilassamento per contrastare stress, analisi cardiologiche, visite oculistiche, inserimento in gruppi di pazienti con lo stesso problema, etc. La fig. 12 rappresenta bene cosa possa significare oggi costruire intorno a un paziente un insieme differenziato ma coordinato di cure.

Questa ibridazione di codici diversi pone il problema di trovare un “punto di fuga” su cui focalizzare le cure. È infatti evidente che se ogni specialità dovesse trattare in modo non coordinato la sua parte di cura ne deriverebbe una decostruzione del paziente che verrebbe incluso nei servizi solo “a pezzi”. La soluzione, almeno quella rappresentata dalle organizzazioni, ci viene mostrata dalla fig. 13. In pratica le organizzazioni procedono in un duplice senso:

1) prima “mettono al centro” la persona del paziente, ricostruendo al loro interno un indirizzo per le comunicazioni mediche abbastanza generalizzato da poter identificare quella persona;

2) poi decidono quale sia il “compito principale” della cura, costruendogli intorno sotto-insieme di cure e terapie.

Fig. 12 – La ibridazione delle cure entro le organizzazioni mediche polifunzionali



Ognuno di questi processi si intreccia con gli altri, andando a generare mutazioni rilevanti nel sottosistema, nelle organizzazioni, nelle interazioni e nei ruoli del sistema della cura e della malattia. Pur potendo apparire come un movimento di inclusione continua e di gestione della complessità, questa *nouvelle vague* sanitaria non però può mai davvero “ricomprendere” la

scontra con la asimmetria socialmente legittimata dei saperi (tra medico e paziente). Infine, il paradossale risultato della personalizzazione è una ri-standardizzazione dei servizi che vengono sì “individuati” dal sistema, che però può proporre soltanto un servizio “à la carte”, proprio come ogni altra azienda mette sul mercato differenti “customizzazioni” del suo prodotto. Quello che di solito viene prodotto è un “menu” e non un vero e proprio piano condiviso con l’utente.

Anche nei servizi abituali per i bambini obesi, questa paradossalità spunta continuamente e, come vedremo a breve, il servizio GET prova proprio a riorganizzarsi per risponderci. Vediamo come un servizio include il bambino e la sua famiglia. Il bambino (che nella sua esistenza indipendente dal sistema chiameremo “1”) viene incluso nel servizio solo come individuo obeso, cioè come chi ha un input energetico/calorico eccessivo rispetto all’output (il “bambino2”). È proprio questo squilibrio energetico/calorico che qualifica quel bambino1 per il servizio. Ogni sua altra caratteristica può essere anche considerata, ma solo come “corollario” a quel codice obeso/non obeso. La sua educazione alimentare, la cultura del cibo a cui è stato socializzato, le sue pratiche di “attività fisica”, i rapporti sociali che intrattiene, la fruizione dei media, etc., tutto ciò è funzionale alla prima codificazione obeso/non obeso e la arricchisce in termini informativi solo sotto quel riguardo. Si noti, tra l’altro, che già i termini di “educazione alimentare”, “attività fisica”, “fruizione dei media” sono già tutte etichette del sistema socio-sanitario e solo lontanamente ricordano quello che nella quotidianità è il mangiare, il giocare e il guardare la tv. Questo bambino2, inoltre, è trattato spesso come un sistema “banale”, nel senso che lo si concepisce come un nesso biochimico con un certo bisogno energetico che introduce *input* calorici, li trasforma secondo un qualche meccanismo, e genera *output* registrabili secondo determinati “protocolli osservativi”. Il meccanismo di trasformazione è ancora scientificamente opaco, ma ancora più importante è che sia l’influenza psicologica (come traduce questa *input/output* il bambino1, in termini esperienziali, emotivi, motivazionali, etc.), sia quella sociale (come il contesto sociale in cui vive influenza la sua psiche e il suo corpo), sono fortemente schermate alla osservazione. Introdurre variabili di contesto non farebbe che produrre un modello diagnostico/prognostico/terapeutico così complesso da risultare inutile alla scienza, alla medicina e alla sua pratica. Lo stesso vale, a maggior ragione, per il contesto familiare del bambino1.

3. I programmi di intervento per l’obesità infantile: tendenze, problemi e paradossi

Il programma di intervento GET – che osserveremo dal punto di vista delle famiglie – si inquadra chiaramente dentro alla cultura dei servizi

sociosanitari che abbiamo appena descritto. Non si tratta propriamente di un programma di prevenzione, perché non prova a informare e cambiare i comportamenti delle persone prima che il problema della obesità si sia manifestato. Non è però neppure un programma di cosiddetto “terzo livello” che cioè prende in cura i casi di malattia più complicati e pericolosi, prevalentemente in ambito ospedaliero. Vorrebbe situarsi proprio tra il primo livello, quello gestito dai pediatri che hanno in carico i bambini e il terzo che gestisce servizi prevalentemente specialistici e ospedalieri. Si tratterebbe quindi di quel secondo livello, territoriale, di cui oggi si fa un gran parlare a partire dalla necessità di avere una medicina di prossimità, facilmente raggiungibile, condivisa con gli utenti e rivolta a patologie ancora curabili senza “istituzionalizzazione”. Per analizzare il servizio sperimentale GET, occorre prima provare a capire quali sono le informazioni che abbiamo sui programmi di intervento per l’obesità dagli 0 ai 17 anni. Lo faremo mediante uno studio di grande importanza che ha osservato più di 13.000 progetti, selezionandone 982 per una prima valutazione, passando poi a 500 per una analisi approfondita che ha riguardato, infine, i 147 programmi che avevano ricevuto il voto più alto¹.

La ricerca intitolata *Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with “best practice” recommendations*, a cura di Flynn *et alii*, e pubblicata nel 2006 con *The International Association for the Study of Obesity*, ha considerato programmi di intervento sull’obesità infantile dal 1987 fino al 2003, realizzati in tutto il mondo, analizzandone in profondità gli aspetti di *programme evaluation, methodological rigour, population health and immigrant health*. La procedura di selezione e analisi dei progetti è estremamente interessante e multilivello, con l’intervento di gruppi di esperti che hanno collaborato alla ricerca, ma non è qui possibile seguirne ogni aspetto. Ci dà una prima, ma molto chiara, idea di quali siano i punti di forza e di debolezza del rapporto tra sistema dei servizi sociosanitari, programmi di intervento, pazienti e le loro famiglie. I filtri della selezione dei progetti e la complessa metodologia di analisi utilizzati, ci rinviano a una valutazione complessiva che è possibile ritenere di alta qualità e affidabilità. L’analisi ha comportato tre distinte fasi d’osservazione dei programmi, in particolare l’analisi: 1) delle loro somiglianze e dei gap di ricerca; 2) del loro sviluppo, implementazione e valutazione nel tempo; 3)

¹ Su questo tema va notato che negli ultimi dieci anni le ricerche sul ruolo dei servizi sanitari nella prevenzione dell’obesità hanno progressivamente sottolineato l’importanza di un approccio più sistemico volto a esaminare «come» le strutture dei servizi sanitari, le interrelazioni politiche, le pratiche e i confini, i processi e le prospettive di erogazione dei servizi abbiano *effettivamente* un impatto sui modelli di cura in evoluzione (Pearce *et al.* 2019). Tale prospettiva sembra necessaria anche per rimodulare il *design* delle strategie che intendono ridurre l’«attrition» nella gestione dell’obesità pediatrica intesa dai nuovi approcci come un «problema complesso» (Ball *et al.* 2021).

dell'efficacia, cioè degli *outcomes* raggiunti. In particolare, tra le categorie analitiche utilizzate per l'analisi dell'efficacia, ricordiamo: 1) *l'Actual engagement in physical activities*; 2) *il Focus on dietary intake*; 3) *Focus on self-esteem, body image, peer support and stress management*; 4) *Involvement of family*; 5) *Behaviour modification*; 6) *Motivational reinforcement*; 7) *Education on healthy eating and active living*; 8) *Environmental modification within community, cafeteria, menus*. Questo elenco ci dice già quali siano gli obiettivi fondamentali dei programmi di intervento che, generalmente, vanno dal tentativo di modificare abitudini alimentari, di movimento fisico, passando per un lavoro più psicologico sulle motivazioni dei pazienti e delle loro famiglie, fino al fornire maggiori informazioni e provare a trasformare l'ambiente di vita. Questo elenco ribadisce come il sistema medico osservi la sua realtà o focalizzandosi sui sistemi (nel suo ambiente) da “riparare” – il paziente (con il suo corpo e la sua mente) e la sua famiglia – o sull'ambiente sociale.

Vediamo ora, in estrema sintesi, quali sono stati i risultati più rilevanti, relativi ai 147 programmi “migliori” selezionati, dividendoli per tematiche.

1) *Analisi delle somiglianze tra programmi di intervento e dei gap*

Dalla ricerca emerge che:

- solo il 6% dei programmi si riferisce a bambini 0-5 anni, mentre la stragrande maggioranza si riferisce alla classe d'età 6-12. In particolare, viene sottolineato quanto la analisi della crescita di peso – che avviene tra la nascita e il sesto mese di vita e che è fondamentale per “prevedere” il futuro dell'obesità infantile – non sia inclusa nei programmi selezionati (cioè tra i migliori). Pochissimi programmi riescono a trattare questa fascia d'età e i suoi contesti di vita, cioè la famiglia e i servizi per la prima infanzia la cui presa in carico richiederebbe tra l'altro un lavoro di comunità. Solitamente per i più piccoli a intervenire è solo il servizio pediatrico di base;
- solo il 3% di tutti i programmi-servizi sono implementati nelle case e con un coinvolgimento attivo quotidiano dei familiari. La maggioranza è organizzata in setting clinici o presso le scuole. Tentativi di ingaggiare e far partecipare la famiglia sono presenti solo in un programma su due e – seppure sia riconosciuto che la collaborazione con la famiglia sarebbe fondamentale per il cambiamento – pochi sono i programmi davvero innovativi. Questo punto rivela come, per come è fatta la società moderna, ci si aspetta e si è capaci di trattare la salute delle persone, prevalentemente dislocandole dai loro luoghi di vita. Tra i più utilizzati sono, normalmente, le scuole dove i bambini passano quasi metà della loro giornata e dove sono “controllabili” e i contesti sanitari, cioè entro organizzazioni mediche;

- pochissimi programmi tengono davvero in conto la differenza di genere, specialmente quando cresce l'età dei bambini. In maggioranza i programmi vengono pensati per bambini, con al centro l'attività fisico-sportiva. Le bambine sono meno al centro di programmi personalizzati soprattutto in quelli preadolescenziali (dove il bisogno sembra essere alto), con accenni alla danza come strumento di attività fisica. Si potrebbe dire che il mondo dei programmi contro l'obesità infantile è ancora poco attento a questo tema e alla distinzione di genere;
- rarissimi sono i programmi focalizzati sugli immigrati e pochissimi su quei sottogruppi di popolazione che potrebbero rilevarsi in forte difficoltà (popolazione vulnerabile). Laddove ciò avviene, il programma si svolge a livello "comunitario". In generale però si tratta di programmi di intervento sono "universalistici", cioè rivolti a tutti senza alcuna distinzione di sottopopolazioni ed entro setting scolastici, mentre solo una minoranza sono "particolaristici" e svolti entro setting clinici. Nessun programma è stato rilevato che riguardi il passaggio da culture e tradizioni del cibo non occidentali verso quelle occidentali;
- solo un quarto dei programmi di intervento prosegue con una analisi dei risultati osservando un arco di tempo superiore a un anno. La valutazione è quindi estremamente "on spot" e non riesce a seguire i risultati in archi di tempo adeguati e utili per comprendere se i programmi si sono rivelati efficaci;
- i temi più trattati nei programmi di intervento sono quelli dell'educazione alimentare e dell'impegno verso attività fisica. Sono i temi classici che sottolineano la cultura medica della obesità che tratta i pazienti come "macchine caloriche" da riparare. In una metà circa dei programmi, si prova a lavorare con un trattamento motivazionale e anche con il coinvolgimento delle famiglie. Ciò ribadisce che i programmi devono passare comunicativamente dalle "motivazioni" (così come ricostruite dal servizio) per provare a intervenire sia sui corpi che sulle personalità (che sono, lo ricordiamo, nell'ambiente della comunicazione sociale);
- pochissima attenzione è posta (o non si hanno sufficienti competenze per riflettere) sulle necessarie modifiche all'ambiente obesogenico. Il target dei servizi è basicamente solo il paziente e la sua famiglia, con la massimo la cerchia parentale e i compagni di scuole. Quel poco che si riesce a fare, per lavorare sull'ambiente, viene svolto a livello "istituzionale", per esempio cercando di riscrivere i menu scolastici. In altri termini le istituzioni parlano con le istituzioni, ma solo con quelle con cui si ha già una abitudine di collaborazione (per esempio: sanità e scuola). Rarissimi sono le reali innovazioni, come per esempio tentativi d'ampliare i programmi alla "filiera del cibo", alla mobilità nel territorio, a *partnership* con lo sport.

2) *Analisi secondo i criteri di utilità, fattibilità, proprietà, accuratezza dei programmi*

- La maggioranza dei programmi osservati include, per ogni livello operativo del programma, *stakeholder* diversi tra cui soprattutto istituzioni scolastiche e tutti i livelli sanitari;
- questa inclusione risulta molto forte laddove si lavora con gruppi “minoranze”. Ciò accade perché spesso quel particolare gruppo di popolazione non ha dei rappresentanti sul territorio e quindi è ingaggiabile solo mediante il contatto con *stakeholder*. Sappiamo già che il numero di programmi dedicati alle minoranze è bassissimo, ma al suo interno l'importanza della partecipazione e dei portatori di interesse è sottolineata da tutti;
- in generale è osservabile che i programmi “clinici” non lavorano con *stakeholder*, bensì si limitano alla selezione di gruppi specifici di pazienti;
- pochissimi programmi valutano l'impatto di possibili leader di comunità o di facilitatore-mediatori culturali. Ciò può essere considerata una grossa perdita d'efficacia, perché la costruzione di rapporti fiduciari e di impegno alla collaborazione, mediata da quelle figure, è molto rilevante.

3) *Analisi secondo l'efficacia e la riflessività dei programmi*

- la maggioranza dei programmi indica un insieme di miglioramenti, seppure spesso non misurati in modo affidabile;
- il miglioramento-trasformazione più verificato, è quello del BMI, soprattutto nei programmi con un setting clinico e presso la scuola (ma non per i programmi di comunità). Viene però ricordato che il miglioramento del BMI è quasi sempre connesso all'aumento di attività fisica che però sembra essere efficace solo nel breve periodo, cioè entro la “finestra” in cui il programma segue e controlla i comportamenti dei pazienti (effetto controllo).
- oltre al miglioramento del BMI, seguono quelli nella attività fisica (soprattutto in scuola primaria e secondaria) e nell'agio psicologico. Questo ultimo punto emerge soprattutto nei programmi di comunità e in setting clinici, ma non a scuola;
- pochi risultano, invece, i reali miglioramenti rispetto all'aumento di conoscenze che trovano poi una applicazione nella vita quotidiana;
- tutte queste valutazioni, riguardano però cambiamenti di breve periodo, anche se i risultati richiamerebbero l'importanza di proseguire. Man mano che la valutazione va nel futuro i risultati diminuiscono, soprattutto per la dieta e per le abitudini di attività fisica;
- notevoli sono anche le difficoltà a rilevare dati e informazioni, a utilizzare metodologie di valutazione affidabili, così come a utilizzare

- gruppi di controllo. La composizione del corpo, i fattori di rischio di malattia cronica, e la fitness possono invece essere più facilmente misurati specialmente a scuola e nel setting clinico;
- molto in sottofondo restano ancora le analisi sui possibili rischi che questi programmi abbiano sulla immagine del corpo o sulla auto-stima di chi vi partecipa. Vi è poca riflessività rispetto agli effetti indotti dal programma stesso;
 - poca riflessione è dedicata anche all'effetto “*setting*”. La scuola appare come l'ambito migliore per programmi “universalistici”, specialmente a base informativa e con la finalità di stimolare l'attività fisica. In tal senso la scuola è ottima per la prevenzione, ma molto meno per la cura. In generale si riflette poco sul fatto che potrebbe esistere un “effetto contesto” che agevola un certo tipo di lavoro con un certo tipo di attori, dal più ampio al più specifico. Per esempio, i programmi comunitari con molti stakeholder potrebbero essere utili per campagne informative o per raggiungere gruppi sociali particolari;
 - pochissima attenzione è data ai pericoli dell'ambiente obesogenico. Pochi anche i programmi integrati tra servizi diversi;
 - pochissimi sono i programmi che controllano i risultati per fattori che potrebbero influenzarli, come quelli della storia familiare della malattia, della struttura delle famiglie, dello status socioeconomico, del sostegno formale o informale;
 - infine, si osserva che, a essere utilizzato maggiormente, è lo strumento del *self-report* e dell'auto-valutazione che però tende a creare un effetto “allineamento” delle risposte a norme socialmente desiderabili e legittimate.

In estrema sintesi, dalla analisi degli autori, si può ricavare un insieme di riflessioni importanti:

1) non sembra emergere alcun modello particolare di “buona prassi” da proporre come *benchmark*. Si evidenzia la presenza di programmi innovativi, ma molto legati al contesto di erogazione che, tra l'altro, cambia velocemente;

2) la maggioranza di programmi dà risultati che vengono valutati solo a breve termine, laddove cioè è possibile un controllo continuo degli *outcome*. Solitamente, finito il programma o la sperimentazione, finisce anche la valutazione. Le poche ricerche di medio periodo, evidenziano un alto *dropping out* dei pazienti e una perdita di miglioramenti molto elevata;

3) in particolare, le problematiche sanitarie sono maggiormente e più agevolmente rendicontabili, misurabili e controllabili, soprattutto entro *setting* clinici e nelle scuole. Poco rendicontate sono invece le conseguenze sulla auto-stima e l'auto-percezione. Pochi sono anche programmi che provano ad affrontare l'obesità in modo multi e trans-disciplinare. Pochi ancora i

programmi capaci di controllare gli *outcome* secondo variabili intervenienti, impatti e processi a medio termine;

4) troppo pochi sono i programmi dedicati a bambini in età prescolastica;

5) pochi i programmi rivolti alla differenza di genere;

6) pochi i programmi per immigrati e giovani. Nei pochi casi presenti, si osserva la rilevanza di far partecipare *stakeholder* del territorio e quindi la comunità;

7) pochissimi sono i programmi che provano a operare sull'ambiente obeso. I pochi che lo fanno sono organizzati nelle scuole;

8) pochissimi i programmi a medio o lungo termine, con uno specifico interesse alla sostenibilità.

9) pochissimi i programmi basati sulla casa e sulla comunità. L'approccio rimane ancora molto individualistico;

10) pochi i programmi che sfruttano la partecipazione della comunità attraverso *stakeholder*.

Potremmo concludere osservando che in controluce sembra emergere un programma di lavoro *per differentiam*. I trattamenti e servizi per i bambini obesi dovrebbero, in futuro:

1) essere pensati entro a una prospettiva di prevenzione, almeno per la popolazione 0-12 anni;

2) focalizzare alcuni programmi sulla fascia di popolazione adolescenziale differenziando per genere;

3) utilizzare maggiormente analisi di tipo "ambientale" mappando i luoghi di vita dei bambini e delle loro famiglie per capire quali vincoli e opportunità sono presenti in loco;

4) usare massimamente approcci multidisciplinari, rendicontabili in modo chiaro, comparabili e rivedibili *in itinere*;

5) provare a ingaggiare e responsabilizzare il massimo numero di *stakeholder* e la comunità più ampia;

6) sfruttare maggiormente la presenza di *leader* di comunità e di testimoni o *influencer* socialmente riconosciuti.

7) essere pensati con una temporalità di medio o lungo termine, con valutazioni e *follow up* diluiti nel tempo e con "richiami" scadenzati controlli;

8) essere progettati pensando in parallelo a programmi di "mantenimento" degli stili di vita e di sostegno al cambiamento;

9) utilizzare maggiormente *setting* operativi da un lato più in connessione alla casa (e al mondo vicino) e alla famiglia e dall'altro più capaci di dialogare con le istituzioni sociali;

10) lavorare in parallelo sulle più importanti sfere sociali, *in primis* le catene di produzione e distribuzione del cibo, le *policies* della mobilità, gli ambienti di lavoro per sensibilizzarli agli impatti che il loro operare ha su famiglie e bambini.

Vedremo, dopo l'analisi del Progetto GET, cosa significa tutto questo per il design di politiche di contrasto alla obesità.

4. Il servizio GET: i paradossi di un servizio progettato bene

4.1. Osservare come il servizio osserva il problema (cioè come costruisce la sua realtà)

In questa parte cercherò, sulla base delle argomentazioni che ho svolto rispetto ai servizi sociosanitari, di riflettere sul servizio-trattamento GET (*Gruppi di Educazione Terapeutica per il Trattamento dell'Obesità Infantile*). Lo farò “dialogando” con la descrizione che ne viene data nel capitolo 6 e con le informazioni derivate da altre due interviste concernenti il suo riesame svolte con professionisti che vi hanno lavorato. Sullo sfondo di questa analisi sta il contesto cittadino di Reggio Emilia, città che ha prestato crescente attenzione al tema della obesità infantile come può essere rilevato nel capitolo 3. Tiene anche in considerazione i risultati della analisi delle interviste svolte con le famiglie, riguardanti il rapporto con il servizio, che sono presentate nei capitoli 5 e 6. L'analisi però si focalizza sul modo in cui il Progetto è stato pensato e viene presentato da chi lo ha disegnato. È proprio su quei dati che proveremo a riflettere sulla “normalissima improbabilità” di realizzare obiettivi che, come vedremo, sono abitualmente e normalmente posti dai progettisti come se fossero appunto raggiungibili. Il problema è però più “basilare” come l'analisi condotta a partire dalla teoria dei sistemi sociali. È infatti evidente che il *design* del servizio è una elaborazione propria del sistema che ricostruisce il suo ambiente a partire dalla sua codificazione interna, dal suo rapporto con il sottosistema della salute e secondo la percezione che esso ha del mondo esterno. Quello che faremo, dunque, è fondamentalmente osservare (dal nostro punto di vista sociologico) le osservazioni che i *designer* del servizio svolgono nel costruire il loro progetto, “ritagliando” della realtà esterna (i bisogni dei pazienti, delle famiglie, il contesto cittadino, la problematica della obesità, etc.) quello che per loro è rilevante. In questa sua propria osservazione – che in controluce rispecchia anche come si autointerpreta – il servizio, come tutti i sistemi, semplicemente e realisticamente “vede quello che vede” e “non vede quello che non vede” (compreso sé stesso che osserva e le distinzioni che utilizza). Osservare osservazioni è quindi una metodologia che restituisce alla organizzazione osservata una descrizione di come opera che potrebbe sorprenderla, irritarla, colpirla, in quanto svela ciò che l'organizzazione non vede: e non vede perché se lo vedesse o sarebbe una organizzazione diversa o sarebbe costretta a bloccare la sua operatività rimettendo in discussione continuamente quanto sta facendo. Il non vedere i “punti ciechi” è inevitabile per ogni sistema (compreso quello

scientifico che osserva altre osservazioni). In primo luogo è inevitabile che usando le proprie distinzioni il sistema che osserva “crei” il “suo mondo” esterno, dovendo nascondersi che è una sua creazione; in seconda battuta è inevitabile che usando delle distinzioni per costruire la realtà, non possa vedere la distinzione usata, ma solo il lato della distinzione su cui si focalizza; non può, infine, che nascondere se stessa come punto di vista, cioè dimenticarsi che quello che accade, accade proprio perché essa lo lascia accadere, accogliendo solo gli eventi che entrano in risonanza con la sua strutturazione. In termini teorici si direbbe che l’unità della differenza di ogni distinzione (malato/sano, diritto/torto, bene/male, etc.) è l’osservatore stesso che però deve rimanere invisibile. Se non lo fosse vorrebbe dire che esso si è osservato con una distinzione ulteriore, la cui unità di nuovo viene nascosta. In buona sostanza l’osservazione di osservazioni non riesce mai a ricomporre il mondo in modo oggettivo, perché rimane una osservazione tra le altre. Però una organizzazione che progetta servizi può trarre un vantaggio, misto a una certa “irritazione” nel vedersi osservata dall’esterno: quello di vedere qualcosa che non aveva visto e ricalibrare i suoi modi operativi sulla base di questa scoperta.

Il Progetto GET nasce, in forma embrionale, nel 2014 presso il reparto di Pediatria dell’Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. La sua fase sperimentale, basata sul lavoro di gruppo, è durata circa 5 anni ed è conclusa, mentre sono ancora in corso le visite di controllo individuali. Nasce sulla spinta del rinnovato interesse della Regione Emilia-Romagna, prima, e del Comune di Reggio Emilia, poi, per l’obesità infantile. Come ricostruito nei capitoli 1, 7 e 8, in effetti, i dati sulla obesità delle fasce di età più giovani, spiccano a livello territoriale. Nasce simultaneamente dalla osservazione dei servizi sociosanitari che rilevano una *impasse* clinica peculiare e complessa che già evidenzia la paradossalità di fondo di tutto il problema. In primo luogo, non esistono (a quel tempo) trattamenti che prendano in carico il problema oltre il primo livello di “intercettazione” pediatrica o il terzo livello di ospedalizzazione. Da questo punto di vista l’organizzazione sanitaria è cieca. In seconda battuta, e proprio per i motivi suddetti, appare urgente inventare un servizio che tratti l’obesità in modo più articolato e duraturo e che abbia una sua autonomia territoriale: il cosiddetto secondo livello di cura. In terza istanza e in modo ancora più radicale, si prende atto che i trattamenti e le cure dedicate al problema sono “cieche” (di nuovo) verso il “problema dei problemi”: come impegnare i giovani pazienti e le loro famiglie (spesso in ordine inverso di necessità di impegno) a seguire le indicazioni date dai pediatri per provare a cambiare il loro stile di vita e di alimentazione. L’organizzazione sanitaria, infatti, osserva (questa volta in modo chiaro) che generalmente i pazienti (e le loro famiglie) intercettati dai pediatri oppongono una resistenza passiva al servizio nel senso che, se da un lato desiderano essere “presi in carico” e richiedono quasi sempre la prescrizione di una dieta, poi non la seguono o la seguono per poco tempo. È proprio questo ultimo

problema a essere evidenziato dai progettisti. Si percepisce che esiste qualcosa di non osservato che non permette agli *input* dei pediatri di trasformarsi, passando per le famiglie, negli *output* previsti (dai pediatri).

In termini tecnici qui è visibile una “scatola nera” (*Black Box*) dove accade qualcosa che non è direttamente osservabile (intrasparenza). Non è a disposizione una tecnologia previsionale causa-effetto. Ci si aspetta un *output*, ma ne esce uno diverso: qualcosa deve essere accaduto nel processo. Ma cosa? Nel capitolo 6, la psicologa parte del gruppo di progettazione del servizio parla chiaramente di un “ciclo fallimentare” che include i bambini, le loro famiglie e gli operatori (pediatri, in prevalenza) e che genera “giochi a specchio” e processi di colpevolizzazione reciproca con l’emergere (prevedibile) di sentimenti di inefficacia, perdita di tempo, inutilità, etc. Il termine “ciclo” è importante perché evidenzia come il sistema sanitario percepisca di essere in presenza di un “gioco” che si autoalimenta dall’interno e che quindi va sbloccato. Come già si comincia a intuire, sono le modalità stesse in cui è strutturato il rapporto tra pediatri e famiglie a generare, dall’interno, il problema. Conseguentemente è da quel “blocco” – un autoriferimento sistemico secondo cui io famiglia, se vengo contattata dal pediatra per una possibile obesità, pretendo un aiuto in forma di informazioni e di un programma dietetico, senza poi però seguirlo se tu pediatra non mi controlli e io pediatra ti erogo il servizio, ma solo se tu poi lo segui – che nasce l’idea del progetto sperimentale GET.

La proposta di sperimentazione nasce dentro “e” fuori dal sistema sanitario della *usual care*. Nasce come progetto di rendere più complesso il servizio, spostando la pressione dai soli pediatri e creando una sorta di livello intermedio delle cure. La patologia è osservata in termini di causalità multilineare e non deterministica, cioè come dovuta alla interazione tra fattori ambientali, sociali e familiari. Ciò rende necessario, pur dentro al codice della medina malato/sano, tentativi di ibridazione. Il problema non è più solo lo squilibrio calorico, ma anche le ricadute sociali di corpi “grossi” per la vita dei bambini, la possibilità di bullismo, di cali di motivazione, di abitudini alimentari sbagliate etc. Questa ibridazione di codici di lettura del problema è anche molto chiaro nel modo in cui il servizio viene valutato e rivalutato *in itinere*. I protocolli di osservazione sono molto complessi e transdisciplinari. Includono: analisi antropometriche, BMI ed esami del sangue (per i bambini); un questionario all’inizio e alla fine più nel *follow up* per ragazzi e genitori con anamnesi medica e psicologia (rapporti con scuola, processi di integrazione sociale, eventi stressogeni); un questionario ai genitori per valutare qualità di vita dei figli; un questionario-repertorio comportamentale per i figli; un test di Alessitimia (incapacità di riconoscere ed esprimere i propri stati emotivi); un questionario sulle abitudini alimentari della famiglia. Tutto questo con un *follow up* a 1 anno e 1 anno e mezzo dalla fine del ciclo.

Questo progetto è chiaramente anche letto con le lenti della “prevenzione” (pur non essendo prevenzione *tout court*), soprattutto rispetto ai costi sociali che l’obesità potrebbe avere protraendosi nel tempo e nel corso di vita dei bambini. La rilettura in chiave complessa dell’osservazione medica, a cui si affiancano altre modalità di interpretazione, è chiarissima.

4.2. Tentativi di aprire la scatola nera inquadrando in modo nuovo la comunicazione: rendere più complesso il servizio dal punto di vista dei contenuti, della socialità e del tempo

Il servizio GET, sulla base delle riflessioni appena mostrate, prova a innovare la *usual care* tentando di introdurre modalità di comunicazione che aiutino ad aprire la scatola nera. L’unico modo per farlo è introdurre dei nuovi elementi che aiutino la comunicazione medico/paziente a cambiare di modalità. Se non si riesce a capire e a motivare i bambini entro una forma comunicativa fortemente “duale” e in un *setting* clinico, allora si proverà a cambiare *setting* e tipo di comunicazione includendo altri attori. In questo modo, si pensa, si potrà osservare come le comunicazioni tra bambini e famiglie e tra bambini e pari, influenzano i comportamenti dei bambini – che osservati in isolamento non danno appigli alla interpretazione – e perciò sperare di motivare e controllare almeno quella comunicazione. In altri termini è troppo difficile e improbabile cercare la soluzione del problema entrando in comunicazione con il solo paziente, trattandosi di un problema che ha a che vedere con stili di vita acquisiti (proprio in famiglia e tra pari). Si passa dunque a osservare quella realtà comunicativa che si suppone generi gli stili e a controllarla rimotivandola. Possiamo analizzare queste innovazioni che provano a ricostruire una comunicazione oltre il livello medico/paziente nel *setting* clinico, osservando le tre “dimensioni del senso” che qualificano la comunicazione sociosanitaria.

Reframing 1. Dal punto di vista del “tema-problema” della comunicazione (il “cosa”, il problema che il servizio affronta) è chiaro che l’obesità viene letta in modo più multidisciplinare e transdisciplinare di prima. Prima della sperimentazione, l’osservazione medica (a partire dalla pediatria) tratta il paziente come una *black box*, dove entrano ed escono calorie. Il problema allora si presenta se ne entrano troppe o se ne escono troppo poche (oppure, se si evidenzia un meccanismo di scambio difettoso tra *input* e *output*). La matrice di valutazione di quella relazione è data dalle Tabelle pediatriche medie di altezza e di peso. Questo modello causale, estremamente semplice, viene però incorniciato dentro a un contesto sociale macro e micro. A livello “macro” vengono considerate l’organizzazione della società e delle sue istituzioni (ognuna delle quali può agevolare o meno il bruciare calorie); la filiera della produzione e distribuzione del cibo; i significati del cibo e della

convivialità (per esempio si critica la credenza popolare che il sovrappeso dei bambini sia un segno di salute e floridezza), etc. A livello “micro” sono posti i concreti stili di vita delle famiglie (stratificate per variabili socioeconomiche) e i comportamenti osservabili dei bambini (numero di ore davanti a schermi; tempo per attività fisica; numero di pasti e spuntini, etc.). Oltre a micro e macro vengono poi incluse nel modello interpretativo le loro interazioni. Non è perciò un caso che anche nella letteratura sui servizi sia rintracciabile la tipica tripartizione di intervento: strutturale, agenziale e le loro interazioni.

Un secondo arricchimento della comunicazione passa attraverso la “psicologizzazione” del problema obesità. Ciò avviene in almeno tre modi. Il primo riguarda l’analisi della patologia non più in termini di “*black box calorica*”, bensì di una scatola nera dove il problema è quello di uno “squilibrio psicologico”. La psicologia, per esempio, riflette sulle strutture primarie di attaccamento genitori-figli, che se non sono ben agite e in equilibrio (psichico) provocherebbero nel bambino (ma anche nel genitore) una difficoltà di distinguere tra emozioni (spesso negative e stressanti) e fame. Questo nuovo tema della comunicazione – l’Alessitimia – sta a segnalare che se il bambino non impara a interpretare bene le sue emozioni (o non le può esprimere liberamente senza paura di giudizio negativo) le “scambia” per fame andando a compensare la mancanza di agio: se non si ha la possibilità di “digerire” la realtà, si passa a “digerire” del cibo. L’assunzione di cibo, infatti, è quasi controllabile dall’esterno e in tal senso va a costituire una realtà psicofisica chiusa e impenetrabile.

Il terzo arricchimento della tematica obesità, così come viene comunicata in ambito sanitario, riguarda proprio la psiche. È quella la rilevanza più importante che va a complicare l’interpretazione del problema. Il GET è basilaramente un tentativo di lavorare comunicativamente sugli aspetti “motivazionali” dei bambini e delle loro famiglie. Fin dall’inizio si riconosce che il «modello verticale basato sull’informazione e sulla prescrizione di una dietoterapia sia del tutto insufficiente a rispondere alla complessità di una patologia che sconfinava dai limiti strettamente fisici e corporei per estendersi a quelli psicologici e della rete familiare». L’organizzazione medica vorrebbe quindi, mediante un trattamento motivazionale, modificare una parte del suo ambiente (la psiche dei pazienti). Il concetto di “motivazione” ha a che vedere con una sorta di modello di maturazione di una personalità che si prepara a cambiare. Si osserva un momento “contemplativo” dove il paziente e la sua famiglia vedono il problema, ma ancora non sono pronti a uno sforzo per cambiare; e un momento “di prontezza al cambiamento” che è propedeutico a cambiare stile di vita e alimentazione. Naturalmente questa motivazione è fortemente influenzata dal contesto di vita familiare e dalle dinamiche comunicative tra genitori e tra questi e i figli. Proprio per questo intreccio di personalità, l’obesità viene letta come fenomeno *intra* e *inter*-psichico. In

buona sostanza prende una coloritura psicologica molto evidente che però poi deve essere “governata” in modo *inter* e transdisciplinare dentro al servizio. In sintesi, e per chiudere questo momento di analisi, il “tema-problema” obesità infantile viene riletto e ibridato dal progetto GET arricchendolo ben oltre alla prospettiva bio-chimica con chiavi interpretative tratte dalle scienze della comunicazione (parte informativa) e da quelle psicologiche e comportamentali (parte comportamentale e colloquio motivazionale).

Reframing 2. La seconda dimensione del senso che va ad arricchire il tema obesità è quella “sociale”, intendendo precisamente in che modo viene considerata, organizzata e valorizzata (o meno) nel servizio la presenza di interazioni medico-paziente. Il primo punto che viene presentato come qualificante del servizio è che le terapie non riguardano più solo individui presi in carico da un medico, ma anche la famiglia. Come ricorda la dott.ssa Lo Scocco:

La *usual-care*, prima dell’avvio della sperimentazione dei GET, consisteva nell’invio alla dietista da parte del medico pediatra endocrinologo dei pazienti con sovrappeso o obesità, rivalutati poi dal medico stesso con intervalli variabili a seconda anche della presenza di complicanze mediche o meno. La dietista prendeva in carico la situazione con visite periodiche basate sull’indicazione verbale a modificare gli stili di vita (attività fisica strutturata e incidentale) e le abitudini alimentari, controllando l’andamento del peso di volta in volta. Solo alcuni casi selezionati, in cui veniva ravvisato il rischio di psicopatologia sottostante o grave blocco nella motivazione al cambiamento veniva fatto un invio alla psicologa.

Il trattamento è pensato come stimolo per motivare al cambiamento di stili di vita e abitudini familiari relative alla alimentazione e alla attività fisica. Il trattamento per l’obesità infantile viene così esemplificato e modellizzato sulla base di approcci di tipo cognitivo-comportamentale, basati sulla modificazione degli stili di vita e delle abitudini alimentari, sia del bambino che della sua famiglia, studiando gli effetti positivi di tali modificazioni sia sul peso che sull’autostima (Goldfield *et al.* 2007; Braet *et al.* 2004; Hingle *et al.* 2010). Questa focalizzazione sulle comunicazioni familiari non dimentica però che possono esistere vincoli biologici e ambientali quasi impossibili da modificare. In altri termini si prova a ricostruire un intervento finalizzato a un “sistema sociale” minimo – la famiglia, e non più l’individuo – fermo restando che questa può essere influenzata dall’esterno e quindi riconoscendo che il “sistema” rimane aperto e perciò difficilmente controllabile dal servizio stesso.

La seconda innovazione del servizio GET ha a che vedere con il lavoro fatto a “gruppi”. Questo punto è sottolineato in modo molto netto dai *designer*. Secondo loro l’idea vincente è che un trattamento di gruppo sia meglio di uno individuale perché il coinvolgimento delle famiglie e il lavoro con la

presenza dei ragazzi crea una atmosfera di maggiore collaborazione, di minore stigma e, quindi, agevola molto una comunicazione paritaria e “orizzontale”. Tutto ciò genererebbe poi un maggiore impegno da parte di tutti, un apprendimento basato su scambi e attività comuni e, quindi, a sua volta una maggiore probabilità di rimotivarsi e cambiare stile di vita. In altri termini si osserva che il trattamento individuale non “chiarisce” cosa succede nella “scatola nera”, rendendo imprevedibile il risultato del trattamento, in particolare i problemi di *dropout*. Per provare a schiarire la scatola nera, si aggiunge un fattore che si ritiene essere fondamentale per interpretare i comportamenti dei figli: la famiglia. È importante notare che includendo i familiari e anche gruppi di pari, cioè rendendo più complessa la comunicazione, si pensa di poter cogliere quei flussi comunicativi interpersonali che aiutano a spiegare meglio i comportamenti individuali. Questa nota è fondamentale per capire come gli individui, presi singolarmente e posti in un *setting* clinico, difficilmente si rendono auto-trasparenti, rispondendo piuttosto alle attese della organizzazione e del servizio. Lo stesso vale per la presenza di bambini e bambine durante gli incontri che dovrebbero permettere ai piccoli pazienti di non sentirsi isolati e giudicati da adulti.

Il “sociale” del trattamento è quindi esteso rispetto alla interazione medico/paziente, introducendo anche i genitori, altre famiglie e altri bambini. Manca però da questo “quadro” la società, cioè una riflessione e una “presenza” dell’ambiente obesogeno che tanto sembra influire sulla condizione dei pazienti.

Reframing 3. La terza dimensione del senso pertiene il modo in cui viene trattato il tempo, dentro e fuori dal percorso di cura. Si tratta, come vedremo nelle conclusioni, di uno dei problemi più interessanti. In termini generali il problema è il seguente: è possibile trasferire il “dispositivo comunicativo” che nel *setting* riesce a catturare l’attenzione di famiglie e bambini per tempi ristretti, così da riuscire in qualche modo a porre nelle loro coscienze il tema della motivazione a cambiare stili, dentro alla loro vita quotidiana, cioè fuori dal servizio? E ancora: è possibile davvero rimotivare, quando nel servizio si sta probabilmente trattando solo un sintomo comportamentale di problemi che possono essere psicologici? Come avviene questa vera e propria “transustanziazione”? È chiaro che non si possono assimilare le condizioni di vita quotidiana alla comunicazione medica. Ma se questo è ovvio come si riesce a davvero a trasformare un mutamento di motivazione “episodico” in un mutamento abituale?

4.3. L’Autoriflessione del servizio. Osservazione autocritica e tentativi di risposta

Come si è potuto osservare chi ha costruito il servizio lo ha fatto in modo riflessivo e anche innovativo. Proprio per questo motivo è ben visibile, dopo cinque anni di sperimentazione, una auto-osservazione critica che individua già dei veri e propri punti “ciechi” proponendo anche cambiamenti di prospettiva. Il sistema, così, si apre uno spazio di decisione sulle decisioni prese, per poter cambiare, almeno fino a che c’è tempo per farlo. Presentiamo ora alcune delle criticità rilevate dai protagonisti stessi del servizio. In particolare, se ne osservano tre che di nuovo vanno a porsi nelle dimensioni “tematiche”, “sociali” e “temporali” del senso del servizio.

1) Come *includere* il paziente nel servizio. Questa è una prima area di riflessione molto intesa. I responsabili del trattamento, forti della ibridazione di codici con cui leggono la patologia, sono consapevoli che quella complessità è poi difficilmente “ordinabile”. Da un lato è per loro evidente che il problema va trattato come sintesi di tre fattori: uno squilibrio bio-chimico che pertiene il corpo (medicina); uno squilibrio comportamentale che pertiene *input* e *output* calorici; uno squilibrio psicologico che pertiene una gestione di emotività non corretta. Dall’altro, però, è simultaneamente evidente che prendendo in cura la persona del paziente, il “corpo” non è solo corpo (è anche corpo “vissuto” e catetizzato); il comportamento non è solo azioni e reazioni (ma anche risposta ad aspettative sociali); la psiche non è solo psiche (è anche e soprattutto comunicazione sociale, quindi confronto con la famiglia, la scuola, gli amici, quindi interiorizzazione di norme che strutturano la personalità etc.). Se la “sintesi personale” di corpo-comportamenti-psiche è ben visibile ai medici, che tra l’altro interagiscono prima con “persone” poi con i loro corpi-comportamenti-psiche, non si riesce a trattarla in maniera adeguata dovendo ricorrere alla sua analisi, cioè a una sua riduzione per “parti” che ogni professionista cura. A questo problema di cosa includere nel servizio, segue quello di come includerlo, cioè dal modo disciplinare, *inter* e *trans*-disciplinare da adottare. Traspare dalla auto-osservazione che spesso quella sintesi è richiesta come risposta a una mancanza di risorse (“risparmio”) piuttosto che a una vera strategia di cura.

2) Come *comunicare* con i pazienti. Questo punto critico rileva la modalità comunicativa che qualifica il servizio. La consapevolezza che inquadrare la comunicazione solo entro codici professionali e informativi è estremamente limitativo, è forte. Viene introdotto il tema della necessaria “empatia” per comunicare con famiglie e bambini. Ma questo è solo un primo passo. Il vero problema è che l’obesità richiama immediatamente a problemi di auto-stima, auto-colpevolizzazione, sentimenti di inadeguatezza, vergogna nello stare in pubblico, paura di venire etichettati, etc. La stessa comunicazione tra genitori e figli può, e spesso è, problematica perché elabora attribuzioni di

colpe e di *deficit* individuali, sensi di “intrappolamento” (nella mia famiglia siamo tutti grassi da sempre) o, viceversa, di “volontarismo” (basta che lo vogliamo e risolviamo il problema). Di fronte a questo groviglio intersistemico, si è consapevoli che non basta informare – trasmettere informazioni (come se poi fosse così semplice farlo). La soluzione a questo problema viene tentata con il percorso motivazionale che ibrida a sua volta livelli (comunicazione con i bambini, con le famiglie e tra di loro) e temi diversi (dietetici, comportamentali, emotivi, etc.). Si tratta di una comunicazione che somiglia molto anche a una “educazione terapeutica”. Viene riconosciuto che il vero problema è quello di motivare le persone a cambiare le loro “motivazioni” e non è un caso se viene ricordato la rilevanza della “personalizzazione” dei trattamenti. La finalità è l’auto-motivazione e quindi il raggiungere autonomia e autogestione da parte dei pazienti che non potranno rimanere in “cura” per sempre. Viene utilizzato il Modello Trans-teorico del Cambiamento già adottato dai pediatri di Libera Scelta, basato sulla analisi della fase motivazionale in cui si trova il paziente, attivando poi fasi di cambiamento discontinue. Si evidenzia poi la necessità di stimolare la messa in pratica, la trasformazione dalla conoscenza semantica a quella pratica, aggirando i limiti culturali (conoscenze e credenze false) e i blocchi comportamentali pratici (“non è possibile che io riesca a fare questo”). Un secondo problema è dato dal voler lavorare su una “triplice motivazione”: motivare i bambini; motivare i genitori; e motivare i genitori a motivare i bambini. Un tentativo di lavorare su questa triplice motivazione è dato dai momenti comuni in cucina che hanno l’obiettivo

di fornire uno stimolo alle famiglie a sperimentarsi in cucina, assieme ai ragazzi, rendendoli attori attivi del cambiamento, e coinvolgendoli nel progetto che, sempre più deve rappresentare una modificazione graduale e dal basso di uno stile familiare e non del singolo. Anche il sesto incontro avviene secondo la stessa modalità, ma sperimentando una ricetta dolce adatta per una merenda o una colazione.

Un incontro specifico è poi dedicato proprio al rapporto genitori e figli per mettere a tema il problema della motivazione a quel livello comunicativo. Infine, viene messo a tema cosa significhi “trattare” la famiglia insieme ad altre famiglie. Se da un lato questo è atteso essere un modo per permettere una comunicazione più orizzontale e meno professionale, dall’altro si riflette su alcune possibili problematiche riferite a differenti fasi motivazionali dei pazienti e quindi di possibili disallineamenti. Una possibile soluzione presentata è quella di dividere alcuni incontri in sottogruppi di genitori, da un lato, e figli, dall’altro per motivare in modo diverso.

3) Come *organizzare* gli incontri del servizio e i suoi tempi. Una delle problematiche più evidenti è quella del “tempo” del servizio. Non soltanto con che scadenze realizzarlo, ma anche il tema della sua durata e della sua

fine. In un primo tempo, ci viene detto, si volevano fare molti incontri e per molto tempo. Il motivo è semplice e per noi fondamentale: la letteratura evidenzia che i comportamenti cambiano (o almeno sono comunicati come tali) fino a quando sono stimolati dal servizio. Qui sta uno dei paradossi più evidenti su cui torneremo. L'autonomia motivazionale è dipendente (sic!) dalla frequenza del servizio. La "temporalizzazione" del servizio è risultata comunque problematica, per due motivi. In prima istanza perché il percorso terapeutico è comunque molto lungo e richiede la partecipazione attiva a 10 incontri. In secondo luogo, anche perché il tempo tra un incontro e un altro è risultato troppo lungo (tre mesi). L'*équipe* ha perciò pensato di ravvicinare i primi tre incontri e poi lasciato un incontro ogni tre mesi. Tra gli incontri trimestrali, veniva però inviata una *mail* motivazionale mensile per tenere la comunicazione con le famiglie e i bambini. Nei primi tre incontri, i professionisti spiegano alle famiglie il senso e le tappe del percorso e la loro importanza per la motivazione. Dopo questi incontri ravvicinati, si è deciso di non impegnare troppo le famiglie, lasciando pause trimestrali per ogni ulteriore incontro. I responsabili comprendono bene il problema. Da un lato, lasciare così tempo significa incorrere nel rischio di "demotivare" le persone: dall'altro volere incontri più ravvicinati vorrebbe dire impegnarli troppo. In ogni caso (sic!) significa che: o si tengono ingaggiati gli utenti in modo continuo, legandoli al servizio, o li si lascia liberi con il rischio di perderli. Il problema è così pressante che il quinto incontro è pensato proprio come un momento di "rimotivazione a motivarsi". I professionisti cercano di non moralizzare la comunicazione (semplicemente attribuendo colpe o stigmatizzando possibili fallimenti), bensì di condividere con le famiglie possibili momenti di crisi cercando di "normalizzarli" riportandoli dentro alla corrente della motivazione. L'atteggiamento degli operatori non è mai quello «di dare consigli su cosa potrebbero o dovrebbero fare i soggetti, ma di restituire ai partecipanti il controllo e la responsabilità, chiedendo loro cosa si sentirebbero di fare». Spesso, lo vedremo, accade però che le famiglie stesse vogliano deresponsabilizzarsi, chiedendo consigli agli esperti.

4.4. *Etero-osservazione: di nuovo dentro la scatola nera*

Il servizio GET è stato progettato seguendo la più recente letteratura sui trattamenti alla obesità infantile. È disegnato in modo riflessivo e attento ai diversi problemi che si sono manifestati nel tempo. È stato fortemente voluto da una amministrazione pubblica e da istituzioni sanitarie che vedono nella prevenzione e nella sanità territorializzata un punto di forza. Da questo punto di vista rappresenta una buona prassi da diffondere. Purtroppo il "peccato originale" di questo tipo di cura permane senza mostrare nessuna reale soluzione. Sebbene non esistano ancora pubblicazioni scientifiche sul servizio, i

suoi responsabili rilevano un tasso di *dropout* degli utenti che non si discosta dalle attese. La domanda è: perché? Le osservazioni sintetiche che propongo si discostano da quelle usuali che ci si attenderebbe da un *consultant*. Questi darebbe la sua valutazione, dopo una analisi, consigliando modifiche. E certamente lo farebbe con buon senso e professionalità. A quel punto, come la letteratura ci mostra abbondantemente, alcuni di quei consigli verrebbero messi in pratica e... la percentuale dei *dropout* persisterebbe. Essa, infatti, è una costante: una irritazione stabile nel tempo e non aggirabile. Quello che allora forse conviene fare è uscire proprio dal gioco “a-domanda-rispondo” che tiene in piedi la relazione tra esperti e organizzazioni e prendere altre strade. Per esempio, cambiare domanda e chiedersi: perché l’organizzazione sanitaria è capace di porsi solo un tipo di domanda? Cosa ci si può realisticamente attendere da una organizzazione sanitaria? Non è che forse le aspettative siano pretenziose? Non sarebbe più realistico descrivere quelle aspettative come il modo in cui un sistema riproduce obiettivi a cui non può rispondere, ma che comunque lo tengono in vita nella aspettativa di una risposta che non può arrivare? A cosa sono veramente chiamate le organizzazioni sanitarie? E come possono svolgere i loro compiti entro una società complessa dove ogni organizzazione risponde a problemi diversi senza possibilità di coordinamento? E cosa cambia nelle motivazioni e nei comportamenti dei pazienti, attraverso quel tipo di trattamento e cosa non cambia? Cosa può realmente essere modificato e cosa no, nel trattamento? Cosa si può pensare di fare oltre che a rivedere continuamente trattamenti e cure simili? Le domande potrebbero essere moltiplicate, ma tutte mirano a cambiare il modo di osservare che abbiamo nel giudicare come le organizzazioni osservano il “loro” mondo popolato di persone, pazienti, malattie e cure. Un mondo, a dire il vero, già “bizzarro” perché là fuori, oltre a quelle c’è ancora molto altro.

La strada diversa può essere presa solo se si pone tutta la questione a partire dalla differenza tra sistema e ambiente. Il sistema (che va ogni volta indicato precisamente sia esso una “persona”, una interazione, una organizzazione, un sottosistema sociale, la società) costruisce la sua realtà secondo le sue strutture operative. Dall’ambiente non prende nulla così com’è: e dall’ambiente non riceve nulla così com’è. Per poter esistere un sistema necessita di confini ed entro quelli opera, fuori da quelli non opera. Tutto il resto è irritazione ambientale, maggiore complessità da ridurre, tentativo di mantenere la propria autoriproduzione (e non di adattarsi meglio a un ambiente). I sistemi che ci interessano qui operano sulla base del senso, cioè dovendo selezionare sempre qualcosa invece di altro (che rimane potenzialmente disponibile). Il senso è una struttura di “rimando-a” qualcosa d’altro, quindi necessità simultanea di selezione e commessione. Questa struttura del senso pertiene solo due tipi di realtà: i sistemi psichici (che operano sulla base di percezioni e pensieri); i sistemi sociali (che operano sulla base di

comunicazioni). Altri sistemi non operano sulla base del senso. Per esempio, la “vita” non si riproduce in base al senso, e neppure un tumore. I corpi vivono o muoiono, senza che per loro vita e morte abbiano senso. Ognuno di questi sistemi sta nell’ambiente di altri e certamente li può irritare, perturbare, anche distruggere perché influisce sulle loro condizioni di possibilità. Ma ciò che accade al sistema dipende sempre da come questi “traduce” internamente quelle irritazioni. Per un sistema psichico, la rottura di un aneurisma cerebrale, si manifesta prima come mal di testa, poi come tentativo di pensarlo dando un significato a quel male... poi tutto dipende da altro, soprattutto se si arriva in tempo in un Pronto Soccorso, cioè in una organizzazione dove avvengono comunicazioni.

Il servizio GET, da questo punto di vista, è già un microcosmo complesso dove la realtà sociale (comunicativa) irrita e viene irritata da realtà psichiche (ciò che percepiscono e pensano le persone incluse), da realtà biochimiche che influiscono sulla crescita di grasso. È un programma di lavoro; progettato dentro a una organizzazione (una istituzione) sanitaria specifica; che costruisce la sua realtà mediante il codice malato/sano (del sottosistema sociale medico); entro una società complessa che costruisce la realtà in molti modi diversi e non coordinabili, ma che si influenzano reciprocamente; includendo delle singolarità psico-fisiche (le persone), solo potendo trasformarle in membri trattabili della organizzazione entro ruoli di performance e contro ruoli di pubblico (medici/pazienti); cercando di curarle mediante processi di comunicazione che non possono direttamente modificare né la loro psiche né i loro corpi; ma dovendo passare per altri tipi di operazioni quali “interventi chirurgici” (operare praticamente su corpi), somministrazione di medicinali (che operano sui processi biologici) o nel tentativo di motivare i pazienti senza però poter trasferire loro percezioni e pensieri di altri (per esempio dei medici). Prendere atto di questa enorme complessità significa, almeno, prepararsi a comprendere perché le cose non vanno come “vorremmo”. A mio avviso dovrebbero insegnarci qualcosa in più. Creare delle aspettative realistiche, evitando di sommergere di pretese irrealizzabili un programma di cura.

La prima osservazione conclusiva riguarda proprio queste pretese. Il trattamento medico avviene come tentativo di “copiare” il moderno “modello del servizio” in ambito sanitario. Un servizio è una tecnologia sociale dove un esperto A, con conoscenze certe sulla sua realtà, opera su una proprietà C ben delimitabile, che appartiene al cliente B. Provare a copiare e incollare questo modello in ambito sanitario (come avviene normalmente) è del tutto “pretenzioso” e irrealistico. In prima battuta, mancano proprio le caratteristiche necessarie. Il sapere del professionista A non è mai definito e definitivo: in questo senso la medicina non è mai una scienza, soprattutto laddove si sperimentano le cure. L’oggetto da “riparare” non è mai del tutto delimitabile e anche se lo fosse, trattarlo influisce sulle parti del tutto che compongono

un corpo o una mente. I tempi della riparazione non sono certi. L'operazione di riparazione non può iniziare e finire dentro a un *atelier*, perché l'oggetto C deve poter tornare nella realtà esterna insieme al suo proprietario B. La parte C e il suo proprietario B, reagiscono al trattamento: lo possono accettare o rifiutare, agevolare o impedire. In altri termini lo spazio-tempo proprio del modello del servizio – uno spazio-tempo chiuso e quasi impermeabile – non è realizzabile in ambito medico, neppure in corsia d'ospedale. Non è un caso che il modello di cui parliamo nasca come traduzione tecnica (e tecnologica) dell'immaginario del Laboratorio e dell'Esperimento: sistemi sociali ad altissima tecnologizzazione, del tutto chiusi artificialmente, dove una azione (causa) produce una reazione (effetto) in un contesto controllato (cioè chiuso verso l'esterno), dove ogni altra influenza reale viene neutralizzata o inibita. La cura e i trattamenti non possono fare questo. Forse neppure una sala operatoria è così chiusa rispetto all'ambiente da equivalere a un esperimento. I gruppi di controllo simulano in modo troppo lasco la controllabilità sperimentale. Nel caso in esame, la “motivazione” che viene attribuita (dal sistema medico!) ai pazienti e alle loro famiglie, che si pensa (sempre il sistema medico) causi stili di vita non salubri e che dovrebbe essere modificata tramite comunicazioni, è letteralmente aperta a ogni influenza ambientale: alla cultura di vita quotidiana che dà senso al mangiare e alla convivialità; alla psicologia individuale delle persone; alle condizioni sociali di vita di famiglie e pazienti; alla sovra-offerta di cibo che viene sempre semantizzata come “gioia di vita” e benessere; ai rapporti tra famigliari; a cause ereditarie inamovibili motivazionalmente, etc. È davvero sensato aspettarsi questo cambiamento in un contesto così aperto? E se sì, realmente che significa cambiare la motivazione o rimotivare? Sostituire dei pensieri con altri? Ma come? Dare informazioni così che le strutture decisionali psichiche mutino? Ma questo è ancora motivare o è solo informare? Agevolare la creazione di un contesto comunicativo che orienti pazienti e famiglie a mangiare meglio e fare più attività? Potrebbe anche essere. Ma se poi i genitori non hanno tempo o denaro per fare bene la spesa, per cucinare in modo sano, per stare con i figli? Se ognuno torna dal lavoro così stressato da non farcela e da poter mettere in bocca solo un boccone di qualcosa? E se i figli non essendo seguiti durante il giorno stanno troppo davanti a tv, telefoni e non fanno movimento? E se i nonni da cui li si manda hanno piacere a nutrirla così? E se il sistema di produzione-distribuzione degli alimenti è così pervasivo da mettere a disposizione a prezzi più bassi i cibi meno salutari? Che può fare la motivazione? Cosa rispondere a questa osservazione empirica: puoi credere e provare a motivare solo mentre controlli l'interazione con famiglie e pazienti, ma appena questi tornano nel loro contesto di vita tutto svanisce. Oppure che dire di quelli che *droppano*. E che dire se nel tentativo di prevenire e curare l'obesità infantile si crea come effetto collaterale, un allarme sanitario generalizzato sui bambini, una iper-responsabilizzazione della famiglia; poca

attenzione sui problemi di socializzazione; sui problemi interni della famiglia; sul contesto sociale? Non sorge il dubbio che faccia tutto il sistema medico? Per dire: normalizzare la pressione arteriosa media a 70-120 non è patologizzare il 70% dei cittadini? E, ancora: che dire di quella percentuale, sempre un po' bassa e deludente (ma poi perché e per chi? Chi è il giudice?) di chi invece cambia davvero stile di vita. Quel cambiamento è davvero attribuibile al servizio? E non crea altre patologie?

Sulla base di questo primo e fondamentale *misunderstanding*, molto utile alla auto-descrizione del sottosistema medico poiché fortemente legittimante se stesso e i suoi esperti, cerchiamo di enucleare alcune delle paradossalità che il servizio genera, cercando di mantenere il più possibile la distinzione in dimensioni materiali, sociali e temporali, ma senza farci ingabbiare da essa.

(A) Area di come è semantizzata la “problematica”

Questa prima area di riflessione riguarda il modo in cui il servizio dà significato al tema dell'obesità infantile e quale rilevanza dà agli attori del trattamento – soprattutto laddove è in gioco la loro “motivazione”.

1. Abbiamo visto come il GET operi in quanto trattamento, ibridando e aumentando la complessità del modo di osservare l'obesità. Non più solo problema “calorico”, bensì psicologico, comportamentale, familiare e sociale. Il codice utilizzato, quello malato/sano, si arricchisce di nuove tematiche quali, per esempio, se i pazienti si impegnano/non si impegnano; se si tengono informati/disinformati; se sono pronti ad apprendere/incapace d'apprendere; se si comportano in modo giusto/sbagliato, etc. Di fronte a questo arricchimento semantico, non è però sempre chiaro cosa il servizio offra e cosa chieda ai pazienti. Maggiore coerenza comportamentale? Maggiore studio dei cibi e delle diete? Più attività fisica? Neppure è sempre chiaro come le informazioni e gli stimoli che vengono dati, siano poi da mettere in “pratica” da parte dei pazienti. Rimane uno iato ampio tra le informazioni offerte e la capacità di motivare. Definire il problema in modo iper-complesso viene spesso anche notato dai genitori che per certi versi criticano la densità comunicativa degli incontri. Gli stessi responsabili riflettono sul fatto che gli incontri forse sarebbero stati più efficaci se avessero alternato un tema più informativo da trasmettere e apprendere, a uno più pratico e di implementazione comportamentale delle informazioni.

2. La parte informativa del trattamento è positivamente valutata sia dalle famiglie che dai professionisti. Tutti evidenziano che si sono apprese cose nuove, per esempio saper “leggere le etichette” dei cibi, saper interpretare in modo semplice la composizione nutrizionale e calorica di un piatto, comprendere quali sono i comportamenti più sbagliati (fare poco movimento, bere e mangiare prodotti ipercalorici, mettere in tavola cibi precotti, non

avere tempo per mangiare con calma tutti insieme, dedicare poco tempo ai figli, etc.). Oltre a questo, però, diventa necessario per tutti capire a cosa attribuire i cambiamenti o i mancati cambiamenti. In altri termini la parte “motivazionale” non è del tutto governata, nel senso che i meccanismi di motivazione rimangono piuttosto oscuri (*black box*). Sono le informazioni che cambiano la struttura motivazionale degli utenti? Come? Sono le famiglie che informandosi, capiscono i pericoli per i loro figli e si motivano? Ma non lo sapevano già prima? È il fatto di recarsi insieme agli incontri che viene appreso come nuovo modo di fare famiglia? L’unica cosa che pare chiarirsi e che ci sarebbe più bisogno di spazi, tempi e *team* formati al lavoro condiviso, capaci cioè di tenere quella iper-complessità in “ordine”, anche se non si sa bene di che ordine si tratti se davvero si vogliono tenere insieme tutti quei livelli di realtà che si sono inclusi nel codice di osservazione.

3. La difficoltà a mettere ordine dentro alla iper-complessità del problema, viene aumentata dal fatto che al suo cuore sta il rapporto tra psiche, comunicazione sociale e corpo. Sono tre ontologie del tutto diverse che però vanno comprese nelle loro interrelazioni. La difficoltà sta proprio a trattare il corpo come se fosse qualcosa di più di una realtà biologica; la psiche come qualcosa in più che pensieri e personalità; la comunicazione come qualcosa di diverso che passaggio di informazioni. Qui il problema è chiaro: se si tratta solo una di queste ontologie si perde la complessità del problema obesità; se si tratta la complessità non si sa più da che parte cominciare la cura: distinguendo nettamente tra parte informativo-pratica ed emotiva-sociale? Dividere trattamenti motivazionali, informativi, comportamentali? Come si riesce, quindi, a distinguere la parte malata del “corpo” da quella della “psiche” e da quella che deriva dalle relazioni familiari e da quelle tra la famiglia e il suo contesto sociale?

4. Se la iper-complessità del problema è chiara dal punto di vista del trattamento, meno lo è dal punto di vista di cosa cambia nelle professionalità mediche. Dovendo operare a diversi livelli (comportamenti, motivazioni, informazioni) e secondo codici ibridati, si perde anche parte della identità di ruolo medica. Gli esperti che comunicano con famiglie e bambini chi sono? Sono *counselor* e motivatori? Sono dietisti? Sono pedagogisti? Sono un *mix* di queste competenze? Oppure ognuno tratta la sua parte, perdendo così il tutto? Devono informare? Devono motivare? Sono anche esperti di infanzia e di sistemi famigliari? Come devono affrontare la comunicazione della famiglia quando questa eccede la richiesta di informazioni e pone questioni più attinenti i rapporti tra genitori e tra questi e i figli? E soprattutto se si tratta il problema accentuando una sola ontologia in gioco, non si sta “reificando” il paziente-bambino secondo codici unilaterali? È obeso? È ansioso? È incapace di regolarsi? È in una cattiva relazione familiare? Ha un *bias* nella percezione dei rischi e dei pericoli? E, infine, se si vuole mantenere uno sguardo

multidimensionale, chi deciderà quando la persona è davvero guarita? E, a questo punto, si può guarire davvero?

5. Un intero campo di analisi si apre rispetto al tema “motivazione”. Come sappiamo il trattamento è tutto centrato sulle motivazioni e in particolare sul Modello TransTeorico che è una sintesi di vari approcci. Prima bisogna capire, attraverso un *assessment* specifico, in che “momento” motivazionale sono le famiglie e i loro figli (pre-contemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento); poi sulla base di quella posizione, occorre predisporre gruppi con pazienti allo stesso livello di motivazione, informandoli del problema e dei pericoli che corrono; infine come sostenere comunicativamente le motivazioni al cambiamento anche mediante specifici compiti. Il cambiamento avviene se si innescano processi di ordine “cognitivo esperienziale” quali: aumento della consapevolezza; attivazione emotiva; auto-rivalutazione; rivalutazione ambientale; liberazione sociale e di “processi comportamentali” quali: auto-liberazione; controllo dello stimolo; contro-condizionamento; gestione del rinforzo; relazioni d’aiuto. Tutto questo fortemente basato su una visione di individui autonomi, con buone capacità di raggiungere obiettivi, di analisi della situazione (rischio), di “bilancia decisionale” (pro e contro dei comportamenti).

Il punto che va ribadito è che dentro al servizio la motivazione viene evidentemente “ricostruita” astraendola dalle reali motivazioni delle persone, mediante un Colloquio motivazionale. Ricostruzione significa che il sistema che osserva astrae dai motivi delle famiglie e dei figli (qualsiasi cosa siano) e ne seleziona solo alcuni, quelli utili per il suo Modello. Già questo colloquio genera un paradosso. È solo attraverso di esso che i pazienti, orientati dalle domande, ricostruiscono una idea sul problema. In altri termini: prima del colloquio nessuno ha le idee sul problema che avrà dopo il colloquio, per il semplice fatto che la metodologia di comunicazione serve proprio a creare la “posizione”. Nella realtà nessuno ha posizioni. Questa ricostruzione dovuta solo al colloquio, viene poi proiettata dal sistema osservante sulla realtà e, da quel momento, diventa una posizione in un *continuum* che esiste solo nel Modello. A complicare questa “proiezione” sta il fatto che una stessa persona potrebbe essere posizionata a livelli diversi di motivazione entro la complessità del problema. Si può essere in condizione di pre-contemplazione sul bere bevande gassate, e di azione sul fare passeggiate. Si tratta evidentemente di una tecnologia comunicativa estremamente “artificiale”, talmente tanto che poi, una volta effettuato l’*assessment*, non è più possibile ritornare alla realtà (che prima del colloquio, non esiste). Qui si vede molto chiaramente la costruzione della carriera del paziente, della inclusione-escludente dello stesso nel servizio e l’effetto *labelling* che ne deriva. Il paradosso è evidente. La ricerca di autonomia viene scambiata con un’estrema dipendenza dal terapeuta e dai suoi codici di costruzione della realtà. Lo è tanto

che anche se si raggiungesse la “auto-liberazione” o “liberazione sociale”, sarebbero liberazione “secondo” quanto prescritto.

6. La tecnologia comunicativa del Colloquio è anche problematica per altri motivi, molti dei quali riconosciuti riflessivamente dai responsabili, ma che io credo siano indipendenti dal servizio in questione e siano generalizzabili al Modello stesso. Vediamone alcuni.

a) Differenza tra posizione nella fase di *assessment* e posizione al momento dell’inizio del servizio. Questo è un problema temporale. Spesso, ed è il caso del GET, la motivazione diagnosticata al momento del reclutamento e quella effettivamente presente al momento dell’inizio del percorso, sono diverse a causa delle lungaggini della organizzazione. Se questo accade, si lavora su temporalità sfasate.

b) Necessità di costruire gruppi di trattamento con persone che stanno nella stessa posizione motivazionale. È evidente che il trattamento ha senso solo se include soggetti posizionati allo stesso modo. Ma questo può non accadere. Nel caso del GET, per esempio, i gruppi non sono stati suddivisi in questo modo. Non si capisce allora come il trattamento possa funzionare. Nelle interviste con i genitori questo punto è chiaramente stato sottolineato. Il percorso da alcuni è stato giudicato come troppo standardizzato, per altri come troppo indietro su certi temi, per altri come troppo avanti. Perciò alcuni chiedono più personalizzazione degli incontri, se non addirittura incontri di nuovo individuali, altri incontri più generici.

c) A complicare il posizionamento, sta il fatto che uno stesso soggetto solitamente si posiziona in momenti diversi rispetto a tematiche diverse dello stesso percorso. Come si procede in tal senso? Con una matrice che incrocia i temi per le diverse motivazioni? Quanti gruppi ne deriverebbero? Così danti da far pensare che percorsi personalizzati sarebbero per certi versi più utili.

d) Possono poi crearsi scarti e differenze tra quanto anticipato e promesso durante il primo contatto con i Pediatri che precede il Colloquio. Questo problema è molto comune perché la complessità del problema è così elevata che molte cose possono essere programmate, ma solo alcune poi vengono realizzate per tenere insieme i gruppi.

e) Ancora più problematico mi pare l’utilizzo del Modello TransTeorico con bambini di classi d’età diverse, tendenzialmente ancora molto giovani e tra generi diversi. Il problema della età pertiene la efficacia di lavorare su un concetto di motivazione che si coniuga bene con soggetti che abbiano già elaborato una loro identità personale stabile. Più si scende con l’età, più è difficile saperlo. Si pensi solo alla “tecnologia” della bilancia decisionale e della analisi della situazione. La prima richiede una chiara percezione dei costi e benefici di un dato comportamento che nei bambini non è da dare per scontato. Anzi il servizio corre il rischio di mettere sul “piatto della bilancia” costi (salutari e di immagine sociale) che i bambini prima non avevano affatto in mente. La seconda richiede una capacità di distinguere tra rischi

(dovuti alla propria azione) e pericoli (dovuti alla azione di altri) che difficilmente è riscontrabile e non solo nei bambini. Qui entrano in gioco variabili del tutto esterne alla cognizione (per esempio il tipo di comunicazione pubblica del problema). Il problema di tenere insieme nel gruppo soggetti di età diversa, si spiega proprio con l'argomento precedente. Mettere insieme soggetti a livelli di maturazione diversi, può essere fuorviante. Il tema del genere andrebbe fortemente considerato, probabilmente avendo i ragazzi e le ragazze, problemi con la propria corpulenza diversi e socialmente trattati in modo diverso (e in modo diverso dentro a gruppi etnici e culturali diversi).

7. Un altro problema è quello di trattare insieme, ma in realtà anche divisi a seconda dei momenti degli incontri, bambini e genitori. Qui andrebbe capito chi si sta motivando al cambiamento. I figli? I genitori? Le loro relazioni? Il dilemma è questo. Se si tengono insieme, si perde la specificità della motivazione del figlio che, quasi certamente, va a dipendere e a sottostare da quella preponderante dei genitori (o, in certi casi, viceversa). In ogni caso è poi difficile dire di chi sia la motivazione al cambiamento. Se, invece, si tengono divisi i soggetti e le loro motivazioni, ne deriva una complessità tale per cui servirebbero tre trattamenti distinti (se non di più, a seconda di quanti posizioni ognuno ha rispetto ai problemi che affronta).

8. Accada quel che accada, questa “esternalizzazione” della motivazione (per così dire attribuita alla psiche dei pazienti), nasconde solo la sua “creazione” da parte del trattamento. Sono i medici e gli psicologi a filtrare la realtà psichica dei pazienti con questi schemi osservativi che servono per provare a cambiarli comunicativamente, mediante informazioni, giochi motivazionali, tentativi di creare nuove abitudini, di preparare a una maggiore riflessività su cosa si mangia e sul perché etc. In realtà, se si innesca davvero un cambiamento nei pazienti (e potrebbe trattarsi di un innesco del tutto esterno al servizio: chi lo può stabilire?) non può che trattarsi di auto-cambiamento da parte di chi si auto-ri-motiva, venendo irritato dalla comunicazione sanitaria. In altri termini, nessuna “nuova motivazione” può essere trasmessa dal medico al paziente. Il cambiamento è solo auto-cambiamento stimolato dall'esterno.

9. Un altro aspetto critico è quello dell'allineamento tra motivazioni e servizio. Molti dei partecipanti, notano i responsabili, non erano nella fase motivazionale adatta e perciò sono usciti dal servizio. L'*assessment* è stato frettoloso e non c'è stato tempo di analizzare bene le singole posizioni. Altri erano in fase contemplativa e non erano pronti a passare all'azione. Altri ancora non si sono sentiti messi al posto giusto. Si è trattato di un grande processo di “disallineamento”. Alcune volte, come viene riconosciuto, la motivazione arriva solo alla fine del percorso e allora è troppo tardi (per chi? Certamente per il servizio). Altre volte andrebbero pensati trattamenti per la fase contemplativa che potrebbero rivelarsi importanti. Infine, si giunge alla

conclusione che avrebbe avuto senso fare percorsi diversi per le diverse fasi motivazionali.

10. L'ultimo paradosso, è forse il più irritante per il servizio e i suoi designer. Viene da loro stessi rilevato che il trattamento ha probabilmente funzionato per chi era già motivato. Questo lo dicono anche molte altre ricerche. Il meccanismo che rischia di rendere poco utile il trattamento si chiama, in letteratura, "effetto Matteo (San)", dal famoso versetto biblico: chi ha, avrà ancora di più; chi non ha, avrà ancora di meno! Il meccanismo è semplice da capire. In tutti quei processi dove, per cercare di migliorare e comunque cambiare una situazione, si introducono sostegni, risorse, agevolazioni, sussidi, etc., chi li riceve solitamente reagisce in due modi: chi è già dotato di risorse, ne aggiunge altre e migliora la sua dotazione e la sua operatività; chi invece è già in *deficit* di risorse, non riesce neppure a sfruttare quelle nuove che arrivano e quindi rimane nella sua posizione, con la differenza che, proprio perché altri comunque la migliorano, lui retrocede. Dal punto di vista della teoria dei sistemi, il processo è ancora più spiegabile. Un sistema ad alta complessità, cioè dotato di una varietà di elementi elevata e fortemente strutturata, può permettersi di trattare gli stimoli esterni come opportunità, avendo le capacità interne di assorbire nuova complessità. Un sistema che invece è poco complesso, legge quella complessità o come un pericolo alla sua strutturazione oppure non riesce a trasformarlo in opportunità di cambiamento. In altri termini, quello che succede dentro al servizio, è che vengono motivati coloro che sono già prima motivati, mentre chi non è motivato non cambia di stato. Chiaramente questo meccanismo ha a che vedere anche con il modello TransTeorico che prevede un lavoro differenziato per fasi motivazionali. Rimane però questo paradosso dentro al servizio.

(B) Area del "sociale"

In questa sezione cerchiamo di osservare come vengono organizzate le comunicazioni tra ruoli di prestazione (medici e professionisti) e ruoli complementari (famiglie e bambini). Il servizio GET è disegnato dall'inizio come tentativo di creare una comunicazione che ripensi le forme usuali di cura. Per differenza al *setting* medico/paziente, vengono: 1) creati gruppi di famiglie e figli; 2) gestiti sottogruppi di lavoro; 3) utilizzate *expertise* dietetiche e psicologiche; 4) mandate *mail* motivazionali; 5) resa la comunicazione più orizzontale, paritaria e basata su scambio di esperienze e su una metodologia di riflessione comune su di esse. Tutte queste innovazioni nelle forme di comunicazione, finalizzate a motivare famiglie e figli e che sintetizziamo come tentativi di "personalizzazione" del servizio, apre però ad alcuni nuovi problemi.

1. Gli esperti, ma anche gli utenti, tendono a ricostruire asimmetrie laddove si prova a parificare la comunicazione. La famiglia, infatti, osserva il servizio dal punto di vista della "sua" interazione con i figli. È estremamente

attratta da tutto ciò che riguarda le conseguenze delle sue comunicazioni intra-familiari e l'agio o il disagio che i figli mostrano nel seguire il servizio (stanno bene o male nel servizio?). Gli esperti, invece, sono più focalizzati sulla condivisione di esperienze e sul riuscire a impegnare le famiglie e i figli nel modo giusto, dal loro punto di vista esperto.

2. La comunicazione sembra comunque molto attenta alle risposte che i genitori danno, mentre il rapporto con i bambini sembra rimanere più a un livello asimmetrico. Si crea una certa confusione nel tipo di oggetto "C" da riparare. Si lavora sulle abitudini di vita dei genitori che influenzano quelle dei figli? Si lavora sul rapporto tra genitori e figli? Si lavora sui figli e i loro comportamenti? Non è sempre semplice capire su cosa la comunicazione terapeutica si concentri; cosa viene riparato e per quanto? Chi viene motivato?

3. I professionisti osservano che non sempre la comunicazione terapeutica funziona bene quando sono presenti contemporaneamente i genitori e i figli. Possono evidentemente crearsi blocchi comunicativi, oppure la comunicazione prende vie molto *standard* dove i gruppi famigliari "rappresentano" se stessi davanti ad altre famiglie, etc. Per superare questi inciampi, si decide di lavorare in due gruppi distinti con la finalità di "trasmettere fiducia" ai ragazzi. Questo però potrebbe generare sfiducia nei genitori e comunque si contrappone alla idea fondamentale di far lavorare insieme famiglie e figli.

4. Un problema molto evidenziato, sia dalle famiglie che dai responsabili, è che la comunicazione oscilla continuamente tra un orientamento "informativo" e uno "motivazionale". Questa oscillazione non viene sempre valutata in modo positivo. Ma anche qui non si trova una soluzione chiara. Alcune famiglie vorrebbero incontri diversificati per temi, altri invece vorrebbero che ogni tema venisse affrontato in modo bifocale. La vera pietra d'inciampo è che non sempre l'informazione motiva né la motivazione informa, come si spererebbe.

5. Altro problema è quello del luogo dove si svolgono gli incontri. Abbiamo visto che i programmi di cura svolti in casa o nelle comunità sono minoritari rispetto a quelli organizzati in *setting* clinici. Allo stesso tempo però sappiamo che il servizio GET vuole caratterizzarsi come servizio territoriale di secondo livello che non entra in Ospedale. Al momento però lo spazio/tempo scelto per gli incontri sembra essere un compromesso non molto utile. Gli incontri si svolgono comunque in uno spazio che appartiene al sistema sanitario e dove i pazienti sono "ospitati". Non si crea né quella atmosfera familiare che forse sarebbe necessaria, né una chiaramente clinica. Il quadro di riferimento rimane evidentemente sanitario, istituzionale, molto separato dai luoghi della quotidianità.

6. Particolare attenzione va dedicata allo stile comunicativo che viene utilizzato nel trattamento. Se è vero che gli individui fatti di corpo e psiche possono essere motivati solo comunicativamente (e come, se no?), allora la modalità di comunicazione è fondamentale. Tutta l'enorme letteratura in

merito alla comunicazione medico/paziente, indica alcuni punti fermi di partenza. In generale, le ricerche hanno mostrato che medici e pazienti hanno poteri (autorità), identità (professionali) e interessi diversi se non, in molti casi, divergenti. Normalmente la gerarchia di ruoli vede prevalere la voce medica (Mishler, 1984), intesa precisamente come potere di strutturare le interazioni in modo da “ridurre” il paziente in un mero informatore, tra l’altro poco credibile, ingenuo, ignorante. Dentro a questo *frame* comunicativo del tutto asimmetrico, il medico “fa domande” sui sintomi, lasciando al paziente lo spazio di risposte a tema, per poi “replicare” con altre domande o “chiudere” la conversazione. Non tutte le comunicazioni sono però inquadrata in quella modalità. Una analisi più accurata può essere fatta studiando i “turni comunicativi” tra medico e paziente. Se, per esempio, si analizza la interazione “visita”, si osserva che sul piano della sua struttura (aspettative di aspettative) questa si svolge mediante: 1) apertura della visita e introduzione dei presenti; 2) presentazione del problema (malattia-disagio); 3) raccolta d’informazioni mediante domande al paziente ed esame diretto del corpo (o della mente); 4) diagnosi della malattia; 5) proposta del trattamento o della cura; 6) scambi per organizzare la cura; 7) chiusura della visita. Dentro a questa struttura si può comunicare in modo più o meno asimmetrico. Nel caso in cui si voglia rendere la comunicazione più simmetrica, la si può “personalizzare”, dando “voce” al paziente. In pratica questo significa che dal paziente ci si attende (aspettativa) e ci si attende che egli si attenda (aspettativa riflessiva) che possa e voglia: 1) prendere l’iniziativa e gestire l’apertura della interazione; 2) co-costruire il significato del problema medico; 3) contribuire alla definizione del trattamento e della terapia; 4) contribuire a decidere su come organizzare la cura; 5) esprimere emozioni e punti di vista personali su quanto sente ed esperisce. Da come la comunicazione è inquadrata dipende tutto, soprattutto dipende quanto il punto di vista del paziente è “dottoabile”. Se il medico non concede “voce” al paziente, allora questi potrà solo o rimanere dipendente dalle comunicazioni del medico o cambiarlo perché non è soddisfatto. Se, invece, apre alla voce dei pazienti, allora permette di co-gestire la visita in modo collaborativo e spinge verso la personalizzazione. Il medico però non può mai spogliarsi completamente del suo ruolo. Il codice medico rimane sempre quello (malato/sano) e l’organizzazione dei ruoli e contro-ruoli rimane il presupposto fondamentale che può o meno agevolare l’interazione promuovendo la partecipazione dei pazienti. Dentro alla organizzazione non può mai entrare davvero “la vita del paziente”. L’interazione può solo trasformare questa pretesa “intrattabile” in aspettativa sanitaria “trattabile”. Ma questo fa la differenza.

7) Dentro al servizio GET, come ad ogni altro che cerchi di entrare in comunicazione profonda con i pazienti, la comunicazione personalizzata sembra necessaria e fortemente richiesta. Questa richiesta può essere spiegata proprio perché la finalità del trattamento è ristrutturare le motivazioni

dei pazienti. Per farlo bisogna prima capire quelle che hanno al momento di entrata del servizio, comprendere perché sono in quella posizione motivazionale e, solo a quel punto, provare a irritare le persone per agevolare il mutamento di motivazione. La comunicazione personalizzata serve proprio a riconoscere ed enfatizzare la “agenzia” dei pazienti; a capacitarli; a responsabilizzarli; a creare un senso di condivisione con altri pazienti e con i professionisti; a generare una comprensione e un ascolto più profondo; ad ampliare la narrazione e l’autoriflessione delle persone; a dare un significato personale e non solo medico al disagio; a prendere decisioni condivise. Questa tecnologia di *sense-making* agevola molto la rimotivazione perché richiede un impegno comune tra medico, paziente e familiari che diventa l’obiettivo condiviso. In altri termini perché è più capace del modello comunicativo asimmetrico di allineare identità e interessi diversi. È difficile capire dalle interviste svolte se questo modello comunicativo personalizzato è davvero utilizzato, sempre e comunque. L’apprezzamento delle famiglie indica che comunque l’asimmetria comunicativa è stata evitata, anche perché nella interazione non compaiono medici veri e propri. D’altra parte, però, rimangono aperti tre problemi: *i*) il rapporto tra questo modo di comunicazione dentro al servizio e la sua traduzione nel rapporto con i medici e i pediatri di cui sappiamo poco; *ii*) la reale personalizzazione della comunicazione che per certi versi sembra ancora troppo orientata sull’obiettivo di trasmettere informazione e di dare qualche piccola spinta (*nudge*) per modificare i cambiamenti. In entrambi i casi non si tratta ancora di comunicazione profonda e di *sense making*; *iii*) la temporalità della comunicazione che avviene solo dentro al servizio senza poter agire sul contesto di vita dei pazienti.

8) Questa personalizzazione della comunicazione potrebbe poi trasformarsi paradossalmente in una “individualizzazione” di cure spersonalizzanti. Qui occorre osservare entro il sottosistema sanitario e nelle sue organizzazioni, quali *expertise* prevalgono e prevarranno. Di fatto il sistema sanitario moderno ha visto come protagonisti le professioni mediche affiancate da *manager* per la gestione amministrativa ed economica delle organizzazioni. Oggi però stanno emergendo professioni diverse che tendono a spostare la comunicazione dal rapporto medico/paziente verso un tipo di comunicazione che neppure è più asimmetrica, quanto piuttosto unidirezionale. Mi riferisco soprattutto gli “esperti” e ai “tecnici” che, utilizzando tecnologie sempre più “impersonali”, contano di più dei medici nella gestione della medicina. La comunicazione, quindi, potrebbe addirittura prescindere dalla interazione con il paziente (vedi: cartelle cliniche digitali), oppure limitarla a un mero scambio di informazioni – spesso “estrate” dai corpi – senza centrarsi minimamente su una cura per la singolarità dei pazienti. In questa deriva individualizzante il paziente sarebbe un corpo analizzato e ricostruito senza riferimento alla persona.

9) L'ultimo problema che evidenzio è uno dei più rilevanti per questo tipo di trattamenti. Il "sociale" che entra nel trattamento GET è prevalentemente interattivo e centrato sulla osservazione di comportamenti e motivazioni personali. In tal senso il servizio realmente "non vede che non vede", la società, cioè il contesto delle interazioni che osserva. Chi fa parte del trattamento, i professionisti e le famiglie, non riescono più di tanto a reintrodurre nelle loro conversazioni tutta quella complessità che in qualche modo, ma certamente, influisce nella costruzione del problema. Non viene messo a tema, per esempio: il modo in cui le famiglie si approvvigionano del cibo; la qualità di quel cibo per come è stato prodotto e da chi è stato prodotto; i tempi per cucinarlo; la divisione del lavoro familiare; la strutturazione degli orari del mondo del lavoro; la forma del sistema della mobilità territoriale; il rapporto con i parenti; l'offerta di intrattenimento via *mobile phone* e altri schermi; la cultura consumistica; l'offerta di sport e di attività fisica nel territorio, e così via. In tal senso viene completamente saltato tutto il livello macro-sociale di quello che è definito l'ambiente obesogeno. Non è un caso che tutto il trattamento veda solo il lato interno della relazione sistema (famiglia)/ambiente (società) con la conseguenza che i problemi vengono prevalentemente attribuiti al comportamento e alle motivazioni dei sistemi (e non dell'ambiente). Ne deriva ancora che gran parte della comunicazione si concentri sui comportamenti a rischio delle famiglie e dei figli (i "loro" stili di vita, i "loro" comportamenti, le "loro motivazioni"), e non si focalizzi invece sui "pericoli" che derivano dal vivere in quell'ambiente dove si viene coinvolti da decisioni su cui non si può incidere.

(C) *Area Temporale*

La dimensione temporale è certamente quella più problematica. Abbiamo visto come tutta la letteratura rifletta sul problema del *dropout*. In primo luogo, una percentuale molto elevata di pazienti e famiglie esce dal trattamento senza terminarlo. In seconda battuta anche tra chi lo termina si osservano percentuali di cambiamento della condizione obesa più basse di quanto ci si aspetterebbe. Se si considera la lunghezza di questi percorsi di cura, le risorse investite e le aspettative di soluzione del problema, appare chiaro che qui sta un punto cieco del sistema. La riflessione stessa dei servizi non può che concludere con uno *slogan* che però non risolve nulla: *the longer the better*. In questa dimensione si accumulano paradossalità, da quelle organizzative a quelle relative al senso stesso del servizio. Più il trattamento si allunga nel tempo,

- 1) più sono le risorse investite, minore quindi è quel risparmio che si vorrebbe raggiungere portando a sintesi più approcci disciplinari nel servizio;
- 2) più ci si allontana dalla idea di servizio territoriale di secondo livello ben delimitato e sostenibile nel tempo;

3) più viene richiesto un impegno alle famiglie e ai loro figli che, d'altro canto, è percepito come una delle risorse più scarse;

4) più le pause tra un incontro e un altro vengono dilazionate, per non essere troppo intrusivi, meno si riescono a impegnare gli utenti che perdono di contatto con i responsabili (d'altra parte, se si riducono i tempi, le famiglie non riescono a seguire);

5) più il trattamento si trasforma, incontro dopo incontro, in una sorta di “mondo parallelo” dove si istituzionalizzano regole e aspettative tipiche e peculiari che hanno sempre meno a che vedere con la vita quotidiana;

6) più dentro a questo mondo “istituito” del servizio le famiglie e gli utenti cominciano a rispondere alle aspettative degli esperti, ma solo mentre sono osservate e controllate;

7) più i tentativi di motivare gli utenti rispondono a una costruzione “interna” al sistema della motivazione stessa. Si pensi alla visita al supermercato dove si imparano a leggere le etichette dei cibi. Durante la visita, lo si fa; poi poco a poco e nella quotidianità non lo si fa più;

8) più le aspettative di autonomizzazione e responsabilizzazione vengono sostituite da aspettative di delega e di controllo;

9) più si crea una paradossale nuova dipendenza per motivare alla libertà. A quel punto si entra dentro un tipico *double bind*: ti lego al servizio per fare che tu te ne sleghi, ma se poi ti sleghi me lo devi dimostrare riallacciandoti al servizio per i controlli.

10) In sintesi, a livello temporale esplode il paradosso della necessaria istituzionalizzazione degli utenti per prepararli a una vita nuova. Se si vuole controllare e verificare che seguano le regole del “gioco”, bisogna tenerli nel servizio: se li si tiene nel servizio, questo diventa davvero un “gioco” che non ha una vera traduzione nella vita quotidiana che ha, a sua volta, da seguire regole di giochi ben diverse. Il trattamento funziona nella scatola “grigia” controllabile del servizio, ma non si traduce facilmente in nuovi *habitus* alimentari e in nuovi stili di vita.

5. L'osservazione sociologica come arte di “rompere le scatole”

Per tentare una sintesi di quanto elaborato sinora, presentiamo i risultati di alcune ricerche, molto recenti, che cercano di fare il punto sui fattori che agevolano o meno le famiglie e i loro figli a partecipare con costanza ai servizi per il contrasto alla obesità.

Il primo articolo di Ball *et alii* (2021) è focalizzato su fattori relativi alla organizzazione del servizio. I ricercatori cercano di indentificare, mediante una *systematic review*, le strategie migliori per ridurre il numero di *dropout* e i fattori d'attrito nei servizi a contrasto della obesità pediatrica. Numerose sembrano essere le opportunità per cercare di “fidelizzare” al servizio i

pazienti e i loro familiari, anche se nessuna può davvero essere indicata come il “fattore” determinante causalmente, mancando la possibilità di realizzare esperimenti sociali. Elenchiamo di seguito le riflessioni che emergono da quella analisi sistematica:

1) incoraggiare i medici a valutare il livello di motivazione dei pazienti e delle loro famiglie, prima di includerle nel trattamento. Questa preselezione, evidentemente, aiuterebbe i medici a focalizzare tempo e risorse sulle famiglie che sono pronte a collaborare;

2) le riunioni di “orientamento”, si afferma, potrebbero anche ridurre l’attrito, ma sono più utili per verificare e incoraggiare se le famiglie e i bambini si predispongono a venire trattati;

3) molti studi hanno dimostrato che i fattori logistici giocano un ruolo importante nel motivare le famiglie a continuare (o meno) il trattamento. La presenza di mezzi di trasporto pubblici, di parcheggi vicino alla sedi del servizio (meglio se gratuito), la flessibilità negli orari del trattamento, sincronizzati o desincronizzati, con quelli della scuola dei figli e del lavoro dei genitori sono tutti fattori che possono agevolare o meno la frequenza agli incontri e, addirittura, sostenere o meno la loro motivazione. La rivoluzione digitale permette ora anche di svolgere parte degli incontri *online* e questo potrebbe agevolare la partecipazione, così come certamente lo farebbe l’organizzazione visite nella abitazione delle famiglie;

4) anche la presenza o la mancanza di sostegno “continuo” al trattamento dell’obesità, da parte del servizio, è fondamentale per tenere ingaggiate famiglie e figli, specialmente laddove è in gioco il tentativo di far cambiare stili di vita e di alimentazione. In questo campo emergono due problematiche: a) l’auto-monitoraggio da parte di famiglie e figli sembra essere molto rilevante per mantenere l’impegno nel tempo, ma è anche estremamente difficile da richiedere ai pazienti: b) l’interazione continua tra specialisti, familiari e figli appare come uno degli elementi più rilevanti per mantenere gli impegni, anche perché questa abitudine sembra “normalizzare” il sempre possibile effetto stigma del servizio;

5) un ulteriore elemento che sembra positivamente influire sul mantenimento della relazione tra medici e pazienti, è la predisposizione di servizi personalizzati basati su forme di comunicazione continuative e attente ai bisogni cangianti dei pazienti;

6) in ultimo viene enfatizzato il ruolo di “navigators” che orientino e indirizzino le famiglie e i loro figli verso le informazioni, i servizi, le risorse più utili ad affrontare il problema, operando anche per una capacitazione dei pazienti stessi. Questi navigatori – e che potremmo chiamare *community manager* – sono quindi professionisti che dovrebbero aiutare a ottimizzare gli interventi, a riflettere sui loro impatti, a dare alle famiglie una maggiore consapevolezza della mappa delle risorse territoriali, ponendo particolare

attenzione sulla costruzione di un “pacchetto trasversale” di beni e servizi che vengono da, attori, settori e livelli diversi.

Il secondo articolo di Lagerros e Rössner (2013) si focalizza invece su aspetti prevalentemente esterni al servizio. Attraverso la loro *review*, gli autori giungono a conclusioni a dir poco sconfortanti, tanto da chiedersi se davvero abbia senso interrogarsi sulla cosiddetta pandemia della obesità, oppure se non sia più sensato chiedersi perché c'è ancora “qualche persona magra in giro”. L'analisi evidenzia che gli strumenti convenzionali per contrastare l'obesità – in particolare le modifiche degli stili di vita e i farmaci – si scontrano costantemente con fattori “disabilitanti” su cui né il servizio, né la famiglie possono aver alcun controllo di sorta, quali: 1) aspettative irrealistiche di successo dettate da una comunicazione “salutare” che impone norme di corpulenza (magra) normalmente non raggiungibili; 2) elaborazione di immagini culturali che legittimano, al contrario, l'essere grassi come forma di salute (il corpo *curvy*); 3) mancanza nei dintorni di negozi alimentari di qualità e presenza di supermercati con prodotti di bassa qualità e fortemente “trattati”; 4) percezione del quartiere come luogo pericoloso dove non si può fare attività fisica o con pochi luoghi pubblici all'aperto.

Come è facile osservare, nessuno di questi fattori è minimamente controllabile dal sistema dei servizi e neppure dalle famiglie. Si tratta di normalissime “fattezze” della società contemporanea a cui se ne potrebbero aggiungere decine di altre. Non è un caso che le soluzioni proposte, con ragionevolezza, sono quelle di: 1) tassare il cibo e le bevande non salutari; 2) aumentare la leggibilità delle etichette sui prodotti alimentari; 3) riduzione della pubblicità a cibo e bevande spazzatura, soprattutto per bambini. Peccato che 1) la tassazione produca l'aumento dei prezzi dei prodotti insalubri che però, in molti casi, rimangono più bassi di quelli dei prodotti salutari; 2) le etichette vanno lette e non si possono costringere i consumatori a farlo; 3) la riduzione della pubblicità può mettere in discussione l'occupazione creando un altro e forse peggiore problema sociale. La conclusione dei ricercatori è però notevolissima: essi osservano che uno dei dati meno controvertibili è quello dell'aumento impressionante di chirurgia bariatrica, l'unica a garantire una perdita di peso certa e un controllo a medio termine del peso.

L'ultima riflessione prova a ripensare il problema né da un punto di vista micro-organizzativo, né macro-sociale, bensì sistemico. La tesi di Pearce *et al.* (2019) è che

changing the health system to implement effective action for the prevention of obesity therefore calls for an examination of the issues through a systems lens rather than taking a simple problem-solution driven approach. Health services are a complex system, constituted of a range of people, processes, activities, settings and structures. The interrelationships, boundaries, processes and perspectives connect in dynamic and non-linear ways which may result in emergent self-organised behaviour (Pearce *et al.*, *op. cit.*, p. 14)

Inoltre, ogni Sistema è spesso imbricato in altri sistemi con le loro dinamiche autonome. Di conseguenza «a search for solutions means identifying multiple causes as well as multiple points for intervention and being aware of unintended consequences» (Pearce *et al.*, *op. cit.*, p. 14). Nel consueto stile scientifico “complesso”, si ribadisce la necessità di osservare la realtà tenendo conto dei diversi attori, delle loro relazioni, interrelazioni, fattori emergenti, *feedback*, influenze ambientali, delle politiche, della cultura, etc. e che tutto ciò

could include looking at moving beyond traditional structural boundaries to look at alternative models of care to the medical model including the use of support roles outside of those typically considered to be health professionals, particularly in the role of ongoing support (Pearce *et al.*, *op. cit.*, p. 14).

Così basterebbe “cambiare tutto, affinché tutto potesse cambiare!”.

Queste tre osservazioni – micro, macro e interattiva – ci riportano con i piedi per terra e ci ricordano quanto un problema complesso come quello della obesità sia difficile da affrontare. Lo è non perché la società “funziona male”, ma proprio perché è “fatta come è fatta” e cambiarla è quasi impossibile, se non in scala molto piccola e per piccoli passi. In particolare, dalla ricerca che abbiamo presentato, risultano alcune importanti riflessioni che consigliano di ripensare il rapporto tra famiglie, servizi e società.

Se si escludono tutti i trattamenti con medicinali e quelli chirurgici che riguardano il “corpo” delle persone, le organizzazioni sanitarie sono abituate a operare con comunicazioni codificate nei termini malato/sano, cioè entro il sottosistema sanitario, ma ormai lo fanno ibridando fortemente quel codice con quello scientifico (vero/falso, secondo i risultati di *pilots* e *trials* a base sperimentale), con quello socio-assistenziale (aiuto/non aiuto, integrando i trattamenti sanitari con quelli che provano a cambiare le abitudini dei pazienti, per esempio stimolando esercizio fisico), educativo (prevenzione/postvenzione, integrando la comunicazione sanitaria con quella pedagogica ed educativa), etc., nel tentativo d’influire sulle motivazioni dei pazienti e delle loro famiglie. Influenzare significa esattamente: provare a convincere qualcuno che i suoi interessi e abitudini non sono quelli giusti e adatti per lui. È un esercizio di difficoltà immane, come dimostra la nascita e lo sviluppo delle scienze del marketing nella seconda metà del Novecento. Esiste infatti un paradosso ineludibile in questo tentativo. Cambiare motivazioni come se fossero qualcosa che sta al di là del servizio, mentre in realtà sono fatte emergere e comunicate, dentro al servizio (che le osserva anch’esso come esterne). La motivazione dei pazienti e delle famiglie è “sempre” una aspettativa che si riproduce nella comunicazione sanitaria. Si può ipotizzare e provare a verificare se esiste prima, ma lo si fa sempre dentro alla comunicazione del trattamento. Quando i pazienti vengono inclusi, lo sono per la loro “dottorabilità”, non per i loro vissuti “puri”: l’organizzazione sanitaria

filtra la complessità individuale trasformandola in una persona paziente (già!), cioè in un indirizzo per comunicazioni sanitarie. A quel punto, i “veri” motivi dei pazienti (supposto che esista qualcosa del genere) sono ricostruiti per i fini del trattamento. Da questa “inclusione” non si può uscire.

Ma se è così, allora il punto non è più come influenzare (ammesso e non concesso che si possa: sarebbe meglio limitarsi a parlare di “irritazione” cognitiva) i pazienti: il problema diventa in *come* poterlo fare sia “dentro” sia “fuori” dal servizio, volendo mediante esso cambiare gli *habitus*, gli stili di vita e di alimentazione, finanche le cognizioni dei pazienti. È proprio qui che si apre uno iato tra due “mondi”: quello del trattamento e quello della vita quotidiana. La influenza (irritazione) del servizio appare molto forte sui motivi della “persona-paziente” (e della famiglia), entro i confini spazio-temporali degli incontri. È lì che bambini e famiglie – in gruppo o singolarmente – mediante la interazione (cioè attraverso la loro “presenza”) vengono fortemente ingaggiati e resi sensibili alla comunicazione. Non è certamente un caso se le persone (pazienti) manifestano attenzione alle cure e tentativi di ristrutturazione motivazionale proprio mentre la comunicazione con i medici-operatori sanitari è attiva. Tutto, dentro agli incontri, è costruito per raggiungere quell’obiettivo. Questa è la forza delle organizzazioni: motivare a fare cose che normalmente non si farebbero, strutturare comportamenti, rendere prevedibili gli attori sociali, inserirli in ruoli (aspettative istituzionali), controllarli, orientarli, impegnarli (chi di noi suderebbe tanto, fuori dalla palestra? Chi starebbe seduto cinque ore parlando pochissimo, fuori dalla scuola? Chi lavorerebbe dieci ore al giorno, fuori dalla professione? Etc.). Ma questo accoppiamento strutturale – tra coscienze personali e comunicazioni organizzative – rimane forte solo dentro al trattamento-servizio. Questa è la logica delle Spa (*salus o sanitas per aquam o per aquas*), delle stazioni termali, dei soggiorni più o meno lunghi in centri di disintossicazione (da sostanze varie), o in centri per la salute o per la riabilitazione. Tutte istituzioni totali dove si viene isolati, non a caso, dalla società per potere vivere in modi che normalmente verrebbero considerati a mala pena “normali”². Isolati per un triplice motivo: perché si possa vivere in modo diverso venendo “sostenuti” a farlo dai professionisti; perché questo modo di vivere temporaneo non venga osservato e giudicato con i criteri della quotidianità “là fuori”; e, soprattutto, perché quel modo di vivere temporaneo non venga riprodotto poi in modo uguale nella vita quotidiana. Questa è una potentissima logica della “inclusione escludente” che funziona proprio perché pone confini netti e ben riconoscibili tra un dentro e un fuori, rendendo possibile e legittimo vivere in un “campo” diverso da ogni altra situazione sociale e dove ogni

² Ricordo ancora quando da bambino, mi colpì in modo particolare il racconto del medico di famiglia, un anziano e meraviglioso uomo che era “scampato” a un campo di concentramento nazista: raccontava sempre di non aver mai incontrato qualcuno grasso e di quanto tempo gli ci volle per riabituarsi a mangiare in modo “normale”.

azione/esperienza è trattata e finalizzata per un cambiamento che poi dovrebbe diventare abitudine. Non appena le persone escono dal “campo”, oppure nelle pause tra un incontro e l’altro, l’accoppiamento tra coscienze e comunicazione, diventa invece lasco e le persone ricominciano a fare altro a pensare ad altro. Ecco perché i trattamenti di salute e bellezza per persone ricche sono volontari, costosi e si ripetono nel tempo: servono a recuperare costantemente ciò che viene perso durante i periodi di “libertà”. Mi pare che tutte le ricerche, compresa la nostra, ribadiscano questa difficoltà di trasportare ciò che accade dentro al trattamento, fuori nella realtà. A meno che non si vogliano istituzionalizzare bambini e famiglie, il prezzo da pagare sono i tassi altissimi di *dropout*. Moltissimi non finiscono il trattamento: ancora di più lo finiscono, ma tornano poi alle loro precedenti abitudini. Del servizio GET sappiamo solo del tasso elevato di *dropout*, ma ancora null’altro in termini di valutazione. Sarà interessante capire a distanza di tempo quali sono stati gli “impatti”. In ogni caso non sembra esserci una grande differenza tra chi frequenta in gruppo il servizio, tra chi utilizza trattamenti individuali e chi “esce”. Tutti fanno poi fatica a cambiare abitudini. Si potrebbe pensare perciò a “istituzioni compensatorie” che mantengono le “motivazioni” connesse con il servizio: per esempio l’istituzione di gruppi di “obesi anonimi”, gruppi di auto-aiuto che estendano temporalmente l’impegno motivazionale sostituendo la comunicazione della organizzazione sanitaria con quella del gruppo informale.

Il punto critico però rimane. Una volta usciti dalla “scatola magica” del trattamento l’attenzione e l’impegno necessari a cambiare stili di vita tendono a scemare. In altri termini: un conto è ascoltare le ragioni che predicano un cambiamento; un altro è farle diventare parte della propria struttura motivazionale; un altro ancora, è mantenerle nel tempo. È proprio la prova del tempo quella più difficile, ma non è difficile capire perché lo è!

Una volta usciti di nuovo nella “realtà”, le famiglie e i figli si trovano in un mondo che non si allinea affatto alle pretese del trattamento. È un mondo sociale fatto di orari di lavoro che non permettono ai genitori di mangiare con i figli; di orari scolastici che non permettono ai figli di pranzare con i genitori; di una distribuzione del lavoro professionale, di cura ed educativo, fortemente squilibrati tra padri e madri; di tempi pomeridiani per i figli fatti di grandi vuoti da riempire con i mass media; di una catena produttiva e distributiva del cibo e delle bevande che privilegia prezzi bassi e cibi trattati; di pressioni pubblicitarie a consumare; da un sistema di intrattenimento che “esalta” la preparazione del cibo e la sua condivisione conviviale; di immagini del corpo contraddittorie, alcune che glorificano la magrezza, altre la rotondità; di tradizioni familiari che danno senso alla vita; di abitudini a festeggiare con i cari davanti a un buon piatto (provate a festeggiare digiunando!); di una urbanistica che sanziona lo spostarsi a piedi o in bicicletta; di pochi spazi pubblici per fare esercizio fisico; della emissione-immissione

di sostanze dentro agli oggetti della quotidianità (plastiche, tessuti, aria) che probabilmente interagiscono con il sistema ormonale (suonare al citofono: abbassamento della fertilità); di modelli di ruolo professionale che valorizzano al massimo la competizione e quindi stimolano reazioni stressanti; e si potrebbe continuare a volontà. In sintesi, quei bambini e quelle famiglie che escono dalla porta del servizio rientrano poi in un ambiente “obesogeno”, che comunica tutt’altro tipo di informazione e motiva spesso in senso opposto al servizio. È semplicemente evidente che questo ambiente non può essere trattato dentro al servizio. Certo, si può insegnare alle famiglie come leggere le etichette dei prodotti e provare a motivarle a farlo anche dopo che li si è portati al supermercato una volta; ma non si può motivare i produttori dei cibi in scatola o pronti, a cambiare le loro produzioni. Oppure lo si può fare, ma a livello di legislazione nazionale. Si può insegnare alla famiglia a “leggere” il piatto secondo i colori dei cibi e la partizione degli stessi nel piatto; ma non si può certamente insegnare al loro datore di lavoro che se devono trattenersi al lavoro fino alle 19:00 poi non riescono a trovare le energie per cucinare in modo sano. Si può certamente consigliare alle famiglie di non lasciare i figli soli in casa nel pomeriggio, davanti alla tv, o al telefono, o ai video giochi, ma non gli si può pagare l’*home education* così che abbiano un tutore personale che li intrattiene. In buona sostanza esiste una asimmetria tra “dentro e fuori” il servizio che è difficilmente equilibrabile. Quello che si può fare è solo “irritare” i ragazzi e le loro famiglie, sperando che essi trovino la motivazione per perseguire nel tempo. Questa consapevolezza, però, ci riporta a ulteriori e tipici problemi.

In primo luogo, si tratta sempre della motivazione di sistemi psichici che viene per così dire “sostenuta” dall’esterno, ma che non può mai essere “trasmessa” dal servizio alle coscienze dei pazienti: nulla viene trasmesso, esiste sola una possibilità di risonanza interna alle coscienze che riattivano alcune ragioni e motivi dall’interno. La “punteggiatura” tipica del modello teorico motivazionale, in un certo senso tende a nascondere questo fatto. Distinguere tra fase di precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento e ricaduta (a parte la difficoltà di stabilire dove la coscienza stia davvero), per poi dire che le famiglie e i bambini da includere nel servizio devono essere già in fase motivazionale, se no con alta probabilità se ne “escono”, significa dire che si riesce a motivare chi è già motivato, per non dire delle numerose “ricadute”. In seconda battuta, proprio la simultanea chiusura operativa di comunicazioni sociali (ambiente sociale) e coscienze (sistema psichico) e la loro apertura informativa (cioè il fatto che davvero avvengono al loro interno ricostruzioni di eventi e del loro significato), rende praticamente impossibile “attribuire” il cambiamento – o colpevolizzare per il non cambiamento, o criticare per le ricadute – al trattamento, alle persone o a influenze esterne. Ciò non significa che il servizio non serva a nulla, evidentemente. Significa però che la sua tenuta, anche dentro a un

programma sanitario territoriale, dipende da una pre-legittimazione che difficilmente può essere troppo legata ai “risultati” empiricamente misurabili. Si tratta di uno dei tanti programmi che vengono sostenuti dalla comunicazione sanitaria complessiva (campagne di educazione e prevenzione che sottolineano la necessità di trattare l’obesità; drammatizzazione dei costi sociali ed economici dell’obesità per il Paese e il suo servizio sanitario; campagne di rieducazione alimentare, etc.) e che devono motivare il sistema (sanitario) a spendere risorse per qualcosa che non è verificabile con semplicità. Ecco perché poi la tentazione di investire in chirurgia è alta.

Un ulteriore tema critico è dato dall’effetto *labelling* che comunque si imprime nei pazienti, volenti o nolenti. Qui ci troviamo di fronte al fatto, già riconosciuto da Luhmann, che

la malattia è troppo generale perché si possa pretendere di curarla. Diversamente da quanto prevede la psicologia freudiana della sublimazione, ciò che è generale, una volta rimosso, non ritorna migliorato, ma anzi peggiorato nella coscienza: come malattia (Luhmann, 1990, p. 430).

In altri termini, e sarebbe preoccupante davvero, l’essere resi coscienti fin da piccoli di essere piuttosto corpulenti e la richiesta di un impegno molto dispendioso per la famiglia a trattare la “malattia” (attuale, futura, reale, possibile?) già pone genitori e figli dentro a una rappresentazione che li “etichetta” come pazienti, in *deficit*. Se questa rappresentazione del sistema sanitario (che è sempre molto attento a non comunicarla in modo troppo avventato, ma che comunque la comunica) viene poi per così dire interiorizzata dai pazienti, cioè diventa parte della struttura della loro personalità, allora forse abbiamo costruito una patologia ulteriore che potrebbe consistere nel liberarsi dalle colpe (attribuite) con una alzata di spalle: è la genetica, cari e fine della storia. Oppure un’altra patologia ancora: il fondarsi della comunicazione familiare e lo strutturarsi dei rapporti tra genitori e figli, sulla base del “problema”. Oppure, per ultimo, questa etichetta potrebbe diventare la porta di ingresso per ogni ulteriore sviluppo psicologico, quasi la base di partenza sicura a cui fare ritorno per essere tenuti in conto e in “cura” dagli altri. E infine che fare se poi il bambino non dimagrisce? A parte i casi in cui viene mandato al livello di cura ospedaliera per l’insorgenza di altre patologie connesse, cosa si fa? Si rieduca a sopportare il “peso” del proprio peso? La realtà è che questi salti di “livello” – dal comunicativo, all’organizzativo, al coscienziale – non sono affatto trasparenti, prevedibili e calcolabile, il che costituisce un altro problema, oltre a quello della obesità.

Alla fine del giorno, rimangono i servizi e i trattamenti (se finanziati dalle organizzazioni) che avanzano perché se non lo fanno vengono chiusi. Rimangono le famiglie prese in una morsa a tenaglia tra aspettative sociali, educative, professionali, familiari, sanitarie, etc. asimmetriche e disallineate. Rimangono la scienza e la sanità a provare a capire cosa succede nella

relazione tra servizi e pazienti. Tutte le altre strutture, attori e processi sociali – nella quotidianità banale e prosaica che nasconde l'autopoiesi di una società iper-complessa, differenziata per funzioni e sempre più improbabile – non possono occuparsi del tema se non per spot o se obbligati a farlo. E, naturalmente, la “pandemia” dell'obesità aumenta.

6. Un'ultima scatola: ipotesi per un lavoro a venire

Un'ultima “scatola” può essere costruita. Ha a che fare con possibili ipotesi di lavoro future, più in particolare sul rapporto tra i servizi e le famiglie a partire da come queste ultime si rapportano al loro contesto sociale, compreso il sottosistema sanitario. La ricerca che abbiamo presentato è stata realizzata con un gruppo di famiglie ampio e diversificato, come è osservabile nelle *Appendici*, distinto per tipo di frequenza al servizio GET (trattati, controllo e *dropout*). Come è ampiamente discusso nel cap. 2 dedicato al Disegno della ricerca, abbiamo potuto selezionare le famiglie secondo criteri di stratificazione plurimi, ma la scelta è stata fortemente condizionata dal dover scegliere entro le liste di frequenza al GET o a servizi individuali che dipendono dalla presenza o meno di un figlio/a sovrappeso. Sulla base di una griglia di intervista semi strutturata, sono state svolte analisi con il mandato fondamentale di scoprire possibili motivi di abbandono del servizio. Abbiamo però elaborato una griglia molto più ampia volta a comprendere anche come i genitori organizzano le loro giornate: come cucinano, fanno la spesa, seguono la dieta dei figli, i loro rapporti genitoriali, le tradizioni alimentari di famiglia, etc., insomma in che modo attribuiscono significato alla “alimentazione” (ricordandoci che stanno pur sempre rispondendo a una ricerca che si svolge entro un servizio sanitario), ma anche in che modo percepiscono e trattano il problema del sovrappeso dei figli. L'analisi ha quindi avuto un orientamento fortemente “comprendente” del vissuto familiare (Kaufmann, 2009) ed è stata pensata come un primo “carotaggio” approfondito per scandagliare come le famiglie attribuiscono significato ai processi di “nutrimento” dei loro figli: nutrire, qui assume evidentemente un significato ampio che dal contesto alimentare si estende alle pratiche di cura e di formazione familiare. La modalità delle interviste fatte a famiglie già in “debito” di tempo, il tema stesso della ricerca (il significato della alimentazione, mediato però da una cornice sanitaria), il suo taglio di “carotaggio” su un tema così difficile da affrontare con i genitori – sia per le implicazioni sanitarie, sia per la “latenza” dei significati attribuiti al cibo – ci hanno fatto decidere di intraprendere un percorso fortemente interpretativo, inquadrato nell'alveo della sociologia della cultura (Griswold, 2005). Queste erano le necessità di ricerca. Cominciare a scandagliare il significato della “corpulenza”, delle

pratiche e degli *habitus* alimentari entro una problematica di rapporto con il trattamento sanitario.

Una ipotesi di lavoro successiva che potrebbe essere tentata in futuro, riguarda un diverso aspetto del problema che andrebbe coerentemente ad affiancarsi al taglio fortemente ermeneutico delle interviste centrato sul *sense making* familiare. L'idea sarebbe quella di capire, sempre in un contesto d'analisi culturale, in che modo le famiglie con figli in sovrappeso – con le loro “culture alimentari” specifiche che (si potrebbe ipotizzare) rivelano e rispecchiano il posto nella stratificazione sociale (dovuto alla accumulazione di capitali economici, sociali e umani) – sono integrate o meno nel loro contesto di vita.

La costruzione di questa nuova ricerca potrebbe ispirarsi alla teoria culturale della antropologa inglese Mary Douglas che, tra l'altro, si è occupata tra le tante cose anche del simbolismo del cibo e della convivialità. Lo strumento adatto per una simile analisi sarebbe lo schema “gruppo-griglia” elaborato dalla Douglas all'inizio degli anni '70 e poi utilizzato durante tutta la sua lunga e brillante carriera. Il punto per noi estremamente interessante è che l'antropologa, nel suo seminale libro *Natural Symbols* (1970) dedicato alla costruzione di cosmologie (“universi di senso”) sociali, elabora lo schema d'analisi proprio in relazione a come le famiglie socializzano i loro figli. Non è neppure un caso che in quegli stessi anni la Douglas scriva saggi di grande rilevanza proprio sui pasti e sul cibo come modi di comunicazione. Lo spunto per le riflessioni della antropologa – ai tempi interessata alla fuga della cultura occidentale dal ritualismo e alla corsa verso una cultura della autenticità individuale – è dato dalla famosa ricerca di Basil Bernstein sul tipo di linguaggio usato dalle famiglie operaie londinesi. Bernstein svolse la professione di educatore negli anni Sessanta e si interessò delle prestazioni scolastiche in materie “umanistiche” dei figli della classe operaia, peggiori di quelle di classe media. Ne derivò un programma di ricerca pluriennale sul nesso tra classi sociali (struttura sociale) e capacità di elaborare e usare un linguaggio più o meno articolato e ricco (semantica e *sense-making*). Come poi ribadito in seguito da numerosi altri studiosi, il posizionamento nella struttura sociale influenza il modo di costruire significato all'esperienza e viceversa. Bernstein identifica due forme di comunicazione relative a contesti sociali diversi. La prima è utilizzata in contesti di scala locale, dove gli attori sociali si conoscono e condividono gran parte della memoria (tradizione): qui “parlare” svolge la funzione di riprodurre il sapere (prevalentemente tacito) e di mantenere una solidarietà tra simili. La seconda pertiene invece contesti dove la conoscenza reciproca è scarsa e dove pochissimo è presupposto tacitamente: qui “parlare” significa dover definire in modo approfondito il punto di vista diverso di ognuno, esplicitando i suoi diversi quadri cognitivi, creando una solidarietà tra diversi. Il primo linguaggio è definito come “codice ristretto” – semplificato, fortemente tacito e veloce nel

riprodurre significati dati per scontati, quindi fortemente isomorfo alla struttura sociale – il secondo “codice elaborato” – complesso, esplicito e innovativo, quasi del tutto indipendente dalla struttura sociale data. I due codici, che possono essere utili in situazioni diverse, dipendono però dalla divisione del lavoro sociale, oggi diremmo dalla sua differenziazione. Più la società (o gruppo sociale) è semplice, più il codice ristretto è funzionale; più è complessa e differenziata, più entra in gioco quello elaborato. Bernstein ritiene valida questa correlazione struttura-linguaggio non solo per descrivere l’evoluzione sociale, ma anche lo sviluppo individuale attraverso processi di socializzazione. Perciò, dentro alle famiglie londinesi studiate da Bernstein, sono le madri a socializzare i figli piccoli insegnando loro cosa fare in diverse situazioni quotidiane e, mediante questi scambi di parola, a condividere una intera “cosmologia” (una visione del mondo).

Nelle famiglie operaie, viene utilizzato in prevalenza il codice ristretto. Sono famiglie “posizionali” dove il sapere tradizionale viene riprodotto seguendo la posizione relativa dei membri rispetto alle differenze (costitutive della famiglia) di genere (maschio/femmina), di età (adulto/giovane). In queste famiglie il codice linguistico è omologo al potere e alla autorità: è semplice, dato per scontato, gerarchico e riproduttivo della struttura. Così, mentre si parla, si interiorizza una vera e propria visione del mondo sostenuta e controllata da un tipo gerarchico di struttura sociale. Nelle famiglie di *status* socioeconomico superiore si utilizza invece il codice elaborato che sostiene i tentativi di espressione della individualità dei membri della famiglia, l’espressione della loro interiorità e, se del caso, l’innovazione. In sintesi, il primo codice funziona con retroazioni negative, riportando all’equilibrio, il secondo con retroazioni positive, innescando la novità (e, per inciso, questo spiega perché i figli delle famiglie di classe sociale superiore, utilizzino a scuola un linguaggio più ricco ed elaborato).

Mary Douglas sintetizza questo passaggio dal semplice al complesso, dal rituale dall’autentico, dal tacito all’espesso, mediante la freccia del controllo familiare che, poco a poco, si stacca dalla sua struttura immediata e da quella del contesto locale per coordinarsi ai bisogni di una società complessa:

CONTROLLO



Con un secondo diagramma, sintetizza lo stesso processo, riguardo però alla complessità delle regole e delle aspettative che specificano l’uso del linguaggio:

CODICI LINGUISTICI

Socialmente ristretto

Socialmente elaborato



Ne deriva una tabulazione che l'antropologa utilizzerà poi come inizio per la sua riflessione sulle cosmologie (tab. 2).

Tab. 2 – Idee cosmologiche generali

1) Virtù cardinali – 2) peccati mortali – 3) idea del sé – 4) forma dell'arte	
Linguaggio socialmente semplificato (+)	
A (+ +) Gruppo centrale 1. Pietà, onore, rispetto per i ruoli. 2. Contro la struttura. 3. Passivo e indifferenziato in un ambiente sociale strutturato. 4. Primitivo: elaborazioni strutturali su categorie sociali, tipicità di ruolo.	C (- +) Isolato 1. Sincerità e autenticità 2. Contro il Sé, ipocrisia, frustrazione. 3. Differenziato nel tentativo di controllare un ambiente non strutturato. 4. Romantica: trionfo dell'individuo sulla società (fuga, felicità momentanea, etc.).
Posizionale (+ -)	<i>Sistema di controllo familiare</i>
Personale (- -)	
B (+ -) Gruppo dissidente 1. Verità, dovere. 2. Incapacità di rispondere alla società. 3. Attivo, differenziato, rispondente alle aspettative di ruolo. 4. Classica: trionfo della struttura sull'individuo	D (- -) Individualismo 1. Successo personale 2. Colpa generalizzata, individuale e collettiva. 3. Soggetto. 4. Professionalismo: interesse estremo per le tecniche e i materiali creativi
Linguaggio elaborato (-)	

Come si vede, e come spiegherà la Douglas nelle successive elaborazioni, lo schema non si limita a classificare le relazioni sociali sull'asse orizzontale

del controllo sociale (alto per la “comunità”, basso per la “società”), ma anche secondo come vengono codificati i media del controllo, cioè le forme di comunicazione che implementano il controllo stesso. Questa distinzione duplice dà vita appunto a una matrice 2 x 2 dove una variabile è data dalla legittimità (o meno) che il gruppo ha nel controllare e ordinare (o meno) le vite dei suoi membri, mentre l'altra rappresenta la codificazione o strutturazione e limitazione (o meno) degli scambi possibili tra i membri del gruppo. Questo schema per classificare il tipo di cultura che incrocia Griglia e Gruppo viene utilizzato da Douglas per spiegare il posizionamento dei membri di una società entro ciascuno dei quadranti, le loro pratiche peculiari in sfere sociali diverse, le loro visioni del mondo, le dinamiche di cambiamento o di riproduzione sociale e anche i rapporti tra i membri che si posizionano nei quadranti diversi. Uno dei punti qualificanti di questo schema è che un individuo può fare, normalmente, parte solo di un solo quadrante. Ne deriva una logica interna allo schema caratterizzata dalla: 1) competizione di ogni quadrante per aumentare i suoi membri e la sua forza relativa; 2) duplice diagonale, positiva (cioè di reciproco guadagno) tra i quadranti D e A rispetto agli altri; e negativa, tra C e B, contro il gruppo centrale.

Tab. 3 – Classificazione tipo di cultura e posizionamento dei membri

	Gruppo a controllo debole o assente	Gruppo a controllo forte
Griglia strutturata	Isolati (marginalizzati o separati) - Capitali economici e culturali bassi - Critici passivi del Gruppo centrale	Gruppo centrale (maggioranza passiva) - Capitali economici e culturali alti - Membri tradizionalisti
	C – Anarchia, autarchia, Isolamento, rinuncia, separazione, fatalismo	A – Gerarchia, governo, dirigismo, regole differenziate per strati, controllo della diversità, stratificazione, giustizia distributiva
	D – Mercato, mano invisibile, società aperta, regole impersonali, tolleranza della diversità, competizione, giustizia commutativa	B – Associazione tra pari, autogestione, enclave dissidente, solidarietà di gruppo, eguaglianza, giustizia associativa
Griglia non strutturata	Individualisti (membri autonomi) - Capitali economici alti e culturali bassi - Membri innovatori	Enclave dissidente (minoranze attive) - Capitali economici bassi e culturali alti - Critici attivi del Gruppo centrale

La diagonale positiva connette gli individualisti e i membri della comunità centrale gerarchica. A differenza da quanto si potrebbe credere entrambi

i gruppi accettano l'autorità e il governo di un Centro capace di regolare gli scambi sociali. La differenza sta nel fatto che gli individualisti vorrebbero una struttura di controllo impersonale e "leggera" (lo stato minimo, guardiano notturno) che li lasci negoziare contrattualmente il numero maggiore di beni e servizi, mentre i membri del Gruppo centrale sono per un controllo più differenziato e pervasivo. In realtà però si crea una dialettica tra "complementari" necessari reciprocamente, dove i primi fungono da innovatori che generano varietà, mentre i secondi controllano e legittimano le novità redistribuendone i dividendi cercando di tenere dentro al sistema sociale tutti quanti. La diagonale negativa invece rappresenta una alleanza complementare, ma non necessaria, tra *enclave* di dissidenti, solitamente subculture minoritarie fortemente attive che cercano di cambiare le regole e i simboli del Gruppo centrale, ritenuto prevaricante, e che entrano in conflitto anche con gli individualisti perché, privilegiando l'eguaglianza "associativa" non organizzata sulla base di confini dettati dalla gerarchia, giudicano negativamente il loro orientamento fortemente competitivo. La *enclave* di dissidenti si muove però anch'essa nella direzione della innovazione, mostrando così di valutare positivamente l'assenza di limiti agli scambi che verrebbero troppo strutturati dall'intervento collettivizzante della gerarchia. Il gruppo degli isolati può sempre emergere da due logiche opposte: o si tratta di membri esclusi dagli altri gruppi (da cui però continuano a dipendere non avendo sufficienti risorse per essere autonomi: poveri, disoccupati, immigrati non in regola, *homeless*, individui marginali e vulnerabili); o si tratta di individui che volontariamente di allontanano dalla società, scegliendo una vita di isolamento (qui possiamo trovare anche individui che appartengono a cerchie sociali così privilegiate da doversi isolare: re, regine, *rockstar*, sportivi, *billionari*, etc.). I primi solitamente vivono una vita "invisibile" che passivamente sono costretti ad accettare; i secondi sono più attivi nella critica sia del gruppo centrale, da cui si allontanano per vivere più agevolmente, sia degli individualisti che comunque sono socialmente integrati. Possono trovare collaborazione con i dissidenti, entrando nel loro gruppo e allargandone le fila, o stringendo collaborazioni contingenti per criticare e sabotare gli altri.

Riprendiamo ora due applicazioni, tra le tantissime, che Douglas ha fatto della matrice. All'inizio degli anni '70 dedica tre saggi alla organizzazione delle famiglie: uno intitolato *Deciphering a meal* (1972a); uno *Symbolic orders in the use of domestic space* (1972b) e uno *Food studied as a system of communication* (1973). In quest'ultimo afferma che

Il cibo viene qui considerato come il mezzo attraverso il quale si esprime un sistema di rapporti all'interno della famiglia: il cibo è tanto una questione sociale quanto una parte dei provvedimenti per la cura del corpo. Invece di isolare il sistema alimentare, è istruttivo considerarlo apertamente come uno tra i diversi sistemi del corpo familiare (Douglas, 1973, pp. 197-198).

In buona sostanza il cibo è qui assunto come un codice (la griglia) più o meno ritualizzato, mentre lo schema dei rapporti sociali che “comunica” costituisce sia il messaggio, cioè la struttura sociale della famiglia (il gruppo), con le sue aspettative di ruolo, le sue gerarchie, posizionamenti, confini, inclusione ed esclusioni. Così, per fare l’esempio italiano, è difficile aspettarsi che il pranzo domenicale cominci bevendo un bicchiere di latte caldo; che la pasta sia condita con una crema dolce; che tra il primo e il secondo ci si metta a lavare i piatti; che i bambini piccoli bevano bicchieri di vino, che si chiuda il rito con una tazza di brodo caldo. In pratica, Douglas ci indica che in un qualsiasi evento culinario – colazione, pranzo, spuntino, aperitivo, cena, etc. – sono in gioco le due dimensioni della matrice: un codice più o meno elaborato che trasmette un significato sociale. Ritroviamo qui l’idea che i sistemi culturali siano strutturati e in competizione tra di loro, così come l’idea che un certo tipo di gruppo (più o meno controllante) sia omologo a un certo tipo di codice (più o meno strutturato-limitato). Nel saggio del ’73, conseguentemente, ipotizza che nelle famiglie operaie inglesi ci si debba spettare un codice “ristretto” – molto strutturato e limitato – che comunica la presenza di un gruppo familiare gerarchico e posizionale (dove sono i genitori a decidere e i figli ad adattarsi, così come è il padre a dettare il menu e la madre a realizzarlo). Saremmo nella casella A della matrice dove la struttura familiare è fortemente integrata e simbolizzata dalla struttura del sistema alimentare familiare.

Potremmo dunque continuare il ragionamento, utilizzando per esempio (rielaborandole) le tipologie di famiglia studiate da Widmer, Kellerhals e Lèvi (2004). Il punto interessante è che la loro tipologia si basa su due gruppi di variabili (su tre) compatibili con la matrice di Douglas: 1) il primo include indicatori che indagano la dimensione della coesione della famiglia, cioè quanto gli interessi del gruppo familiare siano anteposti a quelli dei suoi membri (Gruppo); 2) il secondo include indicatori che indagano la dimensione della organizzazione della famiglia in termini di divisione del lavoro più o meno strutturata (griglia). Ne derivano alcuni idealtipi di configurazioni familiari: 1) la famiglia “parallela” definita da un alto livello di divisione del lavoro e una bassa coesione tra i membri (più una chiusura rispetto all’ambiente sociale); 2) la famiglia “compagnonnage” definita da un basso livello di divisione del lavoro e una forte coesione tra i membri (più una apertura rispetto all’ambiente sociale); 3) la famiglia “bastione” definita da un alto livello di divisione del lavoro e un’alta coesione tra i membri (più chiusura rispetto all’ambiente sociale); la famiglia “cocon” definita da un basso livello di divisione del lavoro e una alta coesione tra i membri (più chiusura rispetto all’ambiente sociale); 5) la famiglia “associazione” definita da un basso livello di divisione del lavoro e una bassa coesione tra i membri (più apertura rispetto all’ambiente sociale).

Se dunque dovessimo mettere nella matrice queste configurazioni familiari, ne risulterebbe la seguente tabella (tab. 4):

Tab. 4 – Configurazione familiari tra coesione e divisione del lavoro

	Coesione bassa	Coesione alta
Divisione del lavoro strutturata	C – FAMIGLIA PARALLELA Capitale Simbolico basso Capitale economico basso - Chiusura rispetto alla società	A – FAMIGLIA BASTIONE Capitale Simbolico basso Capitale economico basso - Chiusura verso la società
Divisione del lavoro poco strutturata	D – FAMIGLIA ASSOCIAZIONE Capitale Simbolico alto Capitale economico alto - Apertura verso la società	B – FAMIGLIA COCON Capitale Simbolico basso Capitale economico basso - Chiusura verso società - FAMIGLIA COMPAGNONNAGE Apertura verso la società

- La famiglia “bastione” è composta da individui che sono ben integrati nella società, anche se ne temono le sfide perché hanno capitali simbolici ed economici molto bassi che non permettono di cogliere molte delle opportunità presenti. D’altra parte, si tratta di famiglie che fanno molto affidamento sulle “difese” sociali del welfare. Le donne, in prevalenza, non lavorano o fanno lavori saltuari o poco pagati. I membri strutturano in modo molto forte (sia sotto l’aspetto dei generi, sia delle generazioni) i loro diversi contributi al gruppo familiare che è pensato come gerarchicamente sovraordinato agli interessi individuali. Il conflitto *intra* ed *extra* familiare è tendenzialmente basso e gestito secondo i modi della tradizione. Questa è la famiglia di classe medio-bassa che, secondo Douglas, ha una “cultura e pratica” del cibo “tradizionale” (a seconda delle subculture nazionali di appartenenza), fortemente strutturata e condivisa tra tutti i membri.

- La famiglia “parallela” è composta da individui che si allontanano – e/o sono stati allontanati – dal “centro” della società. I suoi membri strutturano in modo molto forte i contributi alla vita familiare, ma agiscono prevalentemente ognuno per i propri interessi e non in nome del gruppo. Hanno capitali simbolici ed economici piuttosto bassi e tendono al conflitto interno. Vivono il rapporto con l’ambiente sociale come un pericolo a cui cercano di rispondere chiudendosi, ma senza trovare nella convivenza una fonte di armonia. Il conflitto è tendenzialmente alto e gestito con difficoltà. Sono famiglie solitamente molto problematiche, chiamate parallele sia perché i membri vivono spesso in modo indipendente gli uni dagli altri, sia perché hanno pochissimi rapporti con l’ambiente sociale e, dove l’hanno, ne sono dipendenti. È possibile ipotizzare che la loro cultura e pratica del cibo sia fortemente individualistica, poco strutturata, poco curata e realizzata con pochi momenti di convivialità forte.

- La famiglia “associazione” è composta da individui che sono capaci di negoziare, sia all’interno che all’esterno, i loro diritti e doveri. Strutturano in modo molto debole i contributi alla vita familiare, privilegiando una gestione egualitaria dei compiti, agendo prevalentemente per i propri interessi e non in nome del gruppo familiare. Hanno capitali simbolici ed economici molto alti e tendono al conflitto interno che però riescono a gestire bene, anche con l’aiuto di esperti. Qui le donne lavorano più che negli altri tipi famigliari e hanno maggiori responsabilità. Qui vige una certa eguaglianza nella divisione del lavoro familiare, soprattutto tra i generi. Vivono il rapporto con l’ambiente sociale come una opportunità a cui cercano di rispondere cercando di trarre il maggiore utile. Possiamo ipotizzare che qui stiano le famiglie di classe alta, composta da membri molto autonomi. La cultura e la pratica alimentare è probabilmente aperta alla innovazione e alla sperimentazione individuale. Probabile anche un numero elevato di momenti conviviali esterni alla famiglia e la possibilità di mangiare al di fuori della casa.

- La famiglia “cocon” (bozzolo), infine, è composta da individui che tendono a chiudersi nella loro convivenza per non essere sfidati dalle pressioni sociali. La società è spesso criticata e si cerca di organizzare la propria vita secondo valori diversi. I membri strutturano in modo molto debole i loro contributi alla vita familiare, operando in termini di forte eguaglianza interna, ma agendo per il bene del gruppo e non per loro stessi. Hanno capitali simbolici ed economici medi e non sono molto conflittuali internamente. Il valore di riferimento sembra essere l’eguaglianza interna e una certa presa di distanza dalle aspettative sociali. È probabile che culture e pratiche alimentari siano in relativa dissidenza da quelli socialmente “centrali”. È qui che sono maggiormente presenti “cucine” non tradizionali scelte come stili di vita “alternativi”.

A questa riflessione possiamo ora aggiungere un ultimo passaggio sempre tratto dagli studi di Douglas. Come gli appartenenti a queste quattro culture si rapportano ai servizi sanitari, o meglio che significato attribuiscono alla medicina e alla salute. Lo possiamo fare attraverso l’analisi di alcuni saggi: uno del 1994 dedicato alla “costruzione del medico” e un del 1990 (1996) dedicato al prendersi rischi per la salute (in relazione al tema dell’Aids).

L’antropologa inglese utilizzando la matrice gruppo-griglia ricostruisce i soliti 4 quadranti.

1) Il quadrante A dei membri “integrati” di una società inclusiva e le famiglie più tradizionali e dipendenti dalla Grande società. Per questi “cittadini” esiste una forte identificazione con la società che li include e li protegge da “pericoli” esterni. Questa rappresentazione del “corpo sociale”, integrato e protettivo, un vero e proprio organismo complesso dove ogni parte svolge una funzione complementare, si diffonde anche alla idea del corpo degli individui e della medicina che deve curarlo. Il corpo individuale, quasi un microcosmo di quello sociale, è protetto da due strati di difesa: quello naturale

– che però è sempre in pericolo – e quello sociale, costituito dai confini territoriali di protezione. È questo secondo strato, collettivo, che fa la differenza. Ci si attende che la comunità ponga regole, fornisca informazioni e controlli i comportamenti dei singoli che devono seguire quanto richiesto per preservarsi e, con essi, preservare la società. Da qui la rilevanza per la prevenzione e la medicina di comunità. In questo contesto sanitario istituzionalizzato, il medico è concepito come un esperto, fiduciario del bene comune, a cui ci si affida per allineare il proprio stile di vita. La vita individuale e familiare è perciò scandita da modi e tempi “salutari” dettati dal corpo sociale e dai suoi “ufficiali autorizzati”. A quella “ortodossia” si deve rispondere con comportamenti conformi.

2) Il quadrante B dei membri di *enclave* (comunità) autonome e delle famiglie “bozzolo” che creano una comunità a se stante. Qui troviamo individui che si sentono parte di una micro-comunità dissidente che critica in modo deciso le regole universalistiche e standardizzanti della Grande-società A. Qui le persone ricercano una eguaglianza più sostanziale di quella giuridica, basata sulla condivisione di stili di vita più radicali e impegnativi che la maggioranza osserverà come “alternativi”. Il corpo è concepito come forte, e protetto da una solidarietà minoritaria che richiede di distanziarsi dalla società degli integrati. Qui vi sono persone e famiglie che vogliono vivere in modo diverso forte e che si vogliono anche curare in modo diverso. Il sistema sanitario pubblico e la medicina istituzionale sono visti come “imposizioni” utili in certi casi, ma da sostituire con cure diverse. Spesso qui il corpo è concepito come strettamente connesso allo “spirito” cosicché la medicina moderna è fortemente criticata. Il medico, di conseguenza, non è un “ufficiale dello Stato” o del sistema sanitario sottomesso al *Big Pharma*, bensì un appartenente alla medesima *enclave*, una persona di cui ci si deve fidare personalmente e che deve fare parte della stessa comunità.

3) Il quadrante C degli individui isolati e delle famiglie “parallele” sotto-integrate. Qui troviamo due situazioni opposte: chi è stato escluso dal corpo centrale della società o chi si è volontariamente disaffiliato (ma il discorso che facciamo è rivolto principalmente ai primi). Si tratta prevalentemente di individui con vite considerate “marginali”, “ai limiti”, poco prevedibili, “disordinate” (per difetto o per eccesso), eterodosse. Concepiscono il corpo come intrinsecamente debole ed esposto a malattie in modo imprevedibile, perché non hanno alcuna possibilità di ripararlo collettivamente. Reagiscono con atteggiamenti “fatalisti” mettendosi a rischio con comportamenti ritenuti irrazionali. La loro condizione di disaffiliazione è così forte che sono difficilmente intercettabili dalle organizzazioni sanitarie territoriali di cui non si fidano interpretandole come meccanismo di controllo e disciplina. Sono le persone che più facilmente, laddove anche vengono intercettate dai servizi, abbandonano i trattamenti assorbiti da altre preoccupazioni o incapaci di stare alle “regole”.

4) Il quadrante D degli individualisti e delle famiglie “associazione”. Qui troviamo gli individui più forti dal punto di vista sociale, dotati di redditi e conoscenze elevati. Sono persone che possono spendere per la loro salute e che quindi curano molto un corpo mantenuto sempre in forma, ritenuto perciò capace di auto-protegersi. Proprio perché possono tenersi in forma, hanno un atteggiamento di sperimentazione e di accettazione del rischio, sentendosi in grado di curarsi. La medicina istituzionale è considerata legittima, ma preferiscono pagare di tasca propria per cure più individualizzate e urgenti, saltando le fila d’attesa. Il medico si pluralizza in tanti consulenti per la salute, ognuno dei quali specializzato in un campo specifico.

Fig. 14 – Culture, servizi sanitari e attribuzione di significato

	Individualismo	Collettivismo
S T R U T T U R A T O	(C) ISOLATI - Eterotopia - Disaffiliati - Fatalisti - Famiglia parallela - <i>Difficilmente intercettati dai servizi socio-sanitari</i> - Corpo fragile - Rischio - Indifferenza alla medicina - Alta probabilità Dropout - Exit	(A) INTEGRATI - Gerarchia - Affiliati - Ortodossi - Famiglia bastione - <i>Rapporto di fiducia con i servizi</i> - Corpo etero-protetto - Pericolo - Medicina istituzionale - Seguono i servizi - Loyalty
	(D) INDIVIDUALISTI - Mercato - Mobili - Sperimentatori - Famiglia “associazione” - <i>Rapporto forte e di scelta con i servizi</i> - <i>Corpo forte</i> - Rischio - <i>Medicina individualizzata</i> - Percorsi individuali a pagamento - Relocation	(B) COMUNITARI - Enclave - Associazione - Radicati - Dissidenti - Famiglia “cocon” - <i>Rapporto critico con i servizi</i> - <i>Corpo auto-protetto</i> - Pericolo - <i>Medicina alternativa</i> - Percorsi “alternativi” - Voice
D E S T R U T T U R A T O		

Le logiche delle due diagonali sono molto visibili. Nella diagonale positiva, tra A e D, la sanità pubblica è concepita positivamente, ma mentre gli integrati utilizzano i programmi pubblici *standard*, gli individualisti sperimentano forme individualizzate di trattamenti, spostandosi anche per cercare i servizi migliori. I primi sentono di essere buoni cittadini se rimangono fedeli alla proposta istituzionale: i secondi non vogliono perdere la loro indipendenza e non accettano di conformarsi alla sanità pubblica se possono utilizzare servizi migliori. Per entrambi la medicina è quella moderna, istituzionalizzata, tecnologica, professionale. Nella diagonale negativa, tra B e C, si manifestano invece i processi di critica alla Grande società o di totale indifferenza. Le *enclave* dissidenti, minoranze attive, lottano per una medicina alternativa e per stili di vita non succubi delle istituzioni. Solitamente dotati di buon capitale culturale, accettano i servizi sanitari standard, laddove non trovano soluzioni alternative per loro migliori, spesso cercandole tra conoscenti che condividono il “credo”. Gli isolati e marginali, rimangono prevalentemente fuori dai giochi. Se vengono intercettati dai servizi istituzionali, fanno fatica a seguirli e tendono a uscirne non riuscendo a disciplinarsi. A causa di questa loro marginalità, spesso sono persone che non si curano o si curano saltuariamente quando qualcosa di grave gli rende impossibile rimanere nel loro mondo.

Se quanto elaborato fin qui avesse senso, allora potremmo ipotizzare che le famiglie dei *dropout*, quelle intercettate almeno, si situano in prevalenza nel settore (C): le famiglie di chi segue il trattamento con regolarità nel settore (A); le famiglie che scelgono i trattamenti personalizzati nel settore (D); le famiglie che “droppano” o che non si fanno intercettare, scegliendo modi diversi di cura (B) (fig. 14).

Bibliografia di riferimento

- Åkerstrøm Andersen N., Pors G.-C. (2016), *Il welfare delle potenzialità*, Mimesis, Milano-Udine.
- Ball G.D.C., Sebastianski M., Wijesundera J., Keto-Lambert D., Ho J., Zenlea I., Perez A., Nobles J., Skelton J.A. (2021), *Strategies to reduce attrition in managing paediatric obesity: A systematic review*, «Pediatr Obes», Apr., 16 (4): e12733.
- Baraldi C. (2015), “Teoria dei sistemi sociali e forme dell’interazione medico paziente”, in Corsi G. (a cura di), *Salute e malattia nella teoria dei sistemi. A partire da Niklas Luhmann*, pp. 89-127, FrancoAngeli, Milano.
- Bernstein B. (1971), *Class, Codes and Control: Theoretical Studies Towards a Sociology of Language*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Boltanski L., Chiappello E. (2014), *Il nuovo spirito del capitalismo*, Mimesis, Milano-Udine.

- Braet C., Tanghe A., Decaluwé V., Moens E., Rosseel Y. (2004), *Inpatient treatment for children with obesity: weight loss, psychological well-being, and eating behavior*, «J Pediatr Psychol», Oct., 29(7): 519-29.
- Corti A. (2015), “La medicina cambia. Il rapporto medico paziente in prospettiva storica”, in Corsi G. (a cura di), *Salute e malattia nella teoria dei sistemi. A partire da Niklas Luhmann*, pp. 129-147, FrancoAngeli, Milano.
- Corsi G. (2015), “Introduzione. Malattia e salute: il contributo della teoria dei sistemi”, in Corsi G. (a cura di), *Salute e malattia nella teoria dei sistemi. A partire da Niklas Luhmann*, pp. 9-41, FrancoAngeli, Milano.
- Douglas M. (1970), *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*, Barrie and Rockliff, London.
- Douglas M. (1985), *Antropologia e simbolismo*, il Mulino, Bologna.
- Douglas M. (1994), *Credere e pensare*, il Mulino, Bologna.
- Douglas M. (1996), *Rischio e colpa*, il Mulino, Bologna.
- Douglas M. (1999), *Questioni di gusto*, il Mulino, Bologna.
- Flynn M.A., McNeil D.A., Maloff B., Mutasingwa D., Wu M., Ford C., Tough S.C. (2006), *Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with ‘best practice’ recommendations*, «Obes Rev», Feb., 7 Suppl. 1:7-66.
- Goffman E. (2010) *Asylums*, Einaudi, Torino.
- Goldfield G.S., Mallory R., Parker T., Cunningham T., Legg C., Lumb A., Parker K., Prud’homme D., Adamo K.B. (2007), *Effects of modifying physical activity and sedentary behavior on psychosocial adjustment in overweight/obese children*, «J Pediatr Psychol», Aug., 32(7): 783-93.
- Griswold W. (2005), *Sociologia della cultura*, il Mulino, Bologna.
- Hingle M.D., O’Connor T.M., Dave J.M., Baranowski T. (2010), *Parental involvement in interventions to improve child dietary intake: a systematic review*, «Prev Med», Aug. 51(2):103-11.
- Kaufmann J.-C. (2009), *L’intervista*, il Mulino, Bologna.
- Lagerros Y.T., Rössner S. (2013), *Obesity management: what brings success?*, «Therap Adv Gastroenterol», Jan., 6(1): pp. 77-88.
- Luhmann N. (1990), *Sistemi sociali*, il Mulino, Bologna.
- Luhmann N. (2005), *Organizzazione e decisione*, Bruno Mondadori, Milano.
- Luhmann N. (2015), “Il codice della malattia”, in Corsi G. (a cura di), *Salute e malattia nella teoria dei sistemi. A partire da Niklas Luhmann*, pp. 43-55, FrancoAngeli, Milano.
- Luhmann N. (2021), *Comunicazione ecologica. Può la società moderna affrontare le minacce ecologiche?*, FrancoAngeli, Milano.
- Mishler E.G. (1984), *The Discourse of Medicine*, Ablex, Norwood, N.J.
- Pearce C., Rychetnik L., Wutzke S. et al. (2019), *Obesity prevention and the role of hospital and community-based health services: a scoping review*, «BMC Health Serv Res», 19, 453.
- Porter R. (ed.) (1996), *The Cambridge History of Medicine*, CUP, Cambridge.
- Widmer É., Kellerhals J., Lévy R. (2004), *Quelle pluralisation des relations familiales? Conflits, styles d’interactions conjugales et milieu social*, «Revue française de sociologie», vol. 45, 1(1), pp. 37-67.
- Yonnet P. (2011), *La ritirata della morte*, Ipermedium, S. Maria Capua Vetere.

8. Salute, tecnologia e obesità. Un'analisi dei principali interventi

di Veronica Moretti

In ambito biomedico, la proliferazione delle tecnologie e di nuovi dispositivi digitali sempre più piccoli e performanti ha trasformato radicalmente la relazione tra gli individui e la loro salute che possono adesso svolgere un ruolo attivo. Il presente capitolo ha lo scopo di fornire una rassegna di alcuni interventi – ricerche e progetti perlopiù internazionali – che mettono in connessione l'obesità, infantile e adolescenziale, con l'utilizzo del *digital*. Gli interventi proposti sono numerosi e contemplan molteplici canali: dalle *app* all'utilizzo dei *social network*.

La promozione di stili di vita più sani, e legati ad attività di *wellbeing*, attraverso nuovi dispositivi consente di creare e perseguire “obiettivi di salute” a basso costo e alla portata di tutti. Parimenti affidarsi esclusivamente a queste tecnologie presuppone un soggetto motivato già di partenza e predisposto al cambiamento.

Introduzione: promuovere la salute attraverso il *digital*

A partire dal XXI secolo, l'utilizzo di Internet e gli *smartphone* dentro le nostre tasche sono aumentati esponenzialmente (Poushter, 2016), tanto che in Italia, stando agli ultimi dati ISTAT¹, il 91,4 % dei giovani tra i 24 e i 35 anni utilizza Internet, di cui il 79,5% tutti i giorni. Le percentuali aumentano se viene considerata la fascia 15-17 anni, in cui la cifra sale fino a 95,5%: praticamente quasi 10 ragazzi su 10. Tra i molteplici ambiti che si interessano al fenomeno², la salute si è mostrata particolarmente recettiva rispetto a questa grande trasformazione dal momento che, come confermato da alcuni studi (Keating, McCurry, 2015), i mezzi di comunicazione digitali possono essere

¹ Si rimanda al sito <http://dati-giovani.istat.it/Index.aspx?QueryId=15759>.

² Si pensi, ad esempio, alle relazioni sociali che ad oggi prendono vita e si rafforzano all'interno dei *social network*; oppure agli stili di consumo realizzati attraverso aziende *web-commerce* (Amazon, Ebay ecc.).

considerati un valido strumento per promuovere stili di vita sani e aiutare pazienti e professionisti sanitari nella gestione di alcune patologie. Questo è dovuto principalmente dall'accessibilità quasi universale dei media digitali, almeno nei paesi che presentano un livello di benessere economico elevato, nonché da costi ridotti di queste piattaforme. Non sorprende allora che negli ultimi anni sia aumentato l'interesse nello sviluppare interventi basati sul digitale al fine di garantire un miglioramento delle condizioni di salute tra la popolazione (Rose *et al.* 2017).

Infatti, l'uso di dispositivi mobili, che oggi più che mai influenzano le diverse sfere della vita sociale e personale, può cambiare il volto dell'assistenza sanitaria, creando un nuovo modo di gestire la malattia orientandosi più a *fare con* piuttosto che a *fare per*, a tutti i livelli e in tutte le aree (Dunston *et al.* 2009). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fornisce numerose definizioni dell'utilizzo delle tecnologie in sanità: *e-health*; *digital health*; *mobile health*, solo per fare alcuni esempi. Il termine *e-health* è stato utilizzato per la prima nel 1999, per indicare la convergenza del sistema sanitario con le tecnologie. In particolare, con l'esplosione di Internet iniziano ad essere utilizzati numerosi dispositivi (*tablet*, *smartphone*, *smartwatch*) sia per gestire la malattia che nel perseguimento del benessere individuale. A livello italiano, il Ministero della Salute sostiene che per

“eHealth”, o “Sanità in Rete” s'intende l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita³.

Per quanto concerne il termine *digital health*, spesso usato come sinonimo di *e-health*, l'OMS la definisce come un termine generico che include la sanità elettronica e lo sviluppo di altre aree delle scienze informatiche avanzate nel campo dei *Big data*, della genomica e dell'intelligenza artificiale. Ai fini del presente capitolo verrà tuttavia considerata la *mobile health* (o *m-health*) che indica «la pratica medica e di salute pubblica supportata da dispositivi mobili, come cellulari, dispositivi per il monitoraggio dei pazienti, assistenti digitali personali (PDA), ed altri dispositivi wireless» (OMS, 2011, p. 6).

Il *digital*, in questo senso, può essere considerato un *medium* prezioso nel coinvolgimento di tutti gli attori all'interno della dimensione della salute. La tecnologia e i dispositivi digitali, data la loro funzione informativa e cognitiva, ricoprono un ruolo centrale nella vita delle persone che possono realizzare in autonomia pratiche tradizionalmente fuori dalla loro portata, tra cui la possibilità di “stare in salute”. Sebbene le sfide siano numerose, la digitalizzazione della salute offre preziose opportunità per migliorare i risultati di

³ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2509&area=eHealth&menu=iniziative.

salute pubblica. Questa nuova fase prevede la partecipazione di vari attori che, utilizzando gli strumenti informatici, costruiscono nuove comunità fondate su conoscenze condivise ed esperienze correlate alla loro condizione o malattia (Swan, 2009).

Il presente capitolo offre una rassegna ragionata rispetto alle principali iniziative per contrastare l'obesità infantile attraverso il potenziale tecnologico. L'obesità infantile, infatti, rappresenta una delle principali sfide per l'OMS e, più in generale, per i sistemi sanitari di molti paesi. Nell'ultimo Congresso Europeo dedicato a questa tematica, e tenutosi a Glasgow nell'aprile del 2019, attraverso il rapporto *Childhood Obesity Surveillance Initiative* è stato stimato che in Europa circa 400.000 i bambini di età compresa tra 6 e 9 anni sono colpiti da obesità grave. Tra le cause principali individuate dall'OMS trovano menzione un'alimentazione scorretta, la sedentarietà, la predisposizione e anche una scarsa percezione del grado di sovrappeso dei figli da parte dei genitori. Per tale ragione, e in conformità con le recenti introduzioni tecnologiche, si è scelto di guardare ai principali interventi realizzati per contrastare il fenomeno.

Specialmente con l'avvento di *fitness tracker* (*Fitbit*, il braccialetto elettronico che rileva vari parametri fisici, per fare un esempio) ha introdotto una nuova modalità per motivare le persone ad essere fisicamente attive, sebbene le prove della loro efficacia siano ancora limitate (Piwek *et al.* 2015).

Nonostante le piattaforme digitali offrano interventi sulla salute a prezzi economici, ancora poco è stato indagato rispetto alla loro efficacia. Tra le eccezioni troviamo una ricerca del 2015 di Lappan *et al.* che hanno esaminato una serie di studi randomizzati controllati (RCT)⁴ di interventi che includevano messaggi di testo, siti Web o *app* per smartphone che miravano a migliorare la dieta, l'attività fisica e ridurre l'indice di massa corporea in bambini o adolescenti. Gli autori hanno scoperto che le piattaforme digitali spesso supportavano il cambiamento ma era altresì necessario personalizzare l'intervento per aumentare i risultati ottenuti.

Più di recente, anche Rose e colleghi (2017) hanno condotto una revisione sistematica per sintetizzare le prove sull'efficacia degli interventi digitali per migliorare la qualità della dieta e aumentare l'attività fisica tra adolescenti con problemi di peso. Cambiamenti comportamentali significativi sono stati spesso osservati in interventi che includevano, oltre alla componente digitale, una educazione rispetto a stili di vita sani, la pianificazione degli obiettivi da raggiungere, l'autocontrollo e, data l'età, il coinvolgimento dei genitori. Gli autori hanno esaminato 27 ricerche che hanno utilizzato almeno una componente digitale nella riduzione dell'obesità e nella gestione del peso.

⁴ Studi sperimentali che permettono di valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione.

La scelta di numerosi autori (Cutler *et al.* 2009; Larson *et al.* 2007; Sanchez, 2007) di rivolgersi verso gli adolescenti è dovuta principalmente a due ragioni: da un lato sono il gruppo con lo stile di vita meno sano (sia dal punto di vista della dieta che dell'attività fisica). Dall'altro lato questi comportamenti dannosi, se trascurati a lungo, potrebbero comportare l'insorgere di numerose patologie durante l'età adulta.

Uno degli approcci chiave per stimolare il cambiamento di alcune condizioni, secondo numerosi autori (Wu, Wu, Wang, Kao, Yang, 2012; Grey *et al.* 2006), è la *self-efficacy* o, in italiano, autoefficacia. L'autoefficacia prende avvio dalla teoria cognitiva sociale di Bandura e riguarda la fiducia riposta nella propria capacità di compiere un'azione con successo (Bandura, 1997). In pratica è lo sviluppo di risorse individuali e la capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni, in modo da raggiungere i risultati prefissati; vengono altresì contemplati stati emotivi, tra cui il modo in cui le persone pensano, si sentono e agiscono.

Nello specifico sono state individuate quattro sezioni distinte, che costituiscono l'impalcatura dell'intero capitolo, mediante cui il digitale può intervenire nell'obesità:

- le *app* e *wearable devices* (strumenti indossabili), ampiamente descritti nel primo paragrafo;
- il ruolo dei *social network* nel supporto sociale e cognitivo al cambiamento, oggetto del secondo paragrafo;
- l'utilizzo della posta elettronica come modalità per raggiungere i pazienti/utenti, presentati nel terzo paragrafo;
- interventi promossi da siti web, affrontati nell'ultimo paragrafo.

1. Corpi digitali: il ruolo delle *App* e dei *wearable*

Come anticipato, la proliferazione delle tecnologie di *e-health* ha trasformato radicalmente la relazione tra gli individui e la loro salute, riconfigurando il tradizionale triangolo ippocratico (malattia-paziente-medico) e allargando le competenze del cittadino/paziente che ora può svolgere un ruolo attivo nella gestione della sua malattia. Tra questi nuovi strumenti tecnologici, le *app* svolgono un ruolo cruciale: possono influenzare il modo in cui le persone comprendono vari aspetti della loro salute. La pratica di (auto)misurazione – ad oggi nota come *self-tracking* – consente di ottenere numerose informazioni su noi stessi, acquisendo così una radiografia delle nostre attività. Il *self-tracking* può essere definito come la «misurazione delle attività e abitudini quotidiane attraverso la quantificazione di ogni azione/condizione realizzata mediante nuovi e sempre più sofisticati dispositivi tecnologici» (Maturò, Moretti, Atzori, 2018, p. 203). È oggi possibile misurare quanti passi

abbiamo percorso, le calorie bruciate, la qualità del nostro sonno, l'intensità del ciclo mestruale e persino il livello di ansia. Questi dati possono altresì essere combinati tra loro (es. attività fisica e livello di felicità) e visualizzabili in colorati istogrammi e tabelle. Come mostrato da Lupton (2014), le *app* sono anche prodotti socioculturali situati all'interno di circuiti prestabiliti di discorso e significato. In pratica l'utilizzo che ne viene fatto si collega al più ampio contesto socioculturale, spesso anche economico, di riferimento. I dispositivi digitali, tra cui *app*⁵ e *wearable devices*⁶, promettono di facilitare il controllo o la perdita del peso seguendo quelli che sono i dettami ascritti al dispositivo stesso ed estendendo gli ambiti misurabili della nostra vita (Neff, Nafus, 2016). Le applicazioni progettate per la salute e fitness hanno guadagnato popolarità negli interventi per migliorare la dieta, incrementare l'attività fisica e scoraggiare i comportamenti sedentari. Tuttavia, nonostante il loro ampio utilizzo, vengono spesso evidenziati dubbi circa la loro efficacia.

Una ricerca condotta da Wearing e colleghi (2014), sull'effetto delle tecnologie mobili nella riduzione dell'età pediatrica, ha preso in esame il contenuto di alcune *app* per smartphone riguardo all'esercizio fisico e all'alimentazione dei bambini. Utilizzando parole chiavi all'interno di iTunes, tra cui "kid's fitness", "kid's nutrition" and "kid's exercise" i ricercatori hanno identificato un totale di 237 *app*⁷. Dopo una serie di filtri utilizzati⁸, sono state analizzate solamente sessantadue *app* per iPhone e identificate come conformi a due tipi di raccomandazioni: comportamenti di carattere generico, suggeriti dagli esperti e applicabili a tutti, (mangiare cinque volte al giorno frutta e verdura; seguire uno stile di vita sano); e le strategie maggiormente orientate alla prevenzione dell'obesità pediatrica (ad es. seguire una dieta autocontrollata e svolgere attività fisica). Dai risultati è emerso che le *app* si focalizzavano principalmente sulle raccomandazioni dei pediatri per prevenire il rischio di obesità infantile e su consigli più comuni che includevano l'attività fisica (53,2%) e il consumo di frutta/verdura (48,3%). Altri

⁵ Rispetto alle *app*, si stima che ad oggi siano presenti sugli store digitali di tutto il mondo più di 318.000 *app* per la salute, quasi il doppio del 2015, e con oltre 200 *app* che vengono progettate ogni giorno (IQVIA 2018). Il mercato globale delle *app* relative alla salute è stimato in circa 28,320 miliardi di dollari nel 2018 e si prevede che raggiungerà i 102,35 miliardi di dollari entro il 2023 (IQVIA 2018)

⁶ I dispositivi indossabili (o *wearable devices*) sono piccoli strumenti in grado di rilevare, memorizzare e trasmettere parametri vitali (ad es. il battito cardiaco, la saturazione dell'ossigeno, la frequenza respiratoria ecc.). Il mercato globale dei dispositivi indossabili in ambito medico ha generato 5,1 miliardi di dollari nel 2015 e nel 2020 circa raggiungerà i 18,9 miliardi di dollari (Frost, Sullivan, 2016). Tra gli esempi principali menzioniamo braccialetti con sensori (*fitbit*, *apple watch*, ecc); sensori da inserire sotto la suola delle scarpe (come Nike+) o all'interno delle magliette sportive (come la moderna Polo Tech creata da Ralph Lauren);

⁷ Proprio in ragione della continua evoluzione nel mercato digitale, va precisato che la ricerca si è interessata a queste *app* fino al settembre del 2012.

⁸ 154 non erano collegati alla nutrizione e all'esercizio fisico, 12 erano *app* le stesse, sei erano solo progettate solo per adulti e una era in una lingua straniera.

comportamenti, ritenuti parimenti importanti dai professionisti sanitari (ad es. effettuare controlli periodici rispetto alle proprie condizioni o consumare pasti in famiglia), venivano menzionati dal dispositivo solamente nel 1,6% dei casi. In sostanza si riduce l'universo di significati ascritto al benessere per promuovere maggiormente dettami di natura clinica.

Le *app* possono anche essere un veicolo con cui diffondere interventi mirati, come mostrato da uno studio condotto da Chen e colleghi (2019) che ha esaminato l'efficacia – sul breve periodo – di un intervento basato su smartphone per contrastare l'obesità e il sovrappeso negli adolescenti cinesi-americani. L'obiettivo della ricerca era quello di esplorare i fattori associati alla riduzione dell'indice di massa corporea (in inglese *Body Mass Index*, BMI) anche relativamente ad una minoranza etnica, tenendo così in considerazione l'influenza che determinanti socioeconomici hanno nella perdita/aumento di peso. La ricerca prevedeva un gruppo di controllo e un gruppo di intervento. Ai partecipanti di quest'ultimo gruppo è stato chiesto di completare un modulo online una volta alla settimana per un periodo complessivo di tre mesi; al gruppo di intervento, inoltre, è stato fornito un programma educativo adeguato e personalizzato per la gestione del peso, mentre il gruppo di controllo ha ricevuto informazioni sanitarie generali. Ai partecipanti di entrambi i gruppi è stato chiesto di “misurarsi” attraverso lo smartphone rispetto ad una serie di condizioni: la pressione sanguigna, il livello di attività fisica e quello di inattività, la dieta seguita e, in generale, altri aspetti inerenti alla qualità della vita. I risultati hanno mostrato che la diminuzione del BMI si è rivelata significativamente correlata alla riduzione del consumo di alimenti nei fast food, all'aumento dell'attività fisica e, nelle bambine, alla riduzione del consumo di bevande zuccherate. Lo smartphone, in una visione chiaramente tecno-entusiasta degli autori, si è rivelato dunque il *medium* mediante cui raggiungere un miglioramento delle condizioni fisiche, dal momento che i soggetti coinvolti nel gruppo di intervento si sono mostrati entusiasti rispetto al dispositivo utilizzato.

Molto spesso le *app* richiedono un'attività di *self-report*, in cui è il soggetto stesso che indica, attraverso scale, caselle vuote o *emoticon* alcuni parametri/attività. In altri termini, è l'utente che specifica il cibo consumato (magari scegliendo tra una serie di opzioni), se ha praticato sport o se ha bevuto bevande zuccherate. A parte la limitata funzione di contapassi, presente in quasi tutti gli smartphone, le *app* prevedono una autodescrizione e una autovalutazione rispetto a variabili che lo strumento vuole indicare.

Diverso è il caso dei dispositivi indossabili (c.d. *wearable*) che, al contrario, detengono dei piccoli sensori in grado di rilevare ciò che non è visibile ad occhio nudo né misurabile soggettivamente (calorie, pressione, fasi di sonno, velocità etc.) I dati raccolti vengono comunque trasmessi allo *smartphone* che consente di visualizzarli; al soggetto non è richiesto nulla se non di indossare il wearable con disciplina e in modo continuo.

Rispetto agli interventi realizzati attraverso questi dispositivi nella riduzione dell'obesità infantile, una ricerca condotta da Wilson e colleghi (2017) ha esaminato la validità e la ricettività degli adolescenti in sovrappeso (selezionati 86 ragazzi) che hanno partecipato ad un programma di *fitness* di gruppo. Gli autori hanno testato l'efficacia un intervento pilota, denominato *Wellness Incentive to Health* (WITH), basato su 12 settimane e progettato per promuovere la salute, la forma fisica e l'autoefficacia tra gli adolescenti selezionati. Il *frame* concettuale a guida delle azioni proposte era quello di autoefficacia (Bandura, 1997), in cui veniva chiesto a ciascun partecipante di fissare obiettivi rispetto alla dieta da seguire e all'attività fisica da intraprendere. In aggiunta, e diversamente da quanto normalmente viene realizzato negli Stati Uniti, il *pilot* è stato costruito al di fuori della clinica dal momento che la componente digitale, per quanto preponderante, è stata affiancata da un intervento multimodale che comprendesse anche fattori di altra natura (per lo più sociale). Difatti, i contenuti del programma WITH includevano quattro componenti principali: (a) un dispositivo di localizzazione digitale indossabile (*wearable*) per registrare le calorie consumate quotidianamente, l'attività fisica e per ottenere *feedback* sui progressi utilizzando una piattaforma Internet; (b) attività fisiche di gruppo condotte da un personal trainer una o due volte alla settimana; (c) *workshop* sull'educazione alimentare, sia di gruppo sia individuale, guidata da un dietista; e (d) sessioni settimanali di definizione degli obiettivi (autoefficacia) programmate per incoraggiare i partecipanti e premiarli nel caso di miglioramenti. I risultati hanno evidenziato numerosi aspetti positivi rispetto alla sua implementazione, tra cui un miglioramento della pressione sanguigna, una riduzione della massa muscolare, una significativa perdita di peso e un aumento di energia, come riferito dai singoli partecipanti. Da questo ultimo esempio di ricerca si ricava un ulteriore elemento aggiuntivo: la "premiazione" nel caso in cui gli obiettivi prefissati vengano raggiunti.

Questa strategia, spesso impiegata all'interno di *app* e dispositivi, prende il nome di *gamification*. Con questo termine ci riferiamo ad una modalità che ha lo scopo di rendere divertenti pratiche che di per sé sarebbero noiose. Letteralmente si tratta di introdurre elementi di gioco e design in contesti non ludici (Jagoda, 2013). La *gamification* viene utilizzata principalmente in contesti lavorativi, in cui competizioni tra colleghi e gare con premi finali mirano ad aumentare la produttività del dipendente. Applicare elementi ludici alla raccolta di dati sanitari può aumentare la motivazione del soggetto e favorire l'auto-disciplina. Per fare alcuni esempi, sono state create numerose *app* per i bambini che soffrono di diabete di tipo 1, in cui premi e mostriciattoli (che rappresentano perlopiù l'*avatar* del diabete) rendono meno impegnativa la raccolta di dati (livello di glucosio, pasti consumati e il numero di carboidrati assunti). La *gamification* rafforza la quantificazione nel momento in cui pratiche di raccolta dati, normalmente considerate seccanti, vengono eseguite

con leggerezza (in alcuni casi divertendosi). Per questo, la rigida disciplina richiesta viene allietata da *features* gradevoli e *glamour* (Maturò, Moretti, 2018). Nel caso dell'obesità, uno studio condotto da Direito e colleghi (2012) ha mostrato gli effetti di due *app* (*Zombies, Run* e *Get Running*) per *smartphone* basate su elementi di *gamification* sul livello cardiorespiratorio e l'attività fisica in 51 adolescenti non sufficientemente attivi in Nuova Zelanda. In pratica gli autori hanno valutato la funzionalità del *design* dell'*app* rispetto ad un miglioramento del livello di *fitness*. La prima *app* utilizzata, *Zombies run!*, consente di tenere traccia delle sessioni di allenamento cardio, ma con l'aggiunta dell'elemento gaming: la nostra città è trasformata in un ambiente apocalittico in cui zombie ci stanno inseguendo. Aprendo l'*app* è possibile ricevere aggiornamenti (ovviamente inventati) della situazione e poter iniziare a scegliere le missioni⁹ su cui vogliamo cimentarci, nonché tracciare il percorso compiuto e avviare, tramite sorgenti musicali, la voce degli *zombies* che corrono dietro di noi. In pratica si cerca di stimolare il soggetto a correre mettendogli paura! La seconda *app*, *Get Running*, presenta un design diverso, in cui un coach virtuale incita il soggetto ad andare sempre più veloce, proponendo una playlist musicale adattata alle preferenze individuali e condividere i risultati ottenuti con gli amici online. In questo secondo caso la presenza di elementi di gioco è meno marcata, mentre viene lasciato più spazio alla grafica dell'*app* e al *design*. Rispetto alla ricerca di Direito *et al.*, sebbene le *app*, almeno teoricamente, abbiano la possibilità di raggiungere risultati a basso costo, l'intervento proposto non ha mostrato un cambiamento significativo sul livello di *fitness*.

I videogiochi, oltre alla funzione ricreativa, sono sempre più progettati per promuovere un cambiamento positivo a lungo termine, specialmente nei bambini a cui sono destinati gli interventi principali di prevenzione, al fine di apprendere comportamenti sani. Secondo numerosi autori (Kreuter *et al.* 2000; Baranowski *et al.* 2008; Thompson *et al.* 2009) è importante che il gioco si adatti al bambino e non viceversa; una volta che l'attenzione è stata catturata, infatti, è possibile modellizzare, adattare l'intervento e inviare dei *feedback* che possono aumentare il coinvolgimento personale; il tutto condito da elementi divertenti. La *gamification* si introduce in modo pienamente coerente nell'utilizzo di ausili digitali per promuovere stili di vita sani.

2. Il peso delle reti. *Social Network* e Obesità

Nella società contemporanea, come ci ricorda Lupton (2017), l'auto-espressione è diventata altamente visiva, talvolta racchiusa in GIF

⁹ Ad esempio, con la missione Supply mentre corriamo una voce ci ricorda di andare più veloce perché è necessario recuperare delle medicine; oppure attraverso la missione Race vengono fissati diversi obiettivi che possono coprire distanze molto lunghe (anche 20 km).

(animazioni molto brevi e filmati), in un meme (immagini, video o brevi pezzi di testo, spesso divertenti, progettati per una rapida diffusione online), in un selfie (autoritratti scattate con dispositivi digitali e spesso condivise online) o in video; comune a tutti questi aspetti è la possibilità di essere facilmente condivisi sui siti di *social media*. La ricerca sui *social network* rientra in un campo di ricerca che Rogers (2013) ha denominato come “studi postdemografici”. Vengono analizzati i dati prodotti dall’utente aprendo la strada a nuovi metodi di analisi che si interessano ai gusti, le preferenze, i gruppi di appartenenza che compongono un profilo online. Le tradizionali categorie demografiche (sesso, età, livello di istruzione) sono lasciate sullo sfondo per lasciare spazio a nuove informazioni. In quest’ottica i *social network* vengono definiti come «macchine postdemografiche» (Rogers, 2013). Anche in questo caso, numerose sono le ricerche che si sono avvalse dello studio dei *social network*; si menzionano, *inter alia*, Hochman e Manovich (2013) sull’analisi delle immagini caricate su Instagram in 13 città del mondo; Beer (2012) che ha sperimentato un aggregatore di dati su Twitter con cui ha confrontato i modi con cui i termini “sociologia” e “celebrità” sono stati usati.

I *social media* offrono difatti un potenziale per proporre interventi comportamentali altamente personalizzabili e socialmente interattivi con meno vincoli rispetto ad altre azioni (es. realizzati dentro l’ospedale). Pertanto, è fondamentale valutare e considerare i *social media* come un mezzo di influenza rispetto alla salute (pubblica e individuale). Wójcicki e colleghi, a questo proposito, hanno proposto una ricerca (2014) che ha utilizzato la piattaforma Facebook come principale modalità di intervento rispetto all’obesità. La scelta del *social media* è stata dovuta ad una serie dei fattori, tra cui la semplicità di utilizzo, una accessibilità continua, un costo quasi nullo, una manutenzione limitata (da parte dell’utente) e alle varie funzionalità di comunicazione interattiva. In aggiunta Facebook è una delle forme più popolari di *social media* (Korda, Itani, 2013), in particolare tra gli adolescenti (Vyas *et al.* 2012; Bennett, Glasgow, 2009), e sta diventando un’alternativa all’e-mail come mezzo per la comunicazione istantanea tra amici (Levine, 2009). La ricerca rientra nel progetto *Social Media and Activity Research in Teens* (SMART), un intervento basato sui *social media* specificamente progettato per influenzare i comportamenti di attività fisica degli adolescenti. Lo scopo di questo innovativo programma di 8 settimane era di testare la fattibilità di fornire un supporto agli adolescenti – che avevano dichiarato di avere un basso livello di attività – attraverso una piattaforma di *social media* consolidata. I ricercatori hanno ipotizzato, in una fase iniziale, che l’esposizione ad un *social network* per questo tipo particolare di intervento avrebbe promosso cambiamenti positivi soprattutto per quanto concerne l’attività fisica. Al fine di implementare il progetto sono stati selezionati 21 partecipanti e creato un gruppo Facebook *ad hoc* con lo scopo di costruire una comunità online attiva

rispetto al tema in questione; per fare questo gli organizzatori condividevano informazioni utili rispetto all'attività fisica, provenienti da fonti diverse. I cambiamenti venivano registrati attraverso due modalità: 1) i partecipanti auto-risportavano il tempo impiegato per fare sport o attività e 2) un accelerometro dato in dotazione rilevava in automatico l'attività portata a termine. I risultati hanno evidenziato un gap significativo tra quello che i soggetti tendevano a riportare (un livello di attività fisica molto più elevato) e i risultati registrati dall'accelerometro che, al contrario, mostrava un livello decisamente inferiore. Rispetto al ruolo della piattaforma online, intesa come *medium*, gli autori hanno sottolineato il potenziale di Facebook come fonte da utilizzare per la promozione di stili di vita sani. Dato il suo indiscutibile utilizzo da parte degli adolescenti, la piattaforma potrebbe ricoprire un ruolo centrale nelle campagne di prevenzione e/o contrasto all'obesità infantile.

Se, come dimostrato da numerosi studi (Worsley, 2002), i gruppi sociali influenzano i comportamenti alimentari negli individui, il supporto sociale – derivante da un partner, un familiare, un amico – può allora comportare effetti benefici nel cambiamento dello stile di vita. Mentre alcuni interventi di promozione della salute hanno incorporato già un elemento digitale, principalmente siti web (Coons *et al.* 2012), l'uso dei *social media* potrebbe essere in grado di raggiungere alcuni i sottogruppi della popolazione (compresi i gruppi a rischio o di minoranza), dal momento che agli *user* è garantito un accesso diretto alle reti (Cobb, Graham, 2012). Una revisione sistematica condotta da Moorhead e colleghi nel 2013 ha indagato la condivisione online di informazioni inerenti alla salute e presentate, appunto, sui *social media*. Come mostrato dalla revisione, l'utilizzo di *social network* consente spesso di raggiungere gruppi che sarebbero fuori dalla portata di campagne tradizionali (es. *face to face*), tra cui individui con un basso *status* socioeconomico o appartenenti a minoranze etniche.

Una ricerca condotta da Cavallo e colleghi (2012) ha valutato l'efficacia di un intervento – per incrementare l'attività fisica – che combinasse l'informazione rispetto alla pratica, il monitoraggio dell'attività fisica e l'utilizzo dei *social network* online per aumentare il supporto fornito al soggetto. La ricerca ha coinvolto 134 studentesse universitarie “undergraduate” (equivalente italiano della laurea triennale) americane per 12 settimane. Le partecipanti, per poter prendere parte allo studio, dovevano avere meno di 25 anni, aver riportato un livello quotidiano di attività fisica inferiore ai 30 minuti e un utilizzo giornaliero di Facebook superiore ai 30 minuti. Anche in questo caso sono creati due gruppi (1 di controllo e 1 di intervento). La valutazione rispetto al supporto (online) per l'intervento è stata effettuata in un periodo di 10 settimane. Alle studentesse che hanno preso parte all'intervento è stato garantito un accesso al sito web *Internet Support for Healthy Associations Promoting Exercise* (INSHAPE), una piattaforma in cui era possibile ricavare informazioni educative rispetto all'attività fisica. All'interno del sito era altresì

possibile entrare in contatto con uno strumento di automonitoraggio mediante il quale le ragazze potevano fissare obiettivi, tenere traccia dell'attività fisica quotidiana e visualizzare grafici che illustravano progressi in relazione ai miglioramenti ottenuti. Le partecipanti sono state invitate ad unirsi ad un gruppo Facebook predisposto in cui scambiarsi un vero e proprio "supporto" sociale. Sebbene questo studio non abbia riscontrato un aumento dell'attività fisica tra i vari gruppi, è stato comunque registrato un livello di soddisfazione elevato e diffuso tra le partecipanti rispetto alla condivisione di uno strumento (Facebook).

3. Controllo del peso e posta elettronica: il servizio *E-mail*

La possibilità di pianificare progetti a contrasto dell'obesità infantile utilizzando la tecnologia può essere altresì prevista con l'ausilio della posta elettronica; l'utilizzo delle *e-mail* si configura come una abitudine oramai consolidata rispetto ad una serie di attività quotidiane (non solo legate al lavoro). Tuttavia, sono pochi gli studi che hanno studiato l'efficacia dell'*e-mail* per promuovere un cambiamento di comportamento. Rispetto alla prevenzione e contrasto dell'obesità infantile, uno studio di Abroms *et al.* (2004) ha valutato la partecipazione e gli esiti associati a un programma di promozione della salute basato sulla ricezione di posta elettronica. In particolare, questo studio esamina (1) la probabilità che ragazze adolescenti partecipino a un programma di salute basato sulla posta elettronica e (2) se la posta elettronica è in grado di promuovere un comportamento sano tra queste. Sono stati coinvolti gli adolescenti in quanto maggiormente fruitori della rete rispetto agli adulti e, nello specifico, 110 ragazze di età compresa tra 15 e 17 anni in un centro commerciale locale a Saugus, nel Massachusetts. Anche in questo caso, sono stati creati due gruppi: un gruppo di controllo, non esposto ai cambiamenti, e un gruppo sperimentale sottoposto dunque ai cambiamenti della variabile (progetto in questo caso). In particolare, nel gruppo di intervento si mirava a (1) ridurre il fumo, (2) aumentare il consumo di frutta e verdura e (3) aumentare l'attività fisica. Il gruppo riceveva settimanalmente attraverso la posta elettronica *Enzine*, una sorta di rivista interattiva inviata al gruppo da un membro dello staff di intervento. Ogni volume di *Enzine* comprendeva due messaggi di posta elettronica basati su testo, lunghi da 200 a 400 parole e distanziati da una settimana. La prima *e-mail* si basava su una breve introduzione e proponeva due sezioni dedicate alla salute: "Chiedi a Lora" e "Fatti o finzione". "Chiedi a Lora" era una colonna di consigli in cui le partecipanti proponevano domande via *e-mail* relativamente agli obiettivi di intervento a cui "Lora", l'amministratore della rivista *Enzine*, rispondeva. "Fact or Fiction", invece, era un quiz in cui ai partecipanti veniva chiesto di rispondere a una domanda relativamente alla salute. Dopo aver inviato la risposta,

veniva inviata la spiegazione da parte dell'amministratore. I risultati non hanno mostrato un significativo miglioramento nell'attività fisica, così come il coinvolgimento mostrato dalle ragazze rispetto al *medium* utilizzato (la posta elettronica) non ha generato gli effetti sperati. Le ragazze si sono mostrate poco stimolate rispetto all'efficacia delle *e-mail*.

4. Obesità online: interventi con il *Website*

Gli interventi effettuati tramite il web hanno certamente la peculiarità della personalizzazione, in cui le persone ricevono una consulenza mirata dopo aver completato un questionario diagnostico. Gli interventi "su misura" sono naturalmente più efficaci rispetto a quelli che non tengono in considerazione i singoli fattori personali (Kroeze *et al.* 2006). Questo risulta specialmente vero nel caso della salute, in cui messaggi personalizzati riducono le informazioni ridondanti e non rilevanti per la persona stessa che, idealmente, riceve solo informazioni pertinenti e significative rispetto alla sua condizione (Kreuter *et al.* 2000). Alcuni studi (Vandelanotte *et al.* 2007; Spittaels *et al.* 2007) hanno mostrato particolari effetti positivi soprattutto nell'incrementare attività fisica tra gli adulti che di partenza non aveva una formazione specifica. Tuttavia, e nonostante queste premesse, pochi studi si sono concentrati sugli effetti degli interventi basati su Internet per promuovere l'attività fisica negli adolescenti, nonostante l'elevato utilizzo della rete da parte dei soggetti (Bourdeaudhuij *et al.* 2011). Tra gli interventi di maggior rilievo, riporto la ricerca condotta da Bourdeaudhuij e colleghi, il cui obiettivo principale era di studiare l'effetto a breve termine (1 mese) e medio termine (3 mesi) di un intervento informatizzato di attività fisica su misura rispetto alla consulenza *standard* generica in un campione di adolescenti proveniente da sei paesi europei. I dati mostrati dagli autori provengono da un progetto molto ampio denominato HELENA (*Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence*). Lo studio HELENA è un progetto di ricerca finanziato dall'Unione Europea (2003-2008) con l'obiettivo principale di ottenere dati affidabili e comparabili di un campione rappresentativo di adolescenti europei, riguardanti le abitudini alimentari, i livelli di attività fisica e i modelli di *fitness*, al fine di avere un quadro più completo del fenomeno dell'obesità. Il secondo obiettivo dello studio HELENA è lo sviluppo e la valutazione di un intervento educativo sullo stile di vita su misura utilizzando il computer per promuovere attività fisica e un'alimentazione sana (HELENA-LSEI). L'intervento si è basato, come anticipato, su sei Paesi europei: Vienna (Austria), Ghent (Belgio), Heraklion (Creta), Dortmund (Germania), Atene (Grecia) e Stoccolma (Svezia). Ai centri coinvolti è stato chiesto di selezionare, attraverso un processo random all'interno delle scuole, almeno 100 adolescenti da inserire nel gruppo di controllo e 100 da valutare nel gruppo di intervento.

Quarantanove scuole con circa ottantadue classi diverse hanno preso parte al progetto. Il numero delle scuole variava sulla base del Paese – 5 Germania, 7 in Atene e Ghent, 9 in Heraklion, 10 in Svezia e 11 in Austria. Gli insegnanti hanno guidato gli studenti su come utilizzare il programma (almeno nel gruppo di intervento), disponibile online al sito www.helenastudy.com. Il programma “su misura” si articolava in tre parti principali: (a) una pagina di introduzione, (b) uno strumento diagnostico e (c) una sezione dedicata ai consigli. Lo strumento diagnostico comprendeva domande demografiche, un questionario sull’attività fisica e determinanti psicosociali (atteggiamenti, livello di autoefficacia, supporto sociale, benefici percepiti, barriere percepite e ambiente) relative all’attività fisica.

Dopo che gli studenti avevano compilato il questionario, il programma elaborava *feedback* personalizzati attraverso un database preesistente in grado di combinare le possibili risposte. In pratica era possibile ottenere una consulenza online in grado di programmare vere e proprie linee guida personalizzate. I risultati hanno confermato l’ipotesi dei ricercatori. Dopo 1 mese, il gruppo di intervento ha riportato livelli più elevati di MVPA (“moderate to vigorous physical activity”) nel tempo libero, nonché un utilizzo più elevato della bicicletta come mezzo di trasporto, rispetto agli adolescenti facenti parte del gruppo di controllo. Dopo 3 mesi, gli effetti positivi sul gruppo di intervento, nonché il gap tra i due gruppi, si sono addirittura accentuati.

Nonostante gli effetti positivi di questo intervento in diversi paesi europei, è tuttavia risultato chiaro che l’implementazione di un simile progetto non può garantire gli stessi risultati in tutti i contesti (sociali e territoriali). Gli esiti hanno infatti dimostrato che una implementazione di successo è garantita da un ambiente ICT prolifico, come dimostrato da alcune scuole selezionate. Solamente in quegli ambienti in cui un numero sufficiente di computer per tutti gli studenti era garantito è risultato possibile portare avanti le interazioni con Internet, dal momento che la presenza dell’insegnante era necessaria per guidare l’intervento.

Un’altra ricerca proposta da Ezendam e colleghi nel 2012 ha coinvolto 883 adolescenti in venti scuole olandesi; il progetto si è basato sullo sviluppo un intervento *online* personalizzato denominato FATaintPHAT (VETisnietVET in olandese), con l’obiettivo di valutare gli effetti a breve e lungo termine tra gli adolescenti. Le aspettative coinvolgevano due ordini di fattori: da un lato una diminuzione del BMI, visibile, secondo gli autori, nei due anni dall’intervento. Il secondo fattore si rivolgeva più ad abitudini e comportamenti, quali ad esempio una riduzione del consumo di bevande zuccherate, *snack* e un aumento di frutta e verdura ai pasti. Questo aspetto permetteva di valutare più gli impatti a lungo termine. Il problema del peso è stato gestito dall’intervento attraverso otto moduli separati e personalizzati. Ciascun modulo prevedeva informazioni inerenti a vari aspetti anche se tutti collegati a informazioni su rischi comportamentali (assunzione di cibi e bevande dannosi; scarsa

attività fisica ecc.) e la possibilità di pianificare un intervento personale mediante le formulazioni di obiettivi. Rispetto ai risultati, l'intervento promosso con il progetto FATaintPHAT ha mostrato effetti positivi nel breve periodo, in particolare modo rispetto alla dieta e ad una diminuzione del peso. Al contrario sul lungo periodo questo intervento sembra non aver generato nessun tipo di effetto, specialmente in riferimento al comportamento sedentario.

5. Digital e obesità: tra promesse e paradossi

Dall'analisi della letteratura è possibile contemplare alcune riflessioni che, piuttosto che lasciare spazio a delle conclusioni, aiutano ad aprire a nuovi scenari interpretativi e nuovi interrogativi. Innanzitutto, è emerso il potenziale offerto dalle nuove tecnologie nel contrasto all'obesità infantile. Il *digital*, come mostrato dai progetti presentati nei vari paragrafi, può fungere come da facilitatore nell'acquisizione di uno stile di vita sano. In aggiunta la possibilità di restare connessi ventiquattro ore su ventiquattro, sette giorni alla settimana consente di monitorare (anche da remoto) alcune condizioni e rilevare parametri fisici. Tuttavia, come emerso tra gli stessi autori, si evidenzia come debbano essere fatti ulteriori passi avanti nell'implementazione di tecnologie volte ad integrare le fonti dei dati, al fine di non rendere onerosa l'esperienza di gestione del peso. Utilizzare più dispositivi contenenti singoli parametri può indurre ad un abbandono progressivo del supporto tecnologico. I limiti, inoltre, risiedono in alcuni errori tipici del mezzo tecnologico che non tengono conto delle contingenze reali nelle quali il soggetto si trova, tralasciando elementi sociodemografici di rilievo (ruolo dei genitori, possibilità di fare attività fisica legata al contesto urbano di riferimento ecc.). Molti autori sostengono che si possa ovviare a questo problema attraverso un'educazione all'utilizzo dei dispositivi, ad una adeguata preparazione e soprattutto sperimentazione continua e ricorrente. Sono innegabili e meritano un'attenta analisi le potenzialità che questi mezzi e queste pratiche portano con sé nell'ambito della salute ed il benessere.

Se da un lato è possibile scorgerne il potenziale dall'altro lato il rischio è quello di una progressiva de-responsabilizzazione del settore pubblico circa la salute della popolazione. In un clima in cui la salute diviene bisogno, il rischio è quello di alimentare un processo di mercificazione della salute (Maturò, 2012) non a caso la maggior parte di questi dispositivi digitali non sono progettati da enti pubblici o da istituzioni sanitarie specifiche. Inoltre, una sempre più ampia diffusione di queste tecnologie di controllo del sé, accompagnate da una definizione di salute multidimensionale, potrebbero contribuire a favorire processi di medicalizzazione e dunque di invasione di diverse sfere della vita individuale, accorpandole sotto il dominio del controllo, della sorveglianza e della medicina (Conrad, 2007). La mania del controllo di sé

estende gli orizzonti del patologico e definisce continuamente nuovi bisogni e nuovi modelli in funzione di un soggetto sempre più performativo. Ad esempio, dove una volta l'attività fisica veniva realizzata ai fini di svago, ora può essere intesa come attività clinicamente rilevante, effettuata per il mantenimento di una buona salute (De Swaan, 1990). Per tale ragione, secondo Crawford (1980), il salutismo è "moralmente carico". Di certo saranno necessari ulteriori approfondimenti teorico-empirici, ed una maggior sinergia tra Stato e cittadini nella costruzione e gestione dell'*Mhealth*, volta all'eliminazione delle disuguaglianze di salute e al sostegno culturale ed educativo in materia di tecnologie e salute che sia capace di arginare i rischi legati ad una mercificazione della salute attraverso i dati, che oggi più di ieri sembrano rappresentare una nuova moneta di scambio su scala globale che apre a scenari inquietanti ma sempre più realistici e che meritano d'essere considerati.

Bibliografia di riferimento

- Abroms L.C., Fagan P., Eisenberg M.E., et al. (2004), *The STRENGTH Ezine: An application of e-mail for health promotion in adolescent girls*. «Am J Health Promot», 19: 28e32.
- Bandura A. (1997), *Self-efficacy: The exercise of control*, W. H. Freeman, New York, NY.
- Baranowski T., Baranowski J., Thompson D., et al. (2011), *Video game play, child diet, and physical activity behavior change: A randomized clinical trial*, «Am J Prev Med» 40: 33e8.
- Beer D. (2012), *Using social media aggregators to do social research*, «Sociological Research online», 17(3), 1-12.
- Bennett G.G., Glasgow R.E. (2009), *The delivery of public health interventions via the Internet: Actualizing their potential*, «Annu Rev Public Health», 30: 273-292.
- Cobb N.K., Graham A.L. (2012), *Health behavior interventions in the age of Facebook*, «Am J Prev Med», 43(5): 571-2.
- Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Coons M.J., DeMott A., Buscemi J., Duncan J.M., Pellegrini C.A., Steglitz J., Pictor A., Spring B. (2012), *Technology interventions to curb obesity: a systematic review of the current literature*, «Current Cardiovascular Risk Report», 6(2): 120-34.
- Crawford R. (1980), *Healthism and medicalisation of everyday life*. *International Journal of Health Services*, 10: 365-388.
- Department of Health (1997), *The New NHS: Modern, Dependable*. Department of Health, London.
- Cutler G.J., Flood A., Hannan P., Neumark-Sztainer D. (2009), *Major patterns of dietary intake in adolescents and their stability over time*, «J Nutr», 139: 323e8.

- Cavallo D.N., Tate D.F., Ries A.V., Brown J.D., DeVellis R.F., Ammerman A.S. (2012), *A Social Media-Based Physical Activity Intervention: A Randomized Controlled Trial*, «Am J Prev Med», November, 43(5): 527-532.
- De Bourdeaudhuij I., Van Cauwenberghe E., Spittaels H., et al. (2011) *School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project*, «Obes Rev», 011; 12(3):205-216.
- De Swaan A. (1990), *The Management of Normality: Critical Essays in Health and Welfare*, Routledge, London.
- Direito A., Jiang Y., Whittaker R., Maddison R. (2015), *Apps for IMproving FITness and Increasing Physical Activity Among Young People: The AIMFIT Pragmatic Randomized Controlled Trial*, «J Med Internet Res», 17: e210.
- Ezendam N.P., Brug J., Oenema A. (2012), *Evaluation of the Web-based computer-tailored FATaintPHAT intervention to promote energy balance among adolescents: results from a school cluster randomized trial*, «Arch Pediatr Adolesc Med», Mar., 166(3): 248-55.
- Grey M., Knafl K., McCorkle R. (2006), *A framework for the study of self- and family management of chronic conditions*, «Nursing Outlook», 54(5), 278-286.
- Hochman H., Manovich L. (2013), *Zooming into an Instagram city: reading the local through social media*, <https://firstmonday.org/article/view/4711/3698>.
- Jagoda P. (2013), *Gamification and Other Forms of Play*, in «Boundary 2», 40, 2, pp. 113-44.
- Jessica R., Wearing, N.N., Befort C., Davis A.M., Agemy C.K. (2014) *iPhone App Adherence to Expert-Recommended Guidelines for Pediatric Obesity Prevention*, «Childhood Obesity», 10 (2), 132-144.
- Jyu-Lin Chen R.N., Guedes C.M., Lung A.E. (2019), *Smartphone-based Healthy Weight Management Intervention for Chinese American Adolescents: Short-term Efficacy and Factors Associated With Decreased Weight*, «Journal of Adolescent Health» 64, 443-449.
- Keating S.R., McCurry M.K. (2015), *Systematic review of text messaging as an intervention for adolescent obesity*, «J Am Assoc Nurse Pract», 27: 714e20.
- Korda H., Itani Z. (2013), *Harnessing social media for health promotion and behavior change*, «Health Promot Pract», Jan., 14(1): 15-23.
- Kreuter M., Farrell D., Olevitch L., Brennan L. (2000), *Tailoring health messages: customizing communication with computer technology*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Kroeze W., Werkman A., Brug J.A. (2006), *Systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors*, «Ann Behav Med», 31(3): 205-223.
- Lappan L., Yeh M., Leung M. Technology as a platform for improving healthy behaviors and weight status in children and adolescents: A review, «Obes Open Access», 1: (3).
- Larson N.I., Neumark-Sztainer D., Hannan P.J., Story M. (2007), *Trends in adolescent fruit and vegetable consumption (1999-2004): Project eat*, «Am J Prev Med», 32: 147e50.
- Lenhart A. (2015), *Teens, social media & technology*, Overview 2015, Pew Research Center, Washington, DC.

- Levine D. (2009), *Using new media to promote adolescent sexual health: Examples from the field*. Ithaca, NY.
- Abroms L.C., Fagan P., Eisenberg M.E., Lee H.-S.H., Remba N., Sorensen G. (2004), *The Strength Ezine: An Application of E-Mail for Health Promotion in Adolescent Girls*, «American Journal of Health Promotion», 19(1): 28-32.
- Lupton D. (2017), *Digital media and body weight, shape, and size: An introduction and review*, «Fat Studies», 6, 2, 119-134.
- Lupton, D. (2014), *Apps as Artefacts: Towards a Critical Perspective on Mobile Health and Medical Apps*, in «Societies», 4 (4), 606-622.
- Maturo A., (2012), *La società bionica. Saremo sempre più belli, felici e artificiali?* Laboratorio sociologico, Franco Angeli, Milano.
- Maturo A., Moretti V. (2018), *Digital Health and the Gamification of Life: How Apps Can Promote a Positive Medicalization*, Emerald Group Publishing, Bingley, UK.
- Moorhead S.A., Hazlett D.E., Harrison L., Carroll J.K., Irwin A., Hoving C. (2013), *A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication*, «J Med Internet Res», 15(4): e85.
- Neff G., Nafus D. (2016), *Self-tracking*, The Mit Press, London.
- Petty R.E., Cacioppo J.T. (1986), *Communication and persuasion: central and peripheral routes to attitude change*, Springer-Verlag, New York.
- Piwek L., Ellis D.A., Andrews S., Joinson A. (2016) *The rise of consumer health wearables: Promises and barriers*, «PLoS Med», 13: e1001953.
- Poushter J. (2016), *Smartphone Ownership and Internet Usage Continues to Climb in Emerging Economies; but advanced economies still have higher rates of technology use*, Pew Research Center, Washington, DC.
- Rogers R. (2013), *Digital Methods*, The Mit Press, London.
- Sanchez A., Norman G.J., Sallis J.F. et al. (2007), *Patterns and correlates of physical activity and nutrition behaviors in adolescents*, «Am J Prev Med», 32: 124e30.
- Spittaels H., De Bourdeaudhuij I., Vandelanotte C. (2007), *Evaluation of a website-delivered computer-tailored intervention for increasing physical activity in the general population*, «Prev Med», 44: 209-17.
- Swan M. (2009), *Emerging Patient-Driven Health Care Models: An Examination of Health Social Networks, Consumer Personalized Medicine and Quantified Self-Tracking*, in «International Journal of Environmental Reserch and Public Health», 6 (2), 492-525.
- Taylor Rose, Mary Barker, Chandni Maria Jacob, Leanne Morrison, Wendy Lawrence, Sofia Strömmer, Christina Vogel, Kathryn Woods-Townsend, David Farrell, Hazel Inskip, Janis Baird (2017), *A Systematic Review of Digital Interventions for Improving the Diet and Physical Activity Behaviors of Adolescents*, «Journal of Adolescent Health» 61, 669-677.
- Thomas R. Wójcicki, Diana Grigsby-Toussaint, Charles H. Hillman, Marian Huhman, Edward McAuley (2001), *Promoting Physical Activity in Low-Active Adolescents via Facebook: A Pilot Randomized Controlled Trial to Test Feasibility*, «JMIR Res Protoc» 2014, 3, 4 e56 1.

- Thompson D., Baranowski T., Baranowski J., *et al.* (2009), *Boy Scout 5-a-Day badge: Outcome results of a troop and internet intervention*, «Prev Med» 49: 518e26.
- Vandelanotte C., Spathonis K.M., Eakin E.G., Owen N. (2007), *Website-delivered physical activity interventions: a review of the literature*, «Am J Prev Med», 33(1): 54-64.
- Vyas A.N., Landry M., Schnider M., Rojas A.M., Wood S.F. (2012), *Public health interventions: Reaching Latino adolescents via short message service and social media*, «J Med Internet Res», 14, (4): e99,
- Williams G., Hamm M.P., Shulhan J., Vandermeer B., Hartling L. (2014), *Social media interventions for diet and exercise behaviours: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*, «BMJ Open». 4, (2): e003926.
- Worsley A. (2002), *Nutrition knowledge and food consumption: can nutrition knowledge change food behaviour?* «Asia Pac J Clin Nutr», 11(Suppl): S579-89.
- Wu M.P., Wu S.F., Wang T.C., Kao M.J., Yang W.L. (2012), *Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol*, «Nursing and Health Sciences», 14, 173-181.

Appendice con allegati

Allegato 1 – Traccia intervista per coppie di genitori di bambini seguiti dal servizio di pediatria (ambulatorio alimentazione e progetto GET) dell’Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia per problemi di sovrappeso

- | | |
|----|--|
| 1. | Presentazione del ricercatore/ricercatrice. |
| 2. | Descrizione delle finalità della ricerca e delle modalità di restituzione dei risultati. |
| 3. | Illustrazione della normativa sul trattamento dei dati e compilazione dei moduli dedicati. |

Dati socio-anagrafici dei genitori intervistati

		MADRE	PADRE
Nome/riferimento secondo codifica scelta			
Età			
Stato civile			
Nazionalità			
Cittadinanza			
Domicilio			
Titolo di studio	Primaria		
	Secondaria di primo grado		
	Secondaria di secondo grado		
	Laurea triennale		
	Laurea specialistica/magistrale		
	Post-laurea		
Occupato/a, / disoccupato/a			
Settore occupazionale			
Qualifica professionale	Operaio/a		
	Impiegato/a		
	Dirigente		
	Quadro		
	Lavoratore/trice autonomo/a		
Tipologia di contratto	Indeterminato		
	Determinato		
	Altro (specificare)		
	Part-time		
	Full-time		
Part-time	Volontario		
	Involontario		
Part-time	Orizzontale		
	Verticale		
	0-15		

Quante ore mediamente lavora in una settimana?	16-30		
	31-45		
	Più di 45		
Tipologia di azienda per cui lavora	Pubblico		
	Privato		
	Non-profit/Terzo settore		
Tempo mediamente impiegato nel tragitto: casa/lavoro - lavoro/casa			
Figli/e della coppia			
Per ogni figlio/a specificare: - età - tipo di scuola frequentata -utilizzo o meno della mensa a pranzo			
Per ogni figlio/a specificare: - età - tipo di scuola frequentata -utilizzo o meno della mensa a pranzo			
Per ogni figlio/a specificare: - età - tipo di scuola frequentata -utilizzo o meno della mensa a pranzo			
Per ogni figlio/a specificare: - età - tipo di scuola frequentata -utilizzo o meno della mensa a pranzo			
La coppia vive con altre persone?	No		
	Sì (specificare con chi vive e il grado di parentela)		

Area tematica 1. Il cibo in famiglia

Obiettivo di quest'area è rilevare le rappresentazioni del cibo e i modi con i quali si comunicano in famiglia in termini di trasmissione generazionale.

Domande stimolo:

- 1) Per lei cos'è il cibo? (significati, emozioni, rappresentazioni)
- 2) Chi della sua famiglia le ha trasmesso significati e valori che attribuisce al cibo?
- 3) E lei parla di questo ai suoi figli/e?
- 3) Quali sono i significati *positivi* che attribuisce al cibo [5 parole]
- 2) Quali sono i significati *negativi* che attribuisce al cibo [5 parole]

Parole chiave:

- a) consapevolezza del peso – rischi per la salute
- b) cambiamenti nel tempo (modo di mangiare, importanza del cibo, tempo che rimangono a tavola)
- c) desideri e progetti per il futuro (diversa cura alimentazione, attenzione al cibo, bisogni)

Area tematica 2. Reti famigliari e tempo libero

Obiettivo di quest'area è rilevare scambi e contenuti, simboli e significati che caratterizzano la famiglia e le reti cui appartengono.

Domande stimolo:

- 1) Frequentate gruppi o amici con cui vi piace mangiare assieme (ad es. squadra, gruppo religioso, colleghi, ecc.)? Cosa rappresenta per voi il cibo in queste occasioni?
- 2) Vi capita di invitare per pranzo o per cena amici per mangiare insieme?
- 3) Che significato assume in queste occasioni il cibo?

Parole chiave:

- a) Convivialità – aperta/chiusa
- b) Significati del cibo
- c) Socialità
- d) Legami col cibo (gratificazione, condivisione, ecc.)

Area tematica 3. Reti del figlio/a

Obiettivo di quest'area è rilevare reti di socialità e abitudini del figlio/a

Domande stimolo:

- 1) Mi potrebbe raccontare una giornata tipica di suo figlio/a?
- 2) Con chi sta abitualmente?
- 3) Quali attività svolge, solitamente?
- 4) Cosa mangia di solito?

Parole chiave:

- a) Amici-gruppo
- b) Parenti
- c) Solitudine/Compagnia
- d) In casa-fuori
- e) Organizzazione

Area tematica 4. Abitudini alimentari

Obiettivo di quest'area è rilevare le pratiche riferite ad approvvigionamento, preparazione e consumo del cibo

Domande stimolo:

- 1) Chi abitualmente si occupa della spesa? Con quale frequenza? In quali tipi di negozi si reca? (produttori locali; piccoli commercianti di quartiere; GD).
- 2) Chi abitualmente prepara il cibo? Cosa significa per lei/voi cucinare?
- 3) Dove e con chi mangiate abitualmente? [colazione-pranzo-cena]
- 4) La vostra famiglia ha un posto preferito dove mangiare (quando si esce, week-end, abitudine al ristorante, ecc.)?

Parole chiave:

- a) Orario fisso-Spazio di casa dove mangiano; Si mangia insieme/divisi; Presenza tv/si discute
- b) Cosa si mangia, tipi di cibo (preparato in casa, da asporto, tradizionale, etnico, altro)
- c) Cibo come pratica di sussistenza vs. trasmissione di affetto, sicurezza, amore
- d) Scelta cibo (economica, qualità, marca, abitudine, visto in pubblicità)
- e) Cambiamenti (frequentazione stessi posti, acquisto stesse cose, routine)

Area tematica 5. Digitale, informazione, comunicazione

Obiettivo di quest'area è rilevare le abitudini della famiglia rispetto alle informazioni che cercano e all'utilizzo che fanno dello spazio digitale

Domande stimolo:

- 1) Utilizzate internet per cercare materiale inerente alle tematiche che sono state sino a qui discusse? (cibo, alimentazione, ecc.)
- 2) Condividete le informazioni che trovate in internet? Se sì, in che modo?
- 3) Utilizzate in famiglia *app* e/o *wearable* riguardo cibo o salute (es. fit-bit, applewatch, contapassi)?

Parole chiave:

- a) informazioni mediche online (figlio/a-famiglia, salute in generale)
- b) informazioni su cibo e alimentazione/dieta - iscrizione a gruppi Facebook, Instagram, Forum, *Yahoo Answer*, Wikipedia, blog e diario.
- c) seguono diete dai giornali/mass media (es. dieta del limone, dieta dello zenzero, metodi innovativi)
- d) *Digital* come fonte di supporto
- e) Utilizzo di *app* e/o *wearable* per gestire il peso, raccogliere informazioni di tipo medico ecc.

Area tematica 6. Rappresentazione e percezione del corpo

Obiettivo di quest'area è rilevare la percezione che l'intervistato ha del proprio corpo per poi metterlo in connessione con la sua cultura del cibo e le sue abitudini alimentari

Domande stimolo:

- 1) Come descrive la sua forma fisica?
- 2) Fa qualcosa per "prendersi cura" della sua forma fisica?
- 3) Com'è, secondo lei, un corpo "ideale"? Ha un esempio che potrebbe farmi?

Parole chiave:

- a) attenzione - cura di sé
- b) si sente bene con se stesso/a
- c) attività fisica
- d) desideri-progetti
- e) corpo-peso è motivo di confronto – Con chi? Perché? In che modo?

Area tematica 7. Genitori e figlio/a

Obiettivo di quest'area è indagare il vissuto dei genitori rispetto alla problematica di salute riferita alla gestione del peso del proprio figlio/a

Domande stimolo:

- 1) Come ne pensa della fisicità di vostro figlio/a?
- 2) Secondo lei, suo figlio, come vive questa fisicità?
- 3) Pensa che la fisicità di vostro figlio/a crei difficoltà/problemi con i suoi coetanei? (amici, scuola, ecc.)?
- 4) Cosa sentite di "poter fare" come genitori? Cosa vorreste trasmettergli?

Parole chiave:

- a) figura dell'esperto – consigli ricevuti – sono seguiti – che aiuti danno al figlio/a
- b) cambiamenti nel cucinare/fare la spesa/ per vostro figlio
- c) consigli da genitore (movimento, attività sportiva, contapassi, altre attività)

Area tematica 8. Persona e servizio

Obiettivo di quest'area è rilevare il rapporto tra famiglia e servizi sanitari rispetto al tema gestione del peso

Domande stimolo:

- 1) Quand'è stata la prima volta che ha sentito parlare di obesità in età pediatrica? Da parte di chi?
- 2) Perché, come e quando la famiglia ha accettato di partecipare al GET?
- 3) Chi lo ha proposto? Ne ha discusso in famiglia?
- 4) A che punto è del percorso?
 - 4a. abbandono: come mai, per quali motivi?
 - 4b. continua: quali sono le ragioni che la motivano a continuare?
- 5) Rispetto alle aspettative che aveva come è andata/come sta andando?
- 6) Qual è l'importanza che davate al percorso e quanta fiducia avevate nel concluderlo?
- 7) Rispetto ad altri percorsi individuali precedenti, che differenza c'è/c'è stata?
- 8) Avete chiesto il parere di altri professionisti, oltre al pediatra (medici, psicologici, dietisti, altro)?
- 9) Ha instaurato relazioni con altre famiglie che hanno partecipato? Avete condiviso difficoltà e preoccupazioni?
- 10) Qual è il suo giudizio su questa esperienza?
 - 10a. quali gli aspetti positivi? (almeno 3)
 - 10b. quali gli aspetti negativi? (almeno 3)

Parole chiave:

- a) reazioni – discussioni in famiglia
- b) contenuti del supporto – consigli giusti e comprensibili
- c) impegnativo – sforzo di volontà
- d) coinvolgimento (ascoltati, seguiti in modo utile)
- e) chiedere aggettivi o paragoni rispetto alle diete/percorsi personali

Photo Elicitation

Al termine dell'intervista sono state fornite agli intervistati 4 immagini stimolo (formato A4, a colori, stampa lucida) relative a corpi, cibo e stili di vita e si chiederà agli intervistati di commentarle, rispetto anche alle emozioni che suscitano. Ciò ci ha permesso di raccogliere ulteriori informazioni utili a delineare la cultura del cibo che essi hanno.

Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4



Congedo e saluti

Allegato 2 – Schede contenenti i dati socio-anagrafici dei genitori intervistati¹

Famiglia 01 02	Madre	Padre
Età	34	39
Stato civile	nubile	Celibe
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Scandiano (RE)	Scandiano (RE)
Titolo di studio	secondaria di I grado	secondaria di II grado
Occupazione	operaia	impiegato
Tipologia di contratto	determinato (PT vol., orizz.)	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	16-30	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	20 minuti	45 minuti
Figli/e - Età	2, femmine; 9 e 4 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (tempo pieno, utilizzo mensa) – materna (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 03 04	Madre	Padre
Età	42	42
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	Italiana
Cittadinanza	italiana	Italiana
Domicilio	Reggio Emilia	Reggio Emilia
Titolo di studio	secondaria di II grado	secondaria di II grado
Occupazione	impiegata	operaio
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	31-45	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	20 minuti	20 minuti
Figli/e - Età	1, femmina; 7 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (tempo pieno, utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 05 06	Madre	Padre
Età	46	43
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	San Polo d'Enza (RE)	San Polo d'Enza (RE)
Titolo di studio	secondaria di I grado	secondaria di I grado
Occupazione	operaia	operaio
Tipologia di contratto	indeterminato (PTV oriz)	indeterminato (FT)

¹ Nel caso in cui all'appuntamento per l'intervista si sia presentato solo uno dei due genitori la scheda riporta solo i dati del genitore presente. In tabella, per motivi di economia di spazio, si troveranno le seguenti abbreviazioni: PTI (part-time involontario), PTV (part-time volontario), FT (full-time), VERT (verticale), ORIZ (orizzontale).

Ore lavorate in una settimana	31-45	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	20-25 minuti	60 minuti
Figli/e - Età	1, maschio; 11 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 07 08	Madre	Padre
Età	40	40
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Vezzano sul Crostolo (RE)	Vezzano sul Crostolo (RE)
Titolo di studio	secondaria di II grado	secondaria di I grado
Occupazione	impiegata	operaio
Tipologia di contratto	indeterminato (PTV vert)	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	16-30	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	30minuti	20 minuti
Figli/e - Età	3, maschi; 12, 10 e 9 anni	
Scuola frequentata da figli/e	secondaria I grado – elementare – elementare	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 09 10	Madre	Padre
Età	37	54
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Bibbiano (RE)	Bibbiano (RE)
Titolo di studio	secondaria di II grado	secondaria di I grado
Occupazione	lavoratrice autonoma	lavoratore autonomo
Tipologia di contratto	altro	altro
Ore lavorate in una settimana	16-30	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	1 minuto	variabile
Figli/e - Età	2, femmine; 12 e 8 anni	
Scuola frequentata da figli/e	secondaria I grado – elementare	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 11 12	Madre	Padre
Età	45	52
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Reggio Emilia	Reggio Emilia
Titolo di studio	laurea	laurea
Occupazione	impiegata	impiegato
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	indeterminato (FT)

Ore lavorate in una settimana	31-45	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	5 minuti	1h e 30 minuti
Figli/e - Età	2, maschi; 12 e 8 anni	
Scuola frequentata da figli/e	secondaria I grado – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 13 14	Madre	Padre
Età	47	37
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Reggio Emilia	Reggio Emilia
Titolo di studio	scuola primaria	laurea
Occupazione	non occupata	impiegato
Tipologia di contratto	—	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	—	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro casa	—	15 minuti circa
Figli/e - Età	1, femmina; 6 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 15 16	Madre	Padre
Età	44	48
Stato civile	nubile	celibe
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Reggio Emilia	Reggio Emilia
Titolo di studio	secondaria II grado	secondaria II grado
Occupazione	imprenditrice	imprenditore
Tipologia di contratto	altro	altro
Ore lavorate in una settimana	più di 45	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	5 minuti	5 minuti
Figli/e - Età	1, femmina; 9 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 17 18	Madre	Padre
Età	37	39
Stato civile	nubile	celibe
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Reggio Emilia	Reggio Emilia
Titolo di studio	secondaria I grado	secondaria I grado
Occupazione	operaia	operaio
Tipologia di contratto	Determinato (PTI oriz)	altro
Ore lavorate in una settimana	31-45	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro casa	10-30 minuti	30 minuti

Figli/e - Età	3, femmine; 7, 4 e 2 anni
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa) – scuola materna (utilizzo mensa) – nido (utilizzo mensa)
La coppia non vive con altre persone	

Famiglia 19 20	Madre	Padre
Età	47	48
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	San Martino in Rio (RE)	San Martino in Rio (RE)
Titolo di studio	secondaria II grado	secondaria II grado
Occupazione	operaia	imprenditore
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	altro
Ore lavorate in una settimana	31-45	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	30 minuti	2 minuti
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 10 e 6 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa) – scuola materna (utilizzo mensa)	
La coppia vive con la nonna materna		

Famiglia 21 22	Madre	Padre
Età	38	40
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	Italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Scandiano (RE)	Scandiano (RE)
Titolo di studio	secondaria II grado	secondaria I grado
Occupazione	impiegata	operaio
Tipologia di contratto	altro	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	31-45	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	10 minuti	5 minuti
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 9 e 7 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa) – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 23 24	Madre	Padre
Età	45	46
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	Italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Rubiera (RE)	Rubiera (RE)
Titolo di studio	laurea	secondaria II grado
Occupazione	educatrice professionale	operaio
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	31-45	31-45

Tempo casa-lavoro lavoro-casa	10 minuti	10 minuti
Figli/e - Età	1, maschio; 10 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 25 26	Madre	Padre
Età	45	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Reggio Emilia	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	non occupata	—
Tipologia di contratto	—	—
Ore lavorate in una settimana	—	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	—	—
Figli/e - Età	3, maschi; 17, 14 e 7 anni	
Scuola frequentata da figli/e	secondaria superiore elementare – secondaria inferiore – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 27 28	Madre	Padre
Età	47	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Sant'Ilario d'Enza (RE)	—
Titolo di studio	laurea	—
Occupazione	impiegata	—
Tipologia di contratto	indeterminato (PTV oriz)	—
Ore lavorate in una settimana	31-45	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	30 minuti	—
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 10 e 8 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa) – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 29 30	Madre	Padre
Età	48	49
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Reggio Emilia	Reggio Emilia
Titolo di studio	secondaria II grado	laurea magistrale
Occupazione	impiegata	impiegato
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	31-45	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	10 minuti	10 minuti
Figli/e - Età	2, femmina, 9 e 7 anni	

Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa) – elementare (utilizzo mensa)
La coppia non vive con altre persone	

Famiglia 31 32	Madre	Padre
Età	43	47
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Cavriago (RE)	Cavriago (RE)
Titolo di studio	secondaria I grado	secondaria II grado
Occupazione	non occupata	operaio
Tipologia di contratto	—	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	—	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	—	30 minuti
Figli/e - Età	2, femmina; 11 e 2 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 33 34	Madre	Padre
Età	32	—
Stato civile	nubile	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Scandiano (RE)	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	impiegata	—
Tipologia di contratto	indeterminato (PTI ver)	—
Ore lavorate in una settimana	16-30	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	15 minuti	—
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 4 e 8 anni	
Scuola frequentata da figli/e	infanzia (utilizzo mensa) – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 35 36	Madre	Padre
Età	48	52
Stato civile	nubile	Celibe
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Novellara (RE)	Novellara (RE)
Titolo di studio	secondaria II grado	secondaria II grado
Occupazione	impiegata	lavoratore autonomo
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	altro
Ore lavorate in una settimana	16-30	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	2 ore	5 minuti
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 9 e 14 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa) – secondaria I grado	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 37 38	Madre	Padre
Età	42	43
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Sant'Ilario d'Enza (RE)	Sant'Ilario d'Enza (RE)
Titolo di studio	secondaria II grado	secondaria I grado
Occupazione	operaia	operaio
Tipologia di contratto	determinato (full-time)	indeterminato (full-time)
Ore lavorate in una settimana	31-45	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	25 minuti	5 minuti
Figli/e - Età	2, maschi; 12 e 10 anni	
Scuola frequentata da figli/e	secondaria I grado – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 39 40	Madre	Padre
Età	47	—
Stato civile	nubile	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Reggio Emilia	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	lavoratrice autonoma	—
Tipologia di contratto	altro	—
Ore lavorate in una settimana	più di 45	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	10 minuti	—
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 17 e 10 anni	
Scuola frequentata da figli/e	secondaria II grado – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 41 42	Madre	Padre
Età	40	50
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Casalgrande (RE)	Casalgrande (RE)
Titolo di studio	laurea	secondaria I grado
Occupazione	infermeria	operatore sociosanitario
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	31-45	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	10 minuti	3 minuti
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 10 e 13 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa) – secondaria I grado	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 43 44	Madre	Padre
Età	48	42

Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	senegalese
Cittadinanza	italiana	senegalese
Domicilio	Reggio Emilia	Reggio Emilia
Titolo di studio	secondaria I grado	secondaria II grado
Occupazione	lavoratrice autonoma	operaio
Tipologia di contratto	altro	determinato (FT)
Ore lavorate in una settimana	più di 45	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	15 minuti	15-20 minuti
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 8 e 10 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa) – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 45 46	Madre	Padre
Età	—	45
Stato civile	—	celibe
Nazionalità	—	italiana
Cittadinanza	—	italiana
Domicilio	—	Campagnola Emilia (RE)
Titolo di studio	—	secondaria II grado
Occupazione	—	operaio
Tipologia di contratto	—	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	—	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	—	10 minuti
Figli/e - Età	1, maschio; 10 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 47 48	Madre	Padre
Età	50	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Reggio Emilia	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	impiegata	—
Tipologia di contratto	Indeterminato (FT)	—
Ore lavorate in una settimana	31-45	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	3 minuti	—
Figli/e - Età	3, anni; 28, 24 e 10 (femmina)	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 49 50	Madre	Padre
Età	36	48
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana

Domicilio	Casalgrande (RE)	Casalgrande (RE)
Titolo di studio	laurea	secondaria I grado
Occupazione	impiegata	operaio
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	31-45	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	20 minuti	5 minuti
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 4 e 9 anni	
Scuola frequentata da figli/e	infanzia (utilizzo mensa) – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 51 52	Madre	Padre
Età	33	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	albanese	—
Cittadinanza	albanese	—
Domicilio	Reggio Emilia	—
Titolo di studio	laurea magistrale	—
Occupazione	non occupata	—
Tipologia di contratto	—	—
Ore lavorate in una settimana	—	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	—	—
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 2 e 6 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 53 54	Madre	Padre
Età	42	40
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	senegalese
Cittadinanza	italiana	senegalese
Domicilio	Novellara (RE)	Novellara (RE)
Titolo di studio	secondaria II grado	secondaria II grado
Occupazione	operaia	lavoratore autonomo
Tipologia di contratto	indeterminato (PTV oriz.)	altro
Ore lavorate in una settimana	31-45	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	3 minuti	3 minuti
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 14 e 9 anni	
Scuola frequentata da figli/e	secondaria II grado – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 55 56	Madre	Padre
Età	42	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	peruviana	—
Cittadinanza	peruviana	—
Domicilio	Scandiano (RE)	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—

Occupazione	non occupata	—
Tipologia di contratto	—	—
Ore lavorate in una settimana	—	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	—	—
Figli/e - Età	3, 2 maschi e 1 femmina; 14, 9 e 16 anni	
Scuola frequentata da figli/e	secondaria II grado – elementare – secondaria II grado	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 57 58	Madre	Padre
Età	48	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Cadelbosco di Sopra (RE)	—
Titolo di studio	secondaria I grado	—
Occupazione	operaia	—
Tipologia di contratto	indeterminato (PTI oriz)	—
Ore lavorate in una settimana	16-30	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	15 minuti	—
Figli/e - Età	1, maschio; 9 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 59 60	Madre	Padre
Età	41	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Guastalla (RE)	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	impiegata	—
Tipologia di contratto	indeterminato (PTV oriz.)	—
Ore lavorate in una settimana	16-30	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	1 minuto	—
Figli/e - Età	1, femmina; 9 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 61 62	Madre	Padre
Età	40	—
Stato civile	nubile	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	S.Martino in Rio (RE)	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	operaia	—

Tipologia di contratto	indeterminato (PTV oriz.)	—
Ore lavorate in una settimana	16-30	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	10 minuti	—
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 10 e 7 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa) – elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 63 64	Madre	Padre
Età	39	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Reggio Emilia	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	impiegata	—
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	—
Ore lavorate in una settimana	più di 45	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	10 minuti	—
Figli/e - Età	1, maschio; 11 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 65 66	Madre	Padre
Età	41	40
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	romena	italiana
Cittadinanza	romena	italiana
Domicilio	Reggio Emilia	Reggio Emilia
Titolo di studio	secondaria I grado	secondaria I grado
Occupazione	operaia	operaio
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	indeterminato (FT)
Ore lavorate in una settimana	31-45	più di 45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	30 minuti	3 minuti
Figli/e - Età	1, femmina; 9 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 67 68	Madre	Padre
Età	37	45
Stato civile	coniugata	coniugato
Nazionalità	italiana	italiana
Cittadinanza	italiana	italiana
Domicilio	Scandiano (RE)	Scandiano (RE)
Titolo di studio	secondaria II grado	secondaria I grado
Occupazione	impiegata	operaio
Tipologia di contratto	determinato (PTV vert)	indeterminato (FT)

Ore lavorate in una settimana	10-15	31-45
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	20 minuti	30 minuti
Figli/e - Età	1, femmina; 9 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 69 70	Madre	Padre
Età	45	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Bagnolo in Piano (RE)	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	operaia	—
Tipologia di contratto	determinato (PTV oriz)	—
Ore lavorate in una settimana	16-30	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	20 minuti	—
Figli/e - Età	2, maschio e femmina; 23 e 10 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 71 72	Madre	Padre
Età	52	—
Stato civile	coniugata	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Albinea (RE)	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	impiegata	—
Tipologia di contratto	indeterminato (PTV oriz)	—
Ore lavorate in una settimana	16-30	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	30-40 minuti	—
Figli/e - Età	1, maschio, 8 anni	
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)	
La coppia non vive con altre persone		

Famiglia 73 74	Madre	Padre
Età	37	—
Stato civile	separata	—
Nazionalità	italiana	—
Cittadinanza	italiana	—
Domicilio	Reggio Emilia	—
Titolo di studio	secondaria II grado	—
Occupazione	impiegata	—
Tipologia di contratto	indeterminato (FT)	—
Ore lavorate in una settimana	31-45	—
Tempo casa-lavoro lavoro-casa	5 minuti	—

Figli/e - Età	1, maschio; 7 anni
Scuola frequentata da figli/e	elementare (utilizzo mensa)
La coppia non vive con altre persone	

Allegato 3 – Traccia intervista stakeholders

Presentazione/introduzione all'intervista

Buongiorno, sono un ricercatore/trice del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Bologna, stiamo svolgendo una indagine su culture del cibo, abitudini alimentari, attività fisica e stili di vita delle famiglie di Reggio Emilia.

Grazie per aver accettato di partecipare alla ricerca. Le farò alcune domande in merito al ruolo del suo Ente/Impresa/Associazione nell'ambito delle attività e progetti volti a favorire stili di vita sani nel territorio di Reggio-Emilia.

0. Nucleo di domande relative al ruolo dell'intervistato (dirigente, operatore, presidente, ecc.) e all'Ente o organizzazione di cui fa parte. [Raccogliere documentazione: materiale informativo, ecc.]

Area tematica 1. Corporeità, salute e definizione del tema

- In qualità di rappresentante dell'ambito [sportivo, scolastico, ecc.] come definisce il concetto di obesità? E quello di sovrappeso?
- Nel suo ruolo/ambito di lavoro come vede diffuso il fenomeno dell'obesità/sovrappeso sul territorio locale? [Percezione personale/raccolta dati]
- Dalla sua prospettiva nel corso degli ultimi 10 anni è cambiato il modo di approcciarsi all'obesità?
- Ha seguito percorsi di formazione sui temi di prevenzione e promozione stili di vita attivi e sani, cultura del cibo e educazione alimentare? O ne ha organizzati?

Area tematica 2. Alfabetizzazione agli stili di vita attivi

- La sua organizzazione che idea promuove dell'“essere in salute”? [*In che modo la vs mission si sposa con l'essere in salute*]
- La sua organizzazione che idea promuove del concetto di stile di vita “sano” e “attivo”?
- Sono stati attivati nel suo ambito lavorativo progetti specifici per la promozione degli stili di vita sani e attivi? Quali? Come?

Area tematica 3. Rete e collaborazioni

- Progetti conclusi per contrastare l'obesità: cosa è stato fatto? Come? Dove? Con quali attori sul territorio? Per chi (beneficiari/utenti/destinatari)?
- Risultati attesi: aspettative
- Risultati ottenuti: è stata svolta una rendicontazione e valutazione degli interventi? Sono state elaborate linee guida per buone prassi da questi risultati?
- Progetti attivi per contrastare l'obesità: cosa si sta facendo? Come? Con quali attori sul territorio? Per chi (beneficiari/utenti/destinatari)?
- Risultati attesi: aspettative
- Progetti futuri per contrastare l'obesità: che cosa si ha intenzione di fare?
- Progetti potenziali per contrastare l'obesità: che cosa si può fare? Di quali strumenti/risorse sarebbe necessario poter usufruire? Se poteste immaginare di non avere limiti a

risorse economiche, umane, territoriali, etc. cosa sarebbe necessario/cosa riterreste opportuno fare per promuovere stili di vita sani e attivi?

- Collaborazioni: tipo di collaborazione (partnership, convenzioni, protocolli, tavoli di lavoro); quali, quante e con chi [*vogliamo testare eventuali azioni di co-creazione in cui i beneficiari/utenti sono coinvolti nella progettazione/erogazione servizi*]? Da quanto tempo? Su quali tematiche?

- Materiali da raccogliere su progetti già conclusi e attivati

3.1. Partecipazione alla consulta

- Come è stato contattato per partecipare alla consulta?

- Quali sono gli obiettivi della consulta e del progetto? Quali sono invece gli obiettivi specifici che vi siete posti come ufficio/associazione/organizzazione?

- Quali sono, secondo lei, i punti di forza del lavoro della consulta e del fatto di lavorare tutti insieme? - Sono emersi problemi durante lo svolgimento dei lavori della consulta?

3.2. Impatto sui beneficiari

- Pensate che la vostra offerta di servizi raggiunga tutti i possibili beneficiari sul territorio di Reggio Emilia? Se no, chi lascia fuori (per esempio: stranieri, nonni, alcune fasce di età) e perché (per esempio: lingua e/o cultura diversa per quanto riguarda cibo, attività fisica, abitudini di vita quotidiana)?

Area tematica 4. Territorio, mobilità e tecnologie

- Quanto pensa sia favorevole l'uso delle tecnologie nei progetti citati? Quali sono nello specifico i progetti che usano ICT

- Secondo lei, in che modo le infrastrutture e la mobilità (*sistemi trasporto, collocazione nei pressi di luoghi sensibili – vedi scuole – di diffusori di “junk life”*) del territorio di RE incentivano o disincentivano stili di vita attivi? Esempi positivi/ negativi?

- Potendo migliorare/implementare infrastrutture e mobilità a RE che incentivino stili di vita sani come lo farebbe? Di che risorse vorrebbe/potrebbe usufruire?

Congedo e saluti

Note biografiche sugli autori

Andrea Bassi, PhD in Sociologia e Politiche Sociali, professore associato in Sociologia Generale (SPS/07), Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali.

website: <https://www.unibo.it/sitoweb/andrea.bassi7>

e-mail: andrea.bassi7@unibo.it

Marta Fontana, psicologa borsista presso la Struttura Operativa Semplice di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica – Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, Specializzanda in psicoterapia costruttivista intersoggettiva – Centro Studi in Psicoterapia Cognitiva (CESIPc) di Firenze

e-mail: marta.fontana93@gmail.com

Giulia Ganugi, PhD in Sociologia e Ricerca Sociale, PhD in Geografia, assegnista di ricerca – Dipartimento delle Arti, Tutor didattico – Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Alma Mater Studiorum Università di Bologna.

website: <https://www.unibo.it/sitoweb/giulia.ganugi2>

e-mail: giulia.ganugi2@unibo.it

Sara Lo Scocco, psicologa psicoterapeuta libero professionista, specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Costruttivista – Centro Studi in Psicoterapia Cognitiva (CESIPc) di Firenze.

e-mail: saraloscocco@gmail.com

Elena Macchioni, PhD in Sociologia e Ricerca Sociale, ricercatrice senior in Sociologia dei processi culturali e comunicativi (SPS/08), Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Alma Mater Studiorum Università di Bologna.

website: <https://www.unibo.it/sitoweb/elena.macchioni>

e-mail: elena.macchioni@unibo.it

Gianluca Maestri, PhD in Sociologia e Ricerca sociale, professore a contratto di Sociologia dei processi culturali e comunicativi (SPS/08), Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali.

website: <https://www.unibo.it/sitoweb/gianluca.maestri2>

e-mail: gianluca.maestri2@unibo.it

Veronica Moretti, PhD in Sociologia e Ricerca Sociale, assegnista di ricerca (SPS/07) presso il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia, Alma Mater Studiorum Università di Bologna.

website: <https://www.unibo.it/sitoweb/veronica.moretti4>

e-mail: veronica.moretti4@unibo.it

Riccardo Prandini, PhD in Sociologia e Politiche Sociali, professore ordinario di Sociologia dei processi culturali e comunicativi (SPS/08), Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali.

website: <https://www.unibo.it/sitoweb/riccardo.prandini>

e-mail: riccardo.prandini@unibo.it

Arianna Radin, PhD in Sociologia, professoressa a contratto di Sociologia (SPS/07) nei corsi di Laurea in Infermieristica e in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica presso l'Università di Torino.

website: <https://www.dscb.unito.it/persona/arianna.radin>

e-mail: arianna.radin@unito.it

Giovanna Russo, PhD in Sociologia e Politiche Sociali, RtdB in Sociologia dei processi culturali e comunicativi (SPS/08), Dipartimento di Scienze dell'Educazione "Giovanni Maria Bertin", Alma Mater Studiorum Università di Bologna.

website: <https://www.unibo.it/sitoweb/giovanna.russo6>

e-mail: giovanna.russo6@unibo.it



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze



CONSULTATE IL NOSTRO CATALOGO SU WEB

**www.
francoangeli.it**

- Gli abstract e gli indici dettagliati di oltre **12.000 volumi** e 30.000 autori.



- I sommari dei fascicoli (a partire dal 1990) di oltre 90 riviste.

- La newsletter (via e-mail) **delle novità**.
- Il calendario di tutte le **iniziative**.
- La possibilità di **e-commerce** (per acquistare i libri o effettuare il download degli articoli delle riviste).

- Il **più ricco catalogo** specializzato consultabile in modo semplice e veloce.

- **Tutte le modalità di ricerca** (per argomento, per autore, per classificazione, per titolo, full text...) per individuare i libri o gli articoli delle riviste.



- FrancoAngeli è la **più grande biblioteca specializzata** in Italia.



- Una gamma di proposte per soddisfare le esigenze di aggiornamento degli studiosi, dei professionisti e della **formazione universitaria e post-universitaria**.

Cibo, stili di vita, salute

Il libro presenta una ricerca dedicata al servizio sperimentale GET - Gruppi di Educazione Terapeutica per il trattamento dell'obesità in età pediatrica, avviato nella Città di Reggio Emilia presso il reparto di Pediatria dell'Ospedale Santa Maria Nuova.

All'interno di un complesso e problematico rapporto tra rappresentazioni sociali del corpo, stili di vita e significati del cibo, sorgono una serie di interrogativi di ricerca. Qual è il ruolo delle rappresentazioni del cibo e delle pratiche alimentari quotidiane delle famiglie? Come si ricodificano le semantiche che orientano in modo inedito i comportamenti alimentari comuni, talvolta rendendoli un fattore di rischio per la salute? I nuovi stili di vita della famiglia e gli *habitus* alimentari trasmessi di generazione in generazione si pongono in aperta continuità oppure entrano in conflitto tra loro? Qual è il ruolo svolto dai territori chiamati a una maggiore efficacia e performatività nell'individuazione di *policies* complesse che articolano questioni legate al cibo e agli stili di vita? I servizi sanitari che si prendono cura dei cittadini con problemi di peso, in che modo dovranno interrogarsi sul loro design per garantire alle famiglie risposte adeguate e capaci di motivarli a mutare stili alimentari e di vita?

Il presente volume offre una pluralità di riflessioni prendendo avvio dalla prospettiva della sociologia della cultura, inserendosi all'interno di un dibattito complesso, per cercare di comprendere, nel contesto di questa nuova "emergenza" obesità, il ruolo delle culture famigliari, del territorio e dei servizi sanitari, in relazione all'obesità infantile.

Riccardo Prandini è professore di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali.

Gianluca Maestri, PhD in Sociologia e ricerca sociale, è professore a contratto di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali.

Andrea Bassi è professore associato di Sociologia generale presso l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali.