

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

**DOTTORATO DI RICERCA IN
SOCIOLOGIA E RICERCA SOCIALE**

Ciclo 35

Settore Concorsuale: 14/C1 – SOCIOLOGIA GENERALE

Settore Scientifico Disciplinare: SPS/07 – SOCIOLOGIA GENERALE

**Obesità infantile: abitudini alimentari e stili di vita delle famiglie.
Un'analisi sociologica sul territorio riminese**

Presentata da: Annalisa Plava

Coordinatore Dottorato

Supervisore

Antonio Francesco Maturo

Antonio Francesco Maturo

Esame finale anno 2023

Al Mio Papà.

Il Mio eccesso ponderale d'Amore

INDICE

INTRODUZIONE	» 9
PARTE PRIMA. LA CORNICE TEORICA	
CAPITOLO 1: TEORIE SOCIOLOGICHE DI SALUTE E MALATTIA	» 19
1. DALLA <i>MEDICAL SOCIOLOGY</i> ALLA SOCIOLOGIA DELLA SALUTE: IL PERCORSO STORICO DI SALUTE E MALATTIA ALL'INTERNO DELLA DISCIPLINA	» 19
2. PROSPETTIVE TEORICHE DI SALUTE E MALATTIA TRA STILI DI VITA E ADATTAMENTO	» 24
3. APPROCCI TEORICI DI SALUTE E MALATTIA	» 26
3.1. STRUTTURALFUNZIONALISMO	» 27
3.2. ECONOMIA POLITICA DELLA SALUTE	» 29
3.3. INTERAZIONISMO SIMBOLICO	» 31
3.4. FENOMENOLOGIA, ETNOMETODOLOGIA E APPROCCIO DRAMMATURGICO	» 32
CAPITOLO 2: GLI ASPETTI SOCIO-EPIDEMIOLOGI DELL'OBESITÀ	» 39
1. <i>GLOBESITY</i> : LE PROPORZIONI DI UN FENOMENO GLOBALE	» 41
2. DEFINIRE L'OBESITÀ: FATTORE DI RISCHIO, CONDIZIONE SOCIO-PATOLOGICA O MALATTIA CRONICA NON TRASMISSIBILE?	» 48
3. L'OBESITÀ INFANTILE: UN EMERGENTE PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA	» 54
3.1. IL SISTEMA <i>CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE</i> : I NUMERI DELLA "REGIONE EUROPEA"	» 58
3.1.1. IL CASO DEL PORTOGALLO	» 60
3.2. LA SORVEGLIANZA IN ITALIA	» 65
3.2.1. I DATI SUL PESO CORPOREO IN EMILIA-ROMAGNA	» 69
3.2.2. I DATI SUL PESO CORPOREO A RIMINI	» 72
CAPITOLO 3: L'OBESITÀ ALL'INTERNO DELLA SOCIOLOGIA. LE PROSPETTIVE PRINCIPALI	» 77
1. LA CORNICE TEORICA REALISTA	» 78
1.1. APPROCCI BIOLOGICO-EVOLUTIVI	» 79
1.1.1. THIN-FAT BABY SYNDROME: UNA "FAME" FETALE	» 80
1.1.2. THRIFTY GENE: UN'INGOMBRANTE EREDITÀ GENETICA	» 81
1.1.3. L'ALLATTAMENTO AL SENO: UNO SCUDO FONDAMENTALE	» 83
1.2. IL MUTAMENTO DEGLI STILI DI VITA: GLI SCHEMI SEDENTARI DEL MONDO GLOBALE	» 84
1.3. LA <i>POLITICAL ECONOMY</i> DELL'INDUSTRIA ALIMENTARE	» 86

1.4. LE DISEGUAGLIANZE SOCIALI DI SALUTE: UNA SELEZIONE “INCARNATA”	» 93
2. LA CORNICE TEORICA COSTRUZIONISTA	» 97
2.1. LA COSTRUZIONE SOCIALE, POLITICA E CULTURALE DEL CORPO OBESO	» 98
2.2. LA MEDICALIZZAZIONE DEL PESO: CURARE, CORREGGERE, MIGLIORARE	» 103
2.2.1. CURARE	» 104
2.2.2. CORREGGERE	» 107
2.2.3. MIGLIORARE	» 112
2.3. LA RAPPRESENTAZIONE DEI CORPI E DEGLI ANTI-CORPI TRA BODY SHAMING E BODY SHAPING	» 116

PARTE SECONDA. LA RICERCA EMPIRICA SUL TERRITORIO RIMINESE

CAPITOLO 4: IL DISEGNO DELLA RICERCA	» 127
PREMESSA: PIANIFICARE IL PERCORSO	» 127
1. OBIETTIVI, DOMANDE DI RICERCA E IPOTESI	» 130
2. IL PARADIGMA REALISTA (POSTPOSITIVISTA) E L’APPROCCIO <i>LIFE COURSE</i> PER LA COMPrensIONE DEL FENOMENO	» 134
3. LE SCELTE METODOLOGICHE E IL RECLUTAMENTO DEI PARTECIPANTI	» 136
3.1. L’ANALISI QUALITATIVA	» 139
3.1.1. INTERVISTE SEMI-STRUTTURATE E FOCUS GROUP	» 140
3.1.2. ESPERIENZE ETNOGRAFICHE	» 143
3.2. L’ANALISI QUANTITATIVA	» 144
3.2.1. CARATTERISTICHE DEI BAMBINI PARTECIPANTI	» 148
3.2.2. CARATTERISTICHE DEI GENITORI PARTECIPANTI	» 148
4. ANALISI DELLA PERCEZIONE SU DATI SECONDARI	» 149
4.1. LA SCELTA DELLA POPOLAZIONE “SECONDARIA”	» 150
4.2. ANALISI DEL DELTA DI SCOSTAMENTO E DIAGRAMMA ALLUVIONALE	» 151
4.3. L’ANALISI “TERZIARIA” DEL MODELLO EDUCATIVO EUROPEO	» 151

CAPITOLO 5: IL RUOLO DELLE FAMIGLIE NELLA SOCIALIZZAZIONE AL CIBO E ALL’ATTIVITA’ FISICA	» 153
LA DIMENSIONE SOCIALE DELLO SPAZIO FAMILIARE	» 153
1. ALIMENTARE L’EDUCAZIONE INFANTILE AL CIBO	» 154
1.1. DINAMICHE, STRATEGIE, METODI “PRIMARI”: LE FAMIGLIE FLESSIBILI	» 156
2. IL RITMO DEI PASTI NELLA VITA QUOTIDIANA	» 161
3. “EFFETTO COLAZIONE”: IL PRIMO PASTO DELLA GIORNATA	» 163
3.1. LA COLAZIONE A RIMINI IN ETÀ SCOLARE	» 165
4. LA MERENDA DI METÀ MATTINA	» 169
4.1. LA MERENDA DI METÀ MATTINA A RIMINI IN ETÀ SCOLARE	» 170
4.2. FRUTTA E LATTE NELLA MERENDA DI METÀ MATTINA A RIMINI IN ETÀ SCOLARE	» 174
5. GLI ALTRI PASTI A CASA	» 176
5.1. LE ABITUDINI ALIMENTARI DELLE FAMIGLIE RIMINESI	» 177

5.2. LE SCELTE NEL “CARRELLO” DELLE FAMIGLIE RIMINESI	» 180
5.3. L’INFLUENZA DEL PROGRAMMA ALIMENTARE SCOLASTICO SUI PASTI A CASA	» 185
6. DAVANTI AGLI SCHERMI: I CONSUMI MEDIALI SUGLI STILI DI VITA	» 187
6.1. APPARECCHIARE LA TAVOLA CON LE APPARECCHIATURE (ELETTRONICHE)	» 188
6.2. I DETERMINANTI COMMERCIALI DI SALUTE: MEDIUM CULTURALI E PUBBLICITÀ EXTRA-LARGE	» 191
7. ATTIVI E SEDENTARI: LA SALUTE FISICA DEI BAMBINI NEL XXI SECOLO	» 194
7.1. MISURARE LA SEDENTARIETÀ A RIMINI TRA TV E (NUOVI) MEDIA	» 196
7.2. MISURARE L’ATTIVITÀ FISICA A RIMINI: “EVERY MOVE COUNTS”	» 201
7.3. LA FAMIGLIA E LE ATTIVITÀ EXTRA-SCOLASTICHE	» 202

CAPITOLO 6: IL RAPPORTO TRA SCUOLA E STILI ALIMENTARI DELLE FAMIGLIE

	» 207
1. IL «PATTO» CON LA SCUOLA CHE FORMA, REGOLA, SOSTIENE	» 208
2. L’EDUCAZIONE ALIMENTARE NELLA SCUOLA PRIMARIA	» 208
3. IL TEMPO (SCUOLA) DELLA MENSA	» 210
3.1. L’ARCHITETTURA CON “3S” DEL MENU RIMINESE: SICURO, SOSTENIBILE, STAGIONALE	» 214
3.2. IN MENS(A) SANA: UN INCONTRO EDUCATIVO IMPORTANTE	» 219
3.3. BIMBI A TAVOLA PRE E POST COVID-19: LA MENSA SCOLASTICA CON E DIVISA	» 221
4. CONOSCENZA E CONSAPEVOLEZZA: IL PUNTO DI VISTA DELLE FAMIGLIE RIMINESI	» 226
4.1. GENITORI E COMMISSIONI MENSA: PARTECIPARE PER MIGLIORARE	» 227
5. GRADIMENTO, BIORISPETTO E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA	» 230
5.1. GRADIMENTO	» 233
5.2. VARIETÀ	» 235
5.3. QUALITÀ	» 236
5.4. QUANTITÀ	» 237
5.5. SOSTENIBILITÀ ECONOMICA	» 238
5.6. TAKE-HOME FOOD MESSAGE: LA MENSA “RIFERITA” DAI BAMBINI	» 239
6. L’ATTIVITÀ FISICA NELLA SCUOLA PRIMARIA	» 241

CAPITOLO 7: DAL MICRO AL MACRO: L’EMILIA-ROMAGNA COME COUNTRY EXAMPLE

	» 247
1. IL MODELLO REGIONALE DI PRESA IN CARICO DEL BAMBINO SOVRAPPESO E OBESO: UN COUNTRY EXAMPLE PER L’ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ	» 247
2. HEALTH <i>EQUITY AUDIT</i> : PREVENIRE L’OBESITÀ, ALLONTANARE LE DISEGUAGLIANZE	» 250
3. FAMIGLIA-SCUOLA E ALTRE ISTITUZIONI: UNA COALIZIONE IN COSTRUZIONE	» 254

CAPITOLO 8: “COVIBESITY”: L’IRROMPERE DELLA PANDEMIA DA COVID-19 NELLE ABITUDINI ALIMENTARI E NEGLI STILI DI VITA DELLE FAMIGLIE RIMINESI	» 257
COVID E OBESITÀ: GLI EFFETTI DI UNA “DOPPIA” PANDEMIA	» 257
1. “RESTATE A CASA”: LA NUOVA QUOTIDIANITÀ DELLE FAMIGLIE RIMINESI IN QUARANTENA	» 258
1.1. ALIMENTAZIONE E COVID-19. IL TEMPO DEL FARE E DEL MANGIARE	» 259
1.2. STILI DI VITA E COVID-19. MANTENERSI IN “FORMA”	» 265
1.3. LAVORARE DA CASA, STUDIARE A DISTANZA	» 267
UN-LOCKDOWN: UNA “NUOVA NORMALITÀ”	» 270
CAPITOLO 9: “DI MADRE IN FIGLIO”: IL PESO SOCIALMENTE TRASMISSIBILE DEL MODELLO EDUCATIVO	» 273
1. I PREDITTORI DELL’OBESITÀ INFANTILE	» 274
1.1. I PREDITTORI MATERNI DELL’OBESITÀ INFANTILE	» 279
2. SOVRALIMENTAZIONE E SOTTOVALUTAZIONE DELL’OBESITÀ INFANTILE	» 283
2.1. IL RUOLO DELLE MADRI NELLA SOVRALIMENTAZIONE E SOTTOVALUTAZIONE DELL’OBESITÀ INFANTILE	» 285
3. LA PERCEZIONE GENITORIALE SUL PESO DEI FIGLI	» 286
3.1. LA PERCEZIONE DEL PESO NELLE MAMME RIMINESI	» 288
4. IL MODELLO EDUCATIVO È “SOCIALMENTE” TRASMISSIBILE? UNO SGUARDO ALL’EUROPA MERIDIONALE	» 290
CONCLUSIONI	» 295
TIRANDO LE FILA	» 295
1. RISULTATI OTTENUTI	» 296
2. LIMITI	» 300
3. RIFLESSIONI FINALI	» 302
BIBLIOGRAFIA	» 305
APPENDICE	» 343
ALLEGATO A: MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO (INTERVISTE E FOCUS GROUP)	» 344
ALLEGATO B: GRIGLIA OSSERVATIVA	» 345
ALLEGATO C: QUESTIONARIO	» 346
ALLEGATO D: PIRAMIDE SETTIMANALE E GIORNALIERA DELLO STILE DI VITA ITALIANO	» 357
ALLEGATO E: ANNUARIO STATISTICO DELLE CITTÀ ITALIANE. ANNO I – 1906	» 360
ALLEGATO F: ANNUARIO STATISTICO DELLE CITTÀ ITALIANE. ANNO III - 1909-1910	» 361
ALLEGATO G: ANNUARIO STATISTICO DELLE CITTÀ ITALIANE. ANNO V - 1913-1914	» 362
ALLEGATO H: MODELLO “A RETE” DI PRESA IN CARICO DEL BAMBINO SOVRAPPESO O OBESO IN EMILIA-ROMAGNA	» 363

INTRODUZIONE

A settembre 2022, un articolo di giornale intitola: “Fat bus (...) ecco l'opera d'arte che regala hot dog”. Erwin Wurm, noto artista austriaco, installa a Firenze Santa Maria Novella un bus-scultura che distribuisce gratis, per una settimana, *hot dog* a tutti i passanti inaugurando la *Florence Art Week* e, a seguire, la mostra *Trans Formam*. Si tratterebbe - continua l'articolo - di *giocare in modo provocatorio su alcuni dei problemi più gravi del mondo contemporaneo tra cui quello dell'obesità*¹. Inizialmente, tale provocazione risulta incomprensibile. Nella storia dell'arte, infatti, l'obesità è sempre stata raffigurata, pur con connotazioni differenti, mediante le caratteristiche fisiche delle persone. Dall'eroe celtico-germanico ingordo e insaziabile, alla serenità dei putti (o amorini) del Rinascimento e del Barocco sino alla calma apparente degli uomini, donne e bambini *extra-large* di Botero. Nessuno prima, aveva mai avuto la necessità di rappresentare l'obesità mirando alla sua componente sociale. Specie nella società occidentale - sostiene l'artista - *viviamo in un sistema in cui è il contenuto che cambia cambiando la forma*². Le opere di Wurm, attraverso l'alterazione della loro abituale versione, ritraggono, per la prima volta, l'obesità attraverso i fattori sociali che la influenzano: l'auto, il cibo, la casa e il consumismo. Una critica pungente al modo in cui attualmente affrontiamo il benessere, la ricchezza, l'abbondanza in un mondo che richiede di continuare ad “avere appetito” rimanendo magri.

Ecco che nell'ironico caos confusionale di Wurm, la trasformazione del corpo obeso non è più solo una questione individuale ma anche sociale.

Questa tesi nasce con lo scopo di comprendere quali fattori sociali facilitano,

¹ Come in <https://www.lanazione.it/firenze/cronaca/fat-bus-a-firenze-ecco-l-opera-d-arte-che-regala-hot-dog-1.8093244>.

² Vedi <https://www.elledecor.com/it/arte/a41384784/mostra-erwin-wurm-firenze/>.

ostacolano e influenzano le scelte alimentari e gli stili di vita delle famiglie di bambini tra 6 e 11 anni.

Più specificatamente, analizzare il grado di consapevolezza delle famiglie, stimare quanto la politica di promuovere il biologico nelle scuole sia radicata negli stili alimentari e con quali effetti pratici. Comprendere in quali famiglie si presentino le maggiori problematiche, come influiscano i media e il digitale e, ultimo ma non per importanza, individuare quali elementi possano promuovere l'uso di cibi biologici e quali invece stimolino consumi alimentari ipercalorici.

In corso d'opera, è arrivato il COVID-19. Comprensibilmente è stato necessario ripensare lo studio, includendo e approfondendo gli effetti sociali dei *lockdown* e delle altre misure per la Salute Pubblica prese per contrastare la pandemia.

È ampiamente riconosciuto che l'obesità infantile sia uno dei più seri problemi di salute pubblica del XXI secolo (COSI, 2021), ma quanto situazioni nuove e pregresse di eccesso ponderale - insieme ad abitudini originate o imposte dalle misure di contenimento - si siano mescolate alla pandemia da COVID-19, sono elementi ancora in corso di studio.

In questa tesi, si è provato a “pesare” l'obesità infantile attraverso le abitudini alimentari e gli stili di vita posti sulla bilancia delle famiglie riminesi con figli tra 6-11 anni anche durante la pandemia. E al netto, si è cercato di mostrare come e quali variabili sociali abbiano impattato sulla salute sociale – alimentare, comportamentale ed economica - della realtà romagnola.

Per tracciare una panoramica, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) evidenzia come il 30% della popolazione in età pediatrica nel mondo sia obesa o gravemente obesa. Si tratta di una tendenza che, negli ultimi 40 anni, è aumentata di dieci volte. Con stime tra 38- 43%, l'Italia è tra i paesi europei che ne detengono la più alta prevalenza nella fascia 6-11 anni (COSI, 2022). Se tale prevalenza continuerà ad aumentare con lo stesso ritmo, quasi metà della popolazione adulta sarà obesa o sovrappeso entro il 2030 (Mc Kinsey Global Institute, 2014).

Sovrappeso e obesità rappresentano un importante fattore di rischio di malattie croniche e, se presenti in età pediatrica, si associano a una più precoce insorgenza di patologie tipiche dell'età adulta. L'eccesso di peso è responsabile del 5% delle morti

mondiali, della riduzione dell'aspettativa di vita di circa 3 anni e del 7% di anni vissuti con disabilità (WHO, 2021b; OECD, 2019). E, recentemente (WHO, 2022a) anche di una maggiore morbilità e mortalità da COVID-19. La semantica biomedica, sin dalla tradizione classica, ha riconosciuto nella *pinguedo* una particolare condizione del corpo in cui vi è accumulo di grasso (Castelli, 1642). Con la parola latina *obesitas*, circolata a partire dal 1690, se ne cristallizza, poi, il concetto. *Ob-edere*, infatti, significa sia “mangiare in eccesso”, “divorare” che assenza di esercizio, condurre una vita troppo oziosa e rilassata (Furetière, 1690; Adelon, 1812). Inoltre, già Ippocrate (460-377 a.C.) e il chirurgo indiano Suśruta (800-700 a.C.) ne diedero una interpretazione medica. Il primo descrisse la corpulenza non come *una malattia in sé, ma il presagio di altre* mentre il secondo la collegò alle malattie cardiache e al diabete raccomandando il *lavoro fisico* per curarne gli effetti collaterali.

Nella semantica sociale, al contrario, l'obesità si è prestata e si presta continuamente ad un linguaggio in cambiamento – temporale, geografico, culturale – tra ideologie contrapposte. Prentice (2006), nella ricostruzione dell'emergere dell'epidemia di obesità, sottolinea come nei paesi sviluppati tale fenomeno abbia avuto origine in America poi sia penetrata anche in Europa e nelle altre nazioni, prima come problema delle aree urbane ricche del mondo per poi divenire, sempre più, una “malattia dei poveri”. Popkin e altri autori (2002), invece, ne approfondiscono il grado di “stigmatismo sociale” ovvero il grado di colpevolizzazione che la società impartisce davanti all'eccesso di peso. L'obesità è stata alungo espressione di ricchezza e prosperità tra gli alti funzionari delle antiche civiltà o tra le popolazioni che lottavano contro la scarsità di cibo. Ha fatto emergere le radicali contraddizioni di una società che mediante l'esaltazione del “corpo civilizzato”, impartì un modo per gerarchizzare il valore di ogni essere umano. Così grassi potevano esserlo solo gli uomini, bianchi ricchi e potenti non le loro donne. Grasso, insieme al colore scuro della pelle e alla povertà divenne un segno degradante e di anormalità, motivo per ridicolizzare o esporre al pubblico ludibrio (Farrell, 2020). L'obesità separa, oggi, le società che la connotano negativamente e quindi cercano di prevenirla e curarla rispetto a quelle che, al

contrario, la considerano una forma di bellezza e benessere sociale (Popkin *et al.*, 2002). *Globesity*, questo il nome che l'OMS nel 2001 ha assegnato al fenomeno su scala globale, è il punto temporale, geografico e culturale da cui, all'interno di questo percorso di tesi dottorale, si sta analizzando l'obesità. Un fenomeno le cui cause sono molteplici e interdipendenti. Un fenomeno "endemico", solo recentemente riconosciuto anche come "malattia cronica recidivante" (Burki, 2021) dalla eziologia estremamente variabile e le cui malattie correlate (es. diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, cancro, infertilità) ammonterebbero a circa il 20% della spesa sanitaria. Un fenomeno radicato sull'intero globo che, negli ultimi anni, ha avuto una crescita importante nei paesi in via di sviluppo dove si è assistito ad un aumento dell'eccesso ponderale di oltre il 30% rispetto ai paesi sviluppati (WHO, 2021b). Un fenomeno che, durante le misure di contenimento e la sospensione dei programmi scolastici in presenza - causati dal COVID-19 - ha avuto un impatto consistente su bambini e adolescenti sul piano fisico, cognitivo e sociale (Feinberg *et al.*, 2021; Zemrani *et al.*, 2021; Hoffman, Miller, 2020; Rundle *et al.* 2020). Di conseguenza, si è iniziato a parlare anche di *Global Syndemic* (Swinburn *et al.*, 2019), l'incontro sinergico tra epidemie che coesistono nel tempo e nello spazio e interagiscono tra loro per produrre sequele di salute complesse.

Il lavoro di tesi è strutturato in due parti. La prima parte, contenente i primi tre capitoli, ha l'obiettivo di illustrare la cornice teorica nella quale si inserisce il tema di studio.

Il primo capitolo introduce la prospettiva disciplinare con cui verranno osservati i processi sociali ossia la sociologia della salute e della medicina. Si è trattato di esplicitare sinteticamente il percorso storico ma anche i punti cardine di un'area multidisciplinare, fortemente interdisciplinare, che osserva la salute e la malattia nei legami con la società.

Nel secondo e nel terzo capitolo, invece, ci si addentra nelle fondamenta teoriche che sostengono questo lavoro di tesi. Si affrontano prima gli aspetti socio-epidemiologici dell'obesità e poi il dialogo tra prospettive dell'obesità all'interno della sociologia. Più nello specifico, il *framework* teorico su cui ci si è mossi ha preso in considerazione, anzitutto, la prospettiva del corso di vita – *life course perspective*

(Cappellato, Moiso, 2020) ossia l'analisi delle traiettorie di vita individuali che considerano tutti quegli eventi dell'infanzia e dell'adolescenza che hanno effetti sulla salute fisica, cognitiva e sociale di un individuo nel corso degli anni successivi. L'obesità infantile, a tal proposito, conduce approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti a mantenere una condizione di eccesso ponderale anche da adulti (Longo, 2020). Dati della letteratura, ci evidenziano come un peso corporeo "ingombrante", già in età pediatrica, insieme ad un'alimentazione inadeguata e alla sedentarietà contribuiscano a sviluppare, in futuro, una salute piuttosto cagionevole. In particolare, tale situazione comporta l'insorgere di malattie precoci, grava socialmente in termini di perdita di più giorni di scuola, rendimento scolastico più scadente, probabilità di avere un lavoro a basso reddito (Maturò, Setiffi, 2021). In linea con la *political economy* dei prodotti e delle industrie alimentari, poi, si è posto il focus sulla qualità e la quantità degli alimenti consumati. Cibi sempre più grassi, zuccherati e palatabili (Moss, 2013) risultano in aumento vertiginoso. Il cibo prodotto su larga scala, spesso *junk*, è inoltre molto economico, distribuito in grosse porzioni ma anche sponsorizzato dalle abili campagne mediatiche delle *corporation* che riescono a far passare cibi ipercalorici per alimenti salutari (Nestle, 2019). Il mutamento degli stili di vita (Sullivan, 2010; Popkin, 2009) ha sostenuto, invece, l'interpretazione del quadro su attività fisica, sedentarietà e "schermi digitali". Per lo più per effetto dei mutamenti nella sfera del lavoro e dello sviluppo tecnologico, non c'è un'epoca che abbia contemplato, per la popolazione - soprattutto infantile - così poca attività fisica e così tanta sedentarietà con conseguenziale rischio di eccesso di peso. Ed infine, l'obesità viene analizzata mediante le disuguaglianze sociali. Partendo dal presupposto che le disuguaglianze siano «incarnate» (Cardano 2008) nella fisiologia delle persone, si cerca di mettere in luce quanto la corporatura fisica del bambino possa essere influenzata dallo status socio-economico e dalle possibilità offerte dai genitori. Va rilevato, a tal proposito, che spesso i cibi obesogeni sono meno costosi e più raggiungibili dei cibi sani. Inoltre, un tipo di consumo alimentare sopra i toni può assolvere a una funzione di gratificazione immediata nel caso di persone con pochi mezzi per trovare altre forme di piacere. Le classi sociali con livelli di istruzione e

reddito più elevati, pertanto, non solo mangiano meglio ma possiedono un capitale culturale di salute - *cultural health capital* (Shim, 2010) e una alfabetizzazione sanitaria - *health literacy* (Kickbush, Maag, 2007) che permettono di condurre vite consapevolmente più sane e fisicamente più attive (Phelan *et al.*, 2010). In ultimo, ma non per importanza, la letteratura sugli studi biologico-evolutivi che assegna alla madre la responsabilità di confezionare un'eredità salutare e genetica al figlio. Secondo questo filone scientifico, le condizioni di vita, di salute e nutrizione della madre nel periodo intrauterino, delineano i possibili rischi di mortalità e malattie metaboliche dei figli (Hales, Barker 2001; Lucas, 1999; 1991). Per millenni, poi, la selezione naturale ha premiato gli individui più capaci di immagazzinare grassi e calorie utili a far fronte a periodi di carestia. Siamo evolutivamente portati alla ritenzione del grasso attraverso il cosiddetto “gene risparmiatore” (Baig *et al.*, 2011). Tuttavia i nostri corpi non si sono adattati alle mutate condizioni ambientali e degli stili di vita caratterizzate dalla sedentarietà (Sullivan, 2010; Popkin, 2009).

Nella seconda e ultima parte, composta da sei capitoli, si affronta il processo empirico dello studio sul territorio riminese.

Il quarto capitolo espone le scelte e le riflessioni di natura metodologica compiute in fase di disegno della ricerca. In apertura, verranno esplicitati gli obiettivi conoscitivi perseguiti, le domande che hanno guidato il percorso di ricerca e le ipotesi. A seguire verrà trattato il paradigma realista (critico) o postpositivista e l'approccio *life course* per la comprensione del fenomeno dell'obesità infantile. A conclusione, verranno illustrati metodi, tecniche e modalità di reclutamento dei partecipanti utili al perseguimento degli obiettivi definiti.

Gli ultimi cinque capitoli, sono dedicati alla presentazione dei risultati emersi dall'analisi del materiale empirico raccolto. Lo studio - che tra le pagine di questa tesi viene presentato - si svolge in Emilia-Romagna e, nello specifico, nella città di Rimini. Se da un lato i risultati regionali dell'indagine “Okkio alla Salute” (SSRER, 2019a) evidenziano un 27% di bambini con eccesso ponderale; dall'altro un recente rapporto del WHO (2019a) valuta la regione quale *Italian country example* per la risposta dei sistemi di assistenza sanitaria nella prevenzione all'obesità infantile. All'interno del territorio, i bambini riminesi presentano un 20,1% di sovrappeso,

4,6% di obesità e 1.1% di obesità grave (AUSLR Rimini, 2019). Complessivamente, l'andamento è in calo sia comparando i dati di prevalenza sul territorio riminese sia rispetto a quelli regionali e nazionali (Tab. 1). Tuttavia, il lavoro per invertire incisivamente il trend è ancora da migliorare.

Tab. 1 – Comparazione prevalenza sovrappeso e obesità Rimini

	Valori ambito Rimini (%)					VALORE REGIONALE 2019 (%)	VALORE NAZIONALE 2019 (%)
	2010	2012	2014	2016	2019		
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	66,6	70,5	70,5	74,4	74,2	73,0	70,2%
Prevalenza di bambini sovrappeso	24,9	20,9	21,0	18,2	20,1	19,0	20,4%
Prevalenza di bambini obesi	8,5	8,6	8,5	7,4	5,7	8,0	9,4%
Prevalenza di bambini sovrappeso e obesi	33,4	29,6	29,5	25,6	25,8	27,0	29,8%

Fonte: Azienda USL ambito Rimini (AUSLR Rimini, 2019, p. 20)

Nelle riflessioni finali, si mostreranno quali fattori sociali possano avere e hanno avuto un impatto sulle scelte alimentari e negli stili di vita delle famiglie osservate con bambini dai 6 agli 11 anni sul territorio riminese anche in relazione al periodo di pandemia da COVID-19. In tale ottica, si è cercato di verificare se il contesto romagnolo, caratterizzato già da un livello medio di sovrappeso o obesità, ma anche da una grande capacità di reazione sociale e istituzionale, possa rappresentare un modello di influenza positiva, già individuato dall'OMS (2019a) non solo su scala medica ma anche sociale.

Da un punto di vista analitico i cinque capitoli si suddividono in base alle aree sociali e istituzionali approfondite.

Nel capitolo cinque, il focus è sul ruolo delle famiglie nella socializzazione primaria al cibo e all'attività fisica. Nello specifico, ci si addentra nella dimensione sociale dello spazio domestico per osservare i comportamenti adottati abitualmente durante i pasti principali e gli "spuntini" ma anche i livelli di attività e di sedentarietà in relazione all'utilizzo di dispositivi elettronici.

Nel sesto capitolo ci si occupa di evidenziare il ruolo di sostegno della scuola primaria che - oltre il contesto familiare - negozia, ridefinisce e influenza

continuamente il processo di apprendimento di abitudini alimentari e stili di vita del bambino. Dal tempo-scuola della mensa scolastica ai progetti di didattica “attiva”, si illustra un quadro di opportunità (proposte o da implementare), nel contesto scolastico di Rimini.

Il capitolo settimo si concentra sulle pratiche di promozione, prevenzione e ricostruzione del “peso in salute” da parte degli attori della socializzazione secondaria extra-scolastica in relazione a bambini e famiglie nel contesto riminese.

L’ottavo capitolo affronta Covid e obesità. Si propone il concetto di *Covibesity* ovvero un’obesità situazionale originata dalle misure di contenimento che hanno influito sui comportamenti alimentari e di vita degli individui anche in base allo status socio-economico delle famiglie. In particolare, si cerca di comprendere se vi siano state conseguenze pratiche derivanti dalla “doppia” pandemia o se, al contrario, le famiglie siano riuscite ad avere un atteggiamento resiliente e resistente.

In conclusione, nel nono capitolo, l’attenzione è rivolta verso le percezioni del peso dei bambini da parte degli adulti e su come i predittori più fortemente incisivi dell’obesità possano derivare da un modello educativo prevalentemente “trasmesso” dalle madri a Rimini, in Italia e nella fascia dell’Europa meridionale.

Il fine ultimo è quello di stimolare l’individuazione di possibili strategie biopedagogiche integrative e preventive rispetto a quelle già in essere, che permettano di sostenere l’*empowerment* delle famiglie inteso come una corretta consapevolezza, percezione e comprensione dello “stare in salute” del bambino nonostante le difficoltà.

PARTE PRIMA

LA CORNICE TEORICA

CAPITOLO 1

TEORIE SOCIOLOGICHE DI SALUTE E MALATTIA

1. Dalla *medical sociology* alla sociologia della salute: il percorso storico di salute e malattia all'interno della disciplina

Salute e malattia sono concetti, particolarmente, rilevanti per la sociologia sia sul piano sostanziale che scientifico tanto da avergli, nel corso del tempo, dedicato un'intera disciplina. La sociologia della salute, attraverso epistemologia, teoria e metodologia, analizza i modi in cui, in un determinato tempo e ambiente, si definisce la salute, si promuove il benessere sociale, si fronteggiano il malessere, le malattie, le disabilità (Timmermans *et al.*, 2008). Ecco perché salute, malattia e, nei casi più virtuosi, guarigione non rappresentano solo fatti organici. Sin dalle origini, infatti, tali concetti possiedono una dimensione sociale tutt'altro che definibile in modo univoco e statico. Essa si mostra mutevole in base ai processi storici e sociali, ai progressi nel campo delle conoscenze scientifiche e medico-curative, al modo in cui la società si accorda, più o meno implicitamente, per leggerle e intenderle acquisendo un carattere polisemico e processuale (Marzulli, 2015; Ingrosso, 1994).

Prima di arrivare all'idea attuale di salute connessa alla malattia, e per esplorare come si leghi agli stili di vita, cercheremo di intraprendere un breve percorso storico seguendo le principali tappe istituzionali della disciplina negli Stati Uniti e in Italia.

Sebbene si possano rintracciare dei pionieri - essenzialmente medici - che si interessano alla medicina come scienza sociale in relazione alle politiche pubbliche già nell'Ottocento, fino agli anni Quaranta del Novecento negli Stati Uniti e agli anni Settanta in Italia, il concetto di salute correlato a quello di malattia si inserisce nei canoni organicistici del paradigma biomedico. Secondo una netta distinzione meccanicistica e razionale tra corpo

e mente, lo stato di salute e quello di malattia sono concepiti come situazioni opposte, mutualmente escludentisi (Marzulli, 2015). In altri termini, la malattia invade il corpo in salute dell'individuo e, quest'ultimo per tornare a riappropriarsene deve lasciare che il medico la identifichi, la isoli, l'attacchi e, infine, la elimini. Durante questo *iter* clinico, il medico «non incontra il malato, ma la sua malattia, e nel suo corpo non legge una biografia ma una patologia, dove la soggettività del paziente scompare dietro l'oggettività di segni sintomatici che non rinviano a un ambiente, a un modo di vivere, a una serie di abitudini contratte, ma a un quadro clinico. In tal senso, le differenze individuali che si ripercuotono nell'evoluzione della malattia scompaiono in quella grammatica di sintomi in cui il medico classifica le entità morbose, come il botanico le piante» (Galimberti, 2021, p. 95).

Già a partire dagli anni Cinquanta del Novecento negli Stati Uniti la matrice sociale della salute e anche quella della malattia iniziano ad ottenere un proprio campo specifico (Cockerham, 1983). Il primo convenzionale approccio sociologico alla salute quale *Medical sociology*, si fa risalire al Capitolo X de *Il Sistema sociale* di Parsons (1965). Al suo interno, la salute viene illustrata come dimensione organica non più indipendente da variabili di tipo psicologico e sociale. Ai canoni organicistici del paradigma biomedico, Parsons inizia a introdurre connotazioni di analisi sociale. Secondo l'autore, infatti, la malattia turba il normale funzionamento organico dell'individuo ma anche il suo adattamento personale e sociale. In questo quadro, la malattia resta l'entità che irrompe nella condizione di salute e come tale, non solo deve essere individuata ed eliminata (Ardigò, 1997) ma anche concepita come stato di incapacità dell'individuo di assolvere al proprio ruolo sociale - *sickrole* (Parsons, 1965). La guarigione appare come uno stato oggettivo e dichiarabile solo quando possa essere ristabilita la situazione precedente alla malattia (Lonardi, 2011). Una condizione, quindi, verso cui tendere sottoponendosi ad un trattamento farmacologico legittimato da un medico competente. L'unico modo per uscire dallo stato di cosiddetta involontaria *devianza istituzionalizzata* (Parsons, 1965).

A partire dal congresso di Washington dell'American Sociological Society (ASA), nel settembre 1955, il segretario Robert Straus (1957) nota che i partecipanti usano un approccio fortemente interdisciplinare all'interno delle proprie ricerche sulla sociologia medica (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). Due furono, allora, le direzioni che all'interno della *medical sociology* i concetti di salute e malattia intrapresero: quello della sociologia

della medicina e quello della sociologia *nella* medicina. *Della medicina* viene dato spazio agli schemi teorici di salute e malattia, all'efficacia e ai limiti delle cure guardando alla medicina dall'esterno attraverso le sue forme organizzative come le professioni mediche e paramediche, i valori dominanti, le funzioni svolte e le politiche messe in atto. *Nella medicina* l'atteggiamento teorico relativo a salute e malattia resta subordinato al sistema sanitario e ai medici applicato alla cura e al miglioramento del benessere dei pazienti (Straus, 1957; Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020; Hill et al., 2021). Negli anni Settanta del Novecento mentre gli Stati Uniti vivono una vera e propria età d'oro della *medical sociology*, in Italia, Achille Ardigò insieme al suo gruppo di studiosi dell'Università di Bologna, dà avvio ad una fase esplorativa che, in circa un decennio, allarga l'orizzonte concettuale relativo a salute e malattia in senso sociale. Il mutamento sostanziale di prospettiva riguarda il superamento delle limitazioni dettate dal paradigma istituzionale-medico-sanitario di matrice struttural-funzionalista (Lonardi, 2011; Parsons, 1965). Ardigò, proponendo una matrice di concetti interconnessi che colloca in un *quadrilatero* (1997; 1981) si allontana dal dualismo cartesiano mente-anima/corpo e immagina salute e malattia come un sistema di coordinate concettuali in relazione tra loro (Marzulli, 2015). Egli attraverso l'analisi della *natura esterna* (l'ambiente fisico inanimato e vivente in cui abitano agenti patogeni e risorse per le cure), *natura interna* (il corpo umano inteso sia come biologia che come psiche-soma), *sistema sociale - o storicità* (la rete comunicativa individuale, istituzionale, come ruolo sociale che condivide cultura, valori, linguaggi, norme), *persona-soggetto* (l'essere umano nella sua doppia natura di Sé cosciente e intenzionale e di Sé sociale nonché la sua identità eterocostruita) (Marzulli, 2015; Maturo, 2007; Mead, 1972) spiega come il mantenimento dello stato in salute sia congiuntamente un processo di *empowerment* attivo e dinamico del paziente ma anche del sistema sociale e sanitario.

A poco, a poco, le interpretazioni di salute e di malattia sposano le caratteristiche del modello bio-psico-sociale proposto da Engel (1977). Partendo dalla definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1946 quale «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o infermità», il quadro clinico dell'individuo viene indagato secondo una prospettiva olistica - biologica, psicologica e sociale - andando oltre la mera prospettiva fisica di causa-effetto (Lonardi, 2011).

La complessità sostanziale dei concetti, sin qui descritti, ha avviato una progressiva erosione dei paradigmi medico-centrici per far spazio ad una disciplina concettualmente e metodologicamente autonoma che, a partire dal Convegno Nazionale di Sociologia Sanitaria del 1982 e dal Comitato 15 dell'Associazione Internazionale di Sociologia a Nuova Delhi del 1986, verrà formalmente chiamata *sociologia della salute* (Ardigò, 1997; Twaddle, 1982).

La nuova prospettiva sociologica, allontanandosi dal paradigma biomedico-centrico, ridefinisce ed amplia la correlazione tra salute e malattia. La salute non è più, in senso negativo e clinico, un evento obiettivamente accertabile attraverso l'assenza di malattia ma, in termini positivi, uno stato multidimensionale che contiene la guarigione come obiettivo non assolutizzante. Conseguentemente, la malattia non è solo il guasto organico da riparare ma accoglie significati plurimi ed esperienze declinate a livello sia sociale che culturale (Conrad, Barker, 2010). Nello specifico, la malattia trova, all'interno della sociologia della salute, lo spazio per mostrarsi ed essere analizzata come un prisma dalle differenti sfaccettature. Andrew Twaddle (1968), in particolare, fu il primo a sezionare la malattia in tre parti: *Disease*, *Illness* e *Sickness* (DIS). Il malfunzionamento fisiologico che dà vita a una riduzione - attuale o potenziale - delle capacità fisiche e/o a una abbreviata aspettativa di vita rappresenta la malattia come *disease*; l'interpretazione del soggetto del suo stato di non-salute come indesiderabile, le esperienze reali o percepite «riguardanti l'adeguatezza delle funzioni del corpo e/o sentimenti di incapacità» (Twaddle, 1994, p. 8) sono espressione dell'*illness*; mentre la rappresentazione sociale della malattia e dell'identità sociale del malato sono aspetti che rientrano nella *sickness*. Con uno sguardo ancor più dettagliato, Maturo (2022) ci guida verso un'ulteriore riflessione. Il guasto organico rappresentato dal *disease* dipende dagli esiti diagnostico-tecnologici quali «risultati dovuti all'applicazione delle strumentazioni scientifiche nella lettura del corpo umano» (Maturo, 2022, p. 26) e dall'interpretazione personale del medico dello stato di malattia (diagnosi e prognosi) dovuto alla sua preparazione professionale e/o esperienza. Il vissuto di malattia comprende anche la dimensione di *illness esperita* – emozioni soggettive che l'individuo vive in relazione alla propria patologia (Hofmann, 2016) – e di *illness semantica* – i significati connotati da maggiori o minori problematicità che il malato attribuisce alla propria condizione (Maturo, 2007). Infine la rappresentazione sociale della malattia sulla

base del *sick role* parsonsiano (Parsons, 1965) - riconoscimento istituzionale e sociale della condizione patologica – che consente al malato l'esonero, più o meno temporanea, dallo svolgimento del proprio ruolo; e della *sickscape* osservando le rappresentazioni di gruppi o subculture sociali e le narrazioni dei media relative a una specifica malattia o evento costruito come patologico (Maturò, 2022). Tutte le componenti della triade possono presentarsi singolarmente e autonomamente, in contemporanea, o combinarsi tra loro in situazioni di *illness* e *sickness* senza *disease*, di *disease* e *illness* senza *sickness*, o di *disease* e *sickness* senza *illness* (Hofmann, 2016; 2002; Maturò, 2007).

Tale visione, pertanto, non solo sostiene i concetti di salute e malattia comprendendone sia la dimensione oggettiva, clinica e normativa che quella soggettiva e percepita ma riconosce che diversi attori - estranei al settore medico - possano influenzarli iniziando ad orientare il discorso pubblico anche verso fattori di rischio e di prevenzione. La trasformazione globale economica, sociale e digitale, nel corso degli anni Novanta e dei primi anni Duemila, ha avviato, in questo senso, un profondo mutamento nelle scienze mediche e nei sistemi sanitari e avvicinato la sociologia a questi argomenti.

In particolare, la sociologia della salute analizza tali tematiche individuando tre differenti livelli (Turner, 1995): *micro* incentrato sugli individui (ruolo di malato o *sick-role*, *illness/health-seeking behaviour*, relazione medico-paziente, salute e vita quotidiana, differenze di genere, corso di vita, pratiche di benessere, educazione/formazione alla salute); *meso* orientato alle dimensioni comunitarie, professionali e organizzative (lavoro sanitario di *care*, sociologia delle professioni sanitarie, reti sociali e di salute, analisi delle organizzazioni sanitarie e management, benessere sociale, promozione della salute a livello di comunità) ed infine *macro* proiettato verso i livelli istituzionali e culturali della salute e della malattia (politiche, sistema sanitario e sistemi sanitari comparati, stili di vita, rappresentazioni sociali, culture della salute, comunicazione della salute) (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020).

Oggi, la sociologia della salute rappresenta, quindi, un campo dinamico che comprende una pluralità di prospettive di salute e di malattia intersecate a molteplici aree e temi. *The New Medical Sociology* (Turner, 2004, p. xiii-xiv) la definisce quale studio delle «narrazioni dei nostri personali problemi di salute, ma li interpreta nel contesto dei processi economici, politici, sociali di vasta scala». La rappresenta, dunque, quale subdisciplina che - attraverso

l'epistemologia, la teoria e la metodologia - tiene insieme la dimensione bio-psico-sociale di un individuo in un determinato tempo e ambiente ma anche le pratiche, le credenze e le rappresentazioni sociali, le diseguaglianze, le politiche sanitarie e di welfare declinate per genere, etnia, classe sociale in un dialogo continuo e complesso.

2. Prospettive teoriche di salute e malattia tra stili di vita e adattamento

Come già emerso, a partire dagli anni Settanta, diversi studi iniziano a mettere in dubbio l'efficacia e la rilevanza di aspetti prettamente medici per la salute in favore di quelli sociali (Twaddle, 1982). La "transizione epidemiologica", già analizzata da Omran (1971), ovvero la progressiva riduzione del carico di mortalità e morbosità dovuto alle malattie infettive e la parallela crescita massiccia e consistente delle malattie cronico-degenerative, viene ampliata da altri studiosi. Quest'ultimi, infatti, evidenziano come vi sia una correlazione tra diminuzione dei tassi di mortalità e miglioramenti socio-ambientali (McKeown 1976; Illich, 1976). Gli stili di vita vengono presi in considerazione in rapporto ai loro profili d'azione. Pratiche, atteggiamenti, comportamenti dell'individuo pianificati durante la vita quotidiana possono costituire abitudini, particolarmente, significative in relazione alle scelte di salute (Berzano, Genova, 2011). Partendo dal presupposto che viviamo di più, ma con noi vivono di più anche le nostre malattie (Moretti, 2019), la prevenzione e l'adozione di comportamenti di vita salubri diventano l'orizzonte privilegiato verso cui tendere. Tali riflessioni teoriche si diffondono, poi, all'interno della Conferenza sull'Assistenza Sanitaria primaria di Alma Ata – Ex Unione Sovietica (WHO, 1978). Durante tale evento, infatti, per parlare di salute e di malattia si coinvolgono - esplicitamente - gli stili di vita, l'ambiente e la capacità degli individui di essere artefici e responsabili del proprio benessere. L'individuo, come soggetto cosciente, viene investito di una prima responsabilità al fine di partecipare alla promozione, al mantenimento e al miglioramento della propria salute. Qualche anno dopo - sia nella Carta di Ottawa (1986) che nelle Raccomandazioni di Adelaide (1988) - si amplia e si finalizza il discorso sulla salute non solo come risorsa ma come valore di vita da preservare nel corso del tempo.

Tali premesse, aprono la disamina verso un'interpretazione di salute e/o di malattia generata dagli stili di vita ed alle strategie che si possono mettere in pratica, per mantenere

una qualità di vita soddisfacente (Lonardi, 2011; Viviani, 2010). Quest'ultima, oltre al lavoro svolto dai professionisti clinici, si costruisce attraverso le rappresentazioni e i significati attribuiti dai soggetti al proprio stato, al rapporto tra struttura sociale ed esperienza di malattia ma anche ai meccanismi di fronteggiamento (*coping*) messi in pratica (Strauss *et. al.*, 1975). I concetti di salute e di malattia, in tal senso, si legano a quelli di prevenzione (azione o gruppo di azioni atte ad impedire il verificarsi o il diffondersi di fatti non desiderati o dannosi) e di *coping* (insieme di sforzi cognitivi, comportamentali, sociali ma anche di cura posti in essere per gestire e adattarsi all'evento nefasto) (Lonardi, 2011). In questa prospettiva, salute e malattia incarnano un dialogo mobile e dinamico (Lonardi, 2011) tra Igea e Panacea (Maturò, 2007). Lo stile di vita rappresentato dalla dea Igea è orientato a conservare il benessere attraverso comportamenti salubri e azioni preventive. Il farmaco, invece, si personifica nella dea Panacea che simboleggia la conoscenza e la capacità di intervenire a posteriori per curare tutti i mali.

L'attività di prevenzione della salute orientata agli stili di vita, pertanto, è intesa quale processo che permette di aumentare il controllo dei fattori che determinano, promuovono e sostengono la salute prima che l'eventuale evento nefasto possa verificarsi o al fine di evitare conseguenti concause (Maturò, 2007; Ziglio, 2002; WHO, 1984). Nello specifico, si comprendono, la prevenzione primaria quali azioni volte all'evitamento dell'evento sfavorevole attraverso l'astensione da stili di vita malsani; quella secondaria volta all'uso di tecniche di *screening* al fine di misurare il livello di condotta "in salute" (diagnosi precoce e/o eventuale trattamento); e quella terziaria attraverso interventi riabilitativi (WHO, 2010a; Maturò, 2007). Questo rende ampio lo spettro delle attività, degli atteggiamenti, dei comportamenti "preventivi" che rendono ciascun individuo responsabile quotidianamente del proprio stato di salute come stile di vita (Viviani, 2010).

Adottare una dieta senza calorie e grassi, praticare attività fisica o sportiva, evitare fumo e alcol sono, invece, alcuni esempi di attività di prevenzione orientata alla precauzione (Nocenzi, 2005). La precauzione, infatti, accompagna la prevenzione al fine di mantenere in equilibrio l'esposizione ai fattori di rischio e il grado di possibilità di sviluppare malattie. Le malattie che si originano, già dalla prima infanzia, da uno stile di vita non corretto, hanno un elevato impatto negativo sullo sviluppo fisico, cognitivo e sociale dell'adulto. L'individuo comincia ad essere meno performante e riduce la propria aspettativa di vita,

allontanandosi da uno stato di salute per avvicinarsi ad uno di malattia. A questo punto, la prevenzione si lega alla pratica di strategie per fronteggiare l'evento nefasto. Il concetto di salute come stile di vita, pertanto, assume formalmente, l'interpretazione di "adattamento" che si allontana da uno "stato" completo di benessere fisico, mentale e sociale (WHO, 1946) orientato alla precauzione e si allinea ad un intervento regolamentato su un guasto organico attraversato dal (bio)potere (Foucault, 1978). Il concetto di salute come stile di vita non scompare nel *disease* e non è forzatamente orientato alla guarigione ma trova, nella dimensione di *illness*, una esperienza qualitativamente accettabile. E può accadere, paradossalmente, che si raggiungano livelli di stili di vita percepiti migliori rispetto a quelli di persone biomedicamente in salute (Lonardi, 2011; Niero, Poletti, 2009). Tale *disability paradox* (Niero, 2005; Levine, 1987) mostra come le esperienze individuali (reali o percepite) incidano (direttamente e indirettamente) sulle condizioni di salute e di malattia anche quando l'omeostasi psico-socio-fisica viene compromessa in una interpretazione ri-adattata (Lancet-Anonymous, 2009).

Le esperienze di adattamento, tuttavia, non sempre dipendono da "scelte" automatiche legate ad uno stile di vita sano. Diseguaglianze socio-economiche possono ostacolare l'adozione di stili di vita salubri divenendone non «l'esito di una scelta ma la conseguenza di un vincolo» (Cardano, 2008, p. 127).

3. Approcci teorici di salute e malattia

Le principali prospettive teoriche ci permettono di investigare salute e malattia con finalità metodologiche e applicative, da una prospettiva teoricamente autonoma ma non mutualmente esclusiva. Attraverso i paradigmi sociologici, lo stesso problema può essere indagato e spiegato da diverse prospettive. I concetti socialmente definiti, le epoche e le condizioni sociali in cui viaggiano le malattie, le risposte alla malattia e le forme di cura, la decodifica della scienza medica, la giurisdizione, le criticità, le relazioni tra *expertise* e *lay expertise* sono solo alcuni esempi di oggetti di studio da poter approfondire secondo una logica olistica e adduttiva.

3.1. Strutturalfunzionalismo

Nel corso del tempo, l'attenzione della sociologia su scala medica ha riguardato, anzitutto, la dominanza della biomedicina nel rapporto medico-paziente all'interno del sistema sociale (Parsons, 1965). Le caratteristiche fondamentali di tale approccio sono l'individualismo - la malattia è un problema dell'individuo e non il risultato della relazione tra uomo e ambiente; il riduzionismo - le spiegazioni derivano da un ragionamento di causa-effetto e non da una serie di fattori interagenti; ed infine la neutralità scientifica - oggettività e razionalità guidano i rapporti all'interno del sistema sociale (Annandale, 2014). La *medical sociology* ha aderito a questo modello biomedico, come «scienza dell'ordine sociale» (Collins, 1987, pp. 89-124) contaminandolo secondo la «tradizione durkheimiana» (Collins, 1987, pp.89-124) dello strutturalfunzionalismo. Il modello sociale parsoniano è il prodotto di un sistema di relazioni e azioni da cui si possono generare effetti strutturalfunzionali *normali* o *devianti*. Ciascun individuo, in ogni momento della propria vita, conserva un set di ruoli (familiari, lavorativi, associativi ecc.) che lo riguardano. La malattia o la disfunzione fisica, in tal senso, interrompono la regolare adesione a questi ruoli e creano una forma di *devianza sociale involontaria*. Per recuperarlo dalla malattia, il sistema sociale riserva al malato il *sick role* (Parsons, 1975). Si tratta di una sorta di bolla, all'interno della società, costruita appositamente, per sollevarlo (temporaneamente) dal proprio ruolo. L'idea di fondo è che il corpo sia un ingranaggio del sistema sociale e per questo deve essere addestrato o ri-addestrato all'interno di un meccanismo di potere (Foucault, 2014) basato su un ordine consensuale, aconflittuale e armonico. Un esempio pratico è quello di concepire il corpo “macchina” e il cibo “carburante” (Paltrinieri, 2019). Secondo la prospettiva della scienza dell'ordine sociale (Collins, 1987), lo stile di vita in salute sarebbe subordinato al controllo delle calorie accumulate sin dall'infanzia nell'ambiente familiare, scolastico ed extra-scolastico. Attraverso un modello regolamentato l'idea di salute ruoterebbe attorno a due fattori: le abitudini alimentari e l'attività fisica. Gli individui dovrebbero conformarsi e seguire le regole di tale modello paternalistico per aderire alle aspettative sociali che li riguardano. Il controllo sullo stato in salute sin dall'infanzia, dovrebbe procedere: nell'ambito familiare attraverso il ruolo del genitore e in ambito extra-familiare mediante gli insegnanti sia nel contesto scolastico

(mensa, attività curriculari sulle abitudini alimentari, educazione motoria) che in quello ed extra-scolastico (attività sportiva agonistica e non agonistica). Questo tipo di concezione determina la presenza di un “guardiano morale” che discrimina tra normalità e devianza. Tale guardiano, nella cornice parsonsiana, è rappresentato dal medico *funzionalmente specifico* (focalizzato sul problema), *universalistico* (l’attività ha regole valide per tutti), *affettivamente neutrale* (senza coinvolgimento emotivo), *orientato alla realizzazione* (impegnato a realizzare determinate prestazioni) e *in vista della collettività* (orientato al benessere del paziente) (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020; Parsons, 1965). La relazione medico-paziente così come quella genitore/insegnante-bambino è, quindi, asimmetrica. Tuttavia, il paziente/bambino deve attenersi a regole e principi ben definiti in una posizione di *compliance* e dipendenza. Il successo di tale rapporto dovrà focalizzarsi sul cosiddetto schema Agil (Parsons, 1965): adattamento - *adaptation* all’ambiente da cui il sistema sociale trae le risorse per la sua sopravvivenza; conseguimento degli scopi - *goal attainment* la selezione e la gerarchizzazione dei fini verso cui il sistema deve tendere; integrazione sociale - *social integration* alle norme che guidano i sottosistemi e i gruppi sociali e che permettono l’equilibrio del sistema sociale; mantenimento della latenza - *latency* nella sfera dei valori e dei modelli culturali che fornisce legittimità alle norme che presiedono all’integrazione sociale. In tal modo, tanto più vi sarà controllo sociale e adesione alle regole nel paziente e nel bambino, tanto più il corpo sarà “persistente” e manterrà lo stato “in salute”. In tale quadro pressoché conservatore, l’idea strutturalfunzionalista farebbe, però, emergere un ordine economicistico, equamente distribuito e privo di conflitti. L’individuo ipersocializzato, a tal proposito, accetterebbe passivamente un ruolo e quando, non riuscirebbe più ad assolverlo accedrebbe al *sick role* che più che una condizione privilegiata sembrerebbe relegarlo ad una stigmatizzante (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). Contrariamente, le asimmetrie di potere vengono, infatti, spesso negoziate e incontrano un potenziale di conflittualità non sempre implicito (Turner, 1995). Ciò è dovuto anche al fatto che gli individui hanno, potenzialmente, un maggiore accesso ad una varietà di informazioni e possibilità di apprendere la *health literacy* (Kickbush, Maag, 2007). Gli ambienti casa, scuola ed extra-scuola, pertanto, emergono come esempi di sistemi parziali (Luhmann, 1983), ingranaggi mediante i quali si offre, ad un individuo che non è nelle condizioni di essere autonomo, degli strumenti per prevenire e intervenire nel controllo

della propria salute.

3.2. *Economia politica della salute*

La critica al sistema sociale di tipo strutturalfunzionalista, da parte dei teorici del conflitto, ci aiuta ad indagare lo stato di salute e di malattia ma anche gli stili di vita secondo una logica più dipendente dal sistema economico e politico. L'attenzione ricade su una sorta di conflitto di classe, che si innesca tra coloro che detengono mezzi e risorse e coloro che ne sono sprovvisti. Ciò genera differenze, diseguaglianze, ingiustizie sociali. Se Marx (1818-1883) non si è mai esplicitamente esposto in relazione ai concetti di salute e malattia, Engels (1972), nel suo studio, pone in luce il rapporto tra gli stili di vita insalubri della classe operaia della Londra di fine Ottocento e l'incremento di morbilità e mortalità. A partire da tali premesse, sembrerebbe che lo stato di salute sia la conseguenza non solo del proprio patrimonio genetico ma anche della posizione sociale ricoperta dagli individui (Cardano, 2008). In una sorta di «cinica lotteria naturale che assegna a taluni una buona salute per negarla ad altri» (Cardano, 2008, p. 124) gli individui gestiscono il proprio patrimonio genetico come chiave d'accesso differenziale alle diverse posizioni della scala sociale. Nello specifico, il gradiente - connessione tra stato e livello di salute/malattia - misura il miglioramento di salute in relazione alla posizione sociale (Marmot, Wilkinson, 1999). La Commission on Social Determinants of Health (CSDH, 2008) illustra, in modo chiaro e dettagliato, i fattori trasversali e le relazioni all'origine delle diseguaglianze e come, nel contesto socio-economico e politico, siano radicati i meccanismi strutturali che rafforzano la stratificazione sociale. La concezione biomedica di salute e malattia di matrice sociale viene, qui, letta in chiave critica in relazione alle diseguaglianze sociali di salute (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). Attraverso *l'economia politica della salute* (Doyal, 1979), si analizza l'istituzione medica quale contesto di rapporti e processi funzionali alla «riproduzione di una forza lavoro sana e produttiva nell'interesse della classe dominante» (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020: 31) che coinvolga anche i fattori sociali legati alla malattia (Navarro, 1976). Tali fattori, all'origine delle diseguaglianze sociali nella salute, incidono sulla probabilità di godere di buona salute e sono distinti in due macro categorie strettamente correlate: i determinanti individuali e contestuali. I determinanti individuali

rappresentano le caratteristiche soggettive dell'individuo: genetiche/biologiche, psicologiche, materiali (istruzione, reddito, occupazione), gli stili di vita (salubri ed insalubri). I determinanti contestuali prendono in considerazione i fattori ambientali che fissano vincoli e opportunità alle scelte individuali (Terraneo, 2018; Cardano, Costa, 1998). In tal senso, la salute è una responsabilità personale nella misura in cui può essere «governamentata» dagli individui (Rose, 1995) che esercitano un potere disciplinare sui loro corpi. Tuttavia, essa resta una scelta non sempre consapevole e continuativa basata sulle possibilità materiali (risorse) ed immateriali (psicomatich e psicologiche) a disposizione nel corso della vita (tempo). Ad esempio, riuscire a seguire e mantenere uno stile di vita salubre è la conseguenza di un vincolo tra *health inequalities* - differenze oggettive negli esiti di salute sceve da giudizio morale, ineliminabili, attribuibili a fattori biologici - e *health inequities* - differenze legate a prodotti sociali potenzialmente evitabili giudicati ingiusti o immorali (in tal senso il vincolo economico influenza il proprio regime alimentare). In linea con il pensiero di Cardano (2008), gli individui pensano alla salute solo con discontinuità progettando il loro agire in salute (*agency*), ma anche l'essere agiti dalla disfunzione organica (*passivity*), secondo un esito non intenzionale di esperienze, condotte con finalità che non includono la salute fra gli obiettivi e la malattia fra i costi (Turner, 2004). Le diseguaglianze di salute, quindi, si configurano come la sedimentazione nei corpi di un insieme eterogeneo di esperienze psicologiche e sociali che attraversano le biografie degli individui li legano in specifici contesti e tempi di interazione.

Dopo essere stata particolarmente influente negli anni Settanta e Ottanta, l'*economia politica della salute* è stata messa in discussione da quegli approcci che prendono in considerazione anche la collocazione geografica (primo mondo vs terzo mondo), il profilo politico istituzionale degli Stati (welfare universalistico vs residuale) ed economico (paesi ad economia più o meno avanzata) (Graham, 2002) dei luoghi di vita come discriminanti di salute. Tale presa di posizione ha determinato la critica verso la biomedicina come valore (Ehrenreich, 1978) evidenziandone il carattere *iatrogeno* (Illich, 1976). In particolare, la connotazione negativa della biomedicina sembrerebbe essere relativa agli effetti deleteri che provocherebbe da un punto di vista *iatrogeno clinico* poiché la quota crescente di nuove malattie sembrano il risultato di interventi sanitari spesso non necessari; *iatrogeno sociale* conseguente alla super medicalizzazione della società e *iatrogeno culturale* che annulla il

corso autonomo di alcune fragilità e vulnerabilità nella gestione autonoma e personale dell'individuo come problema tecnico da risolvere. Nonostante ciò, la disciplina sta attualmente avendo nuova attenzione nell'interpretazione di corpo come *biocapitale* da cui estrarre *biovalore* (Waldby, 2002). In tale ottica, la vita umana viene analizzata e compresa a livello molecolare in un insieme di meccanismi intelligibili, identificati, isolati, manipolati, mobilizzati, ricombinati in pratiche di intervento farmacologizzate (Rose, 2008). Il *biovalore* restituisce vitalità attraverso le *biotecnologie* ai processi viventi (Waldby, 2002), nell'economia politica dei tessuti, ad esempio. Questi processi hanno, evidentemente, una valenza economica che crea un divario enorme tra paesi ricchi in grado di trarre vantaggio dalle nuove possibilità terapeutiche e quelli poveri che al contrario fanno del proprio *biocapitale* una merce di scambio dando vita al “cannibalismo della tarda modernità” (Scheper-Hughes, Wacquant, 2002) in un quadro di nuove forme di diseguaglianza.

3.3. *Interazionismo simbolico*

Il percorso verso una “sociologia più umana” (Gerhardt, 1990), nell'ambito della salute e della malattia, viene intrapreso da George Herbert Mead (1865-1931) e dal suo allievo Harold Blumer (1900-1987) all'interno di quello che viene denominato *interazionismo simbolico*. Il focus è spostato verso l'analisi del Sé - espressione attiva del soggetto - nell'interazione con il Me - la percezione soggettiva che l'Io ha verso terzi e viceversa - come esperienza dotata di senso (Lonardi, 2011) prodotta da tale dialogo. L'interazione tra il Sé individuale e il Me sociale è il diamante grezzo da lavorare, a partire dall'infanzia, per sviluppare il punto di vista dell'altro “generalizzato” tra capacità riflessiva e regole (Mead, 1972). Partendo dal presupposto che la società sia un processo e non una struttura, Blumer (1969), sviluppa l'interazione meadiana secondo logiche fluide e negoziabili costruendo e interpretando ruoli, impressioni e significati (Fine, 1993; Collins, 1987). A partire da tali riflessioni, l'approccio alla salute e alla malattia si concentra sulla dimensione di *illness* (Twaddle, 1994) caratterizzata dalla costruzione e ricostruzione delle esperienze di malattia che emergono dalle interazioni con i professionisti clinici. Tale confronto, può generare un modello della crisi o della negoziazione. Nel primo caso, il professionista stigmatizza e

valida lo stato di sofferenza al di là della condizione intrinseca del soggetto (Scheff, 1966). Un esempio di ciò può essere dato da alcune campagne di educazione sanitaria per prevenire o curare l'obesità dove il problema si esaurisce nella dicotomia tra calorie ingerite e consumate e dal paziente "pigro" che deve impegnarsi nel dimagrire. Nel secondo caso, si ammette una possibile definizione consensuale nel processo di attribuzione del significato di malattia e di malato tra professionista e paziente che vede nell'immaginare programmi terapeutici personalizzati, la misura della valutazione reale volta al raggiungimento di obiettivi orientati alla salute (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). L'approccio «dell'ordine negoziato» (Annandale, 2014) determina interazioni a "dominanza medica" (Freidson, 1970), strutturalmente conflittuali, nella misura in cui restano aperte o latenti prospettive e interessi contrapposti che per funzionare non devono sovrapporsi del tutto ma mantenere la propria giurisdizione (Abbott, 1988).

3.4. Fenomenologia, etnometodologia e approccio drammaturgico

La «sociologia della coscienza» (Collins, 1987), viene indagata dalla corrente filosofica che punta al cuore delle microinterazioni attraverso la rappresentazione soggettiva della relazione salute-malattia, la fenomenologia. Tale corrente, ha rivoluzionato il modo di intendere la salute e la malattia superando l'anacronistica dicotomia tra *rex cogitans* e *rex extensa* (Cartesio, 1641).

L'approccio fenomenologico, infatti, ha per oggetto i significati e le interpretazioni della vita quotidiana - proprie e altrui - di ciascun attore sociale. Esso, conferendo un senso condiviso oggettivo e soggettivo quasi dato per scontato (Husserl, 1976), permette una comprensione intersoggettiva del mondo. Nello specifico le "evidenze originarie" della coscienza appartenenti al mondo della vita - *Lebenswelt* - caratterizzate da *oggettività intersoggettiva* quali intuizioni, percezioni, rapporti faccia a faccia, sapere, senso condiviso, comunanza linguistica e sociale, scaturiscono dall'incontro interattivo, costruito socialmente, con l'altro in una *corporeità* mente-corpo inscindibile (Ardigò, 1997). L'attenzione verso il *Lebenswelt* quotidiano, luogo di relazioni primarie, pone l'accento sulla "costruzione culturale" (Giarelli, 1998) che gli individui danno a salute e malattia in relazione alla propria vita. Tale prospettiva, apre ad un'analisi che va oltre il rapporto

medico-paziente e oltre la critica agli effetti che società e sistemi sanitari determinano sulle condizioni di salute (Marzulli, 2015). Lo schema biomedico del guasto nel corpo - *Körper* - concepito in senso cartesiano, si correla ad una corporeità - *Leib* - soggettiva (Lonardi, 2011). L'esperienza interpretativa si realizza completamente sviluppando una certa empatia - *emföhlung* - verso l'altro (Ardigò, 1997) che può caratterizzarsi nel momento di *emersione del vissuto* (percezione diretta dell'espressività altrui), di *esplicitazione riempiente* (capacità di immedesimazione accogliendo dentro sé) e di *oggettivazione comprensiva* del vissuto esplicitato (Stein, 1986). All'interno di tale meccanismo, il corpo, che incontra la malattia, mostra la conflittualità tra Io e Sé, tra cambiamento e conservazione ma soprattutto mostra come uno stato patologico organico sia influenzato da quello psicologico. Sebbene la sociologia abbia fatto molta fatica ad affermarlo, studiare il corpo quale fertile "oggetto" sociale da approfondire (Husserl, 1997; Ardigò, 1997) significa guardare oltre il corpo stesso. Lo spazio simbolico in cui elaborare la sofferenza è, per tali motivi, fondamentale. In una stretta connessione tra corporeità, psiche, contesti socio-culturali, la prospettiva fenomenologica evidenzia come l'oggetto di studio medico-scientifico non solo sia "temporaneamente" precario ma possieda una indissolubile connessione con la coscienza personale esperita (Husserl, 1997; Ardigò, 1997). Salute e malattia sono province finite di significato (Schütz, 1974) delle esperienze umane e l'individuo è in grado di incidere sul decorso di un evento nefasto in base all'idea che di esso aspetta, teme, augura, e spera (Jaspers, 1991). In tal senso, minore è il grado di partecipazione alla creazione di un corpo in dialogo con il sistema sociale, maggiore sarà il "degrado di coscientizzazione" (Idler, 1982) che l'individuo acquisirà allontanandosi dagli altri significativi. Se il corpo umano entra in un ingranaggio di potere (la malattia) che lo fruga, lo disarticola e lo ricompone (Foucault, 2014), dovrà cercare una strada per addestrarlo nuovamente. I messaggi che il corpo malato invia verso l'esterno sono ben carpiri dalle riflessioni di Idler (1982). La *tendenza all'isolamento*, è il primo passaggio manifesto da una vita socialmente attiva all'attenzione esclusiva sul proprio corpo "malato" incidendo su umore, interesse verso gli altri e verso le relazioni sociali. L'*isolamento temporale*, è la seconda manifestazione basata su un presente dilatato e una scarsa, se non assente, progettualità futura. Se il corpo non risponde, infatti, la coscienza tenderà a cristallizzarsi sul "qui ed ora". La *sfiducia nella forza di reazione* del proprio corpo alla

malattia, rappresenta un'altra manifestazione di Idler. Con il passare del tempo, il disequilibrio fisiologico nonché la riflessione continua che il malato fa su esso - per comprenderlo, dargli un senso e accettarlo - producono stanchezza fisica e mentale determinando - in tali condizioni di incertezza - la perdita dell'orizzonte di possibilità e di aspettative positive. La chiusura a "bozzolo" ripiegato su sé stesso, poi, indebolisce ulteriormente la volontà e la capacità di comunicazione intersoggettiva ma anche espressiva che riducono qualsiasi, anche minima, possibilità di miglioramento. Al contrario, la fiducia offre forza, incisività, coinvolgimento proattivo sull'esito di una azione ma anche sulla guarigione, sulle cure, sull'aderenza alla terapia e su considerazioni maggiormente razionali (Maturò, 2004) che migliorano lo stato di salute biomedica e psico-relazionale.

La realtà sociale, precaria (Berger, Luckmann 1969), poi, può essere rielaborata, secondo Garfinkel (1917-2011), attraverso un approccio *etnometodologico*. In tal senso, si ragiona sul comune sentire e il mondo sociale viene spiegato dalle persone che lo vivono. Tale ragionamento, si orienta in due direzioni: l'*indicalità* in cui ogni cosa è un indice al di là del contesto a cui rimanda, in una regressione senza fine; e la *riflessività* caratterizzata dalle interpretazioni delle persone su ogni situazione in senso più generale implicito e inspiegato. L'analisi conversazionale su base socioantropologica integra questo tipo di approccio (Mishler 1986; 1984). Le "storie di malattia", raccolte metodologicamente attraverso la *narrative based medicine* per capire la relazione storia/esperienza e per analizzare le costruzioni del *frame* clinico dei medici (Good, 1979), costituiscono la semantizzazione di frammenti di vita che interconnettono, ordinano e strutturano i singoli significati culturali dei soggetti in termini di salute e malattia. Contemporaneamente, le conversazioni forniscono una rappresentazione mediata, comprensibile e dettagliata di una narrazione che va oltre l'incomunicabilità dei vissuti individuali di dolore e di sofferenza (Maturò, 2007). Attraverso la narrazione, sebbene le esperienze e gli eventi siano rappresentati e raccontati dal punto di vista limitato, parziale e spesso perturbato dei protagonisti (Maturò, 2007). Le riflessioni, sinora esposte, ci devono condurre a considerare la narrazione di malattia come elemento centrale di una costruzione sociale integrata ed inclusiva. La valutazione, la convivenza e il successo delle strategie di fronteggiamento passano anche attraverso il deutoroapprendimento non sempre facile da raggiungere specie in quei soggetti che non possiedono un *Cultural Health Capital* (Shim,

2010) e, talvolta, nemmeno un supporto familiare o extra-familiare in grado di mediare per loro. Salute e malattia sono parte di un sistema culturale i cui significati simbolici modellano sia la realtà clinica sia l'esperienza esperita dal soggetto (Kleinman 1978).

Infine, prendiamo, qui, in considerazione anche gli spunti di riflessione provenienti dalla teoria "drammaturgica". L'evoluzione teorica di Goffman (1969) indaga i modi in cui i rituali della vita quotidiana producono interazioni in "salute" ossia come le rappresentazioni che tengono unita la società generino immagini ideali del Sé e come queste siano suddivise tra palcoscenico pubblico e retroscena privato. Proponendo una concezione fondata su «quadri di riferimento» - *frames* – Goffman, analizza come gli individui interagiscano all'interno del mondo fisico e sociale per affrontare la natura multipla della realtà e delle *routines* (Maturò, 2007). L'analisi delle pratiche di stigmatizzazione (Goffman, 2003a;b), della diversità fisica e psichica, culturale e religiosa che la società compie per determinare una separazione tra "devianza" e "normalità", tra salute e malattia, poi, è la riflessione teorica, che l'autore utilizza, per indagare come la società "tratta" coloro che non si conformano alle sue aspettative. Goffman, tiene a precisare che le pratiche di stigmatizzazione sono prospettive sociali complesse in cui gli individui, a seconda del periodo della vita, possono rappresentare il ruolo di normale o deviante (Goffman, 2003a;b). La "carriera morale" del portatore di stigma analizza, poi, la relazione tra Sé e socializzazione allo stigma che può avvenire dalla nascita o in una fase avanzata della vita. L'interpretazione esperienziale dello stato in salute e in malattia transitano, pertanto, anche attraverso il concetto di stigma, prodotto sociale con una sua diacronicità e una sua linea di sviluppo che segna, in modo più o meno, incisivo i vissuti dei soggetti coinvolti. Le deformazioni fisiche, gli aspetti criticabili del carattere e lo stigma tribale, della razza, della nazione, della religione sono, potenzialmente, trasmissibili di generazione in generazione. Tali segni, possono incrinare, in vari modi, l'interazione o, al contrario, offrire spunti alla comprensione negli occhi dell'altro. Il tessuto sociale, infatti, è caratterizzato anche da portatori dello stesso stigma, da "saggi", altri "marginali" (altri portatori di stigma), parenti, vicini o professionisti che conoscono e comprendono la situazione. Tuttavia, anche all'interno di interazioni favorevoli, si dovrebbe evitare l'eccessivo moralismo e non scendere nel "culto dello stigmatizzato". La non desiderabilità percepita di un portatore di stigma viaggia su un percorso personale, modificato

dall'azione, più o meno, illuminata della società di riferimento (Goffman, 2003b) e dalle cosiddette istituzioni totali che se ne occupano (Goffman, 1961). Il processo di ammissione, le attività simboliche abituali, le regole, le espressioni di deferenza, gli spazi specificatamente adibiti, l'asimmetria decisionale e comunicativa sono state prese in considerazione da numerosi studi sul *labelling*. In particolare, si osserva il modo attraverso cui significati costruiti socialmente, riguardo a certe categorie di persone, si radicano in ambienti istituzionali e nel senso comune. La stessa scarsa o nulla partecipazione ai programmi terapeutici o educativi, ad esempio, dovrebbe essere riconsiderata attraverso il senso di estraneità e deprivazione esperito dai potenziali frequentanti ma anche l'incapacità delle persone perturbate a seguire i dettami di una "buona" comunicazione fuori dai rituali (Goffman, 2003a;b).

In ottica drammaturgica, la malattia si sottopone, a numerosi tentativi umanizzati di spiegazione e di interpretazione. Davanti all'anarchia che segue la diagnosi, raccontare con una certa libertà creatrice e ordinata ciò che sembra sfuggire al controllo di chi la ospita, tenta di dare un senso alla disorganizzazione organica. Spesso, però, questa sorta di riorganizzazione mentale per descrivere e comprendere la realtà - specie se dai connotati forti e drammatici - si avvale dell'uso di pochissime parole dalle immagini intense. In altre parole, le metafore si prestano a condensare tali sentimenti e storie di vita. La metafora, però, incorniciando processi, modelli, paradigmi del campo medico dispensa visioni un po' semplicistiche e rischia il proliferare di interpretazioni esagerate e paranoiche nonché un pericoloso allontanamento dalla realtà. Dall'intrusione di un demone, al castigo divino, alla "prova" dell'influenza degli astri (Parodi, 2002), ai riferimenti bellici la metafora è una presenza storica costante ma ingombrante della semantica del lessico e delle interpretazioni popolari di medicina e malattia. La metafora tende a far misconoscere la malattia e a darle connotazioni che potrebbero essere molto lesive (Sontag, 2020). Sontag sostiene, a tal proposito, che "la malattia non è una metafora" anzi più essa si libera da tali pensieri più la condizione di essere malati risulta "sana" (Sontag, 2020). Sebbene spesso sia impossibile non essere influenzati dalle metafore, è necessario essere consapevoli che possano degenerare prendendo il posto della mera malattia. È importante non trattare la malattia come un "predatore diabolico e invincibile" ma come un semplice evento di natura che deve essere demistificato. Quindi limitare la metaforizzazione, lo slittamento dei campi

semantici, l'uso improprio del linguaggio e la distorsione del vero significato di malattia senza che diventi un'opprimente faccenda da predestinati.

Il corpo malato, dunque, “trasuda” informazioni espresse in pratiche sociali (Goffman, 1969). La rottura dello stato “in salute” modella sia la realtà sociale che l'esperienza personale in una “provincia finita di significato” (Sebald, 2011; Schütz, 1962) che struttura e media l'esperienza che il soggetto (in salute) fa dell'altro da sé (in malattia). Pertanto, le teorie microinterazioniste, ci permettono di considerare la malattia come una fase a cui adattarsi, un “momento di transizione flessibile”, in cui la vita può ridisegnarsi verso un corpo caratterizzato da un nuovo progetto interpretativo (Ghigi, Sassatelli, 2018; Giddens, 1999).

CAPITOLO 2

GLI ASPETTI SOCIO-EPIDEMIOLOGICI DELL'OBESITÀ

L'obesità è una delle più grandi sfide del XXI secolo (COSI, 2021). Dagli Stati Uniti all'Europa, dal Nord al Sud del mondo, il fenomeno si è espanso su scala, progressivamente, globale sino a divenire endemico - sempre più radicato all'interno della popolazione.

In questa sede, supportati dalla prospettiva epidemiologica e sociologica, si proverà a far affiorare il complesso e articolato discorso “sul peso” della popolazione. Quindi delineare una panoramica numerica e teorica che misuri l'intreccio tra determinanti sociali di salute - individuali e contestuali - e stato ponderale.

Alcuni studiosi della nutrizione (McIntosh, 2013; Sobal, 2000), nel tentativo di creare un *frame* teorico intorno al tema dell'alimentazione e della nutrizione si avvalgono, anzitutto, della distinzione anglosassone tra sociologia *nella e della medicina* e *nella o della salute* (Hill *et al.*, 2021; Wolinsky, 1980; Straus, 1957). Dalla prospettiva *nella medicina o nella salute* evidenziano lo sguardo empirico - determinista e positivista dell'epidemiologia - con lo scopo di valutare la rilevanza sociale di determinate forme di morbilità o mortalità. A tal proposito, si parla di epidemiologia sociale poiché vengono indagati i fattori, appunto, sociali in quanto cause o elementi di rischio di una specifica malattia. Dalla prospettiva *della medicina o della salute*, invece, gli stessi studiosi recuperano l'analisi dei ruoli sociali e delle relative trasformazioni per effetto di un fenomeno perturbante come la malattia, gli aspetti sociali delle organizzazioni mediche e le loro modalità di funzionamento, l'accessibilità alle cure dei diversi gruppi, l'influenza delle politiche economiche e di salute pubblica (Hill *et al.*, 2021; Wolinsky, 1980; Straus, 1957).

Partendo da tali premesse, McIntosh (2013) e Sobal (2000), definiscono una sociologia *nella nutrizione* - parte dell'epidemiologia sociale - che mette in luce le tecniche di

valutazione dello stato nutrizionale e le conseguenti cause sociali degli inadeguati stili alimentari e di vita; e una sociologia *della nutrizione* che è attenta, prevalentemente, alle relazioni sociali in campo nutrizionale che si manifestano nei vari contesti (socio-familiare, clinico-ospedaliero, industriale, agroalimentare, ristorazione), al rapporto nutrizionista-paziente, agli effetti delle politiche sociali, economiche e di salute pubblica sull'accesso agli alimenti e ai servizi del settore nutrizionale. In questo tipo di scenario teorico e, allargando lo sguardo anche all'influenza delle rappresentazioni sociali e alla costruzione sociale di pratiche e interazioni, si avanza una distinzione tra *sociologia nella obesità* e *sociologia della obesità*. *Nella obesità* si lascia emergere il fenomeno quale condizione multifattoriale, la sua distribuzione in termini di incidenza - numero di nuovi casi in una determinata popolazione – e di prevalenza - numero di casi identificati in un dato momento – nonché morbilità e mortalità ma anche in rapporto agli aspetti influenti delle determinanti sociali; *della obesità* l'interesse si rivolge alle relazioni tra processi, fatti e rappresentazioni sociali, all'influenza di diete e stili di vita nel corso di vita, alle organizzazioni e alle politiche di sanità pubblica votate alla promozione, prevenzione, trattamento e cura (Malacarne *et al.*, 2022; Poulain, 2014; 2008).

Attraverso tale impostazione metodologica, si cercherà, anzitutto, di risolvere il dilemma definitorio e interpretativo che, sin dalle origini, ruota intorno al concetto di obesità; illustrare le trasformazioni e i processi tecnico, scientifici e sociali che si sono originati, nelle società, nel corso del tempo e che ne hanno stimolato la crescita e la diffusione; e indagare la distribuzione geografica, temporale e socio-economica del fenomeno. Dopo una panoramica su scala globale, il focus sarà proiettato, prima, verso i numeri della cosiddetta “Regione Europea³” con riferimento al Portogallo quale paese trainante nella lotta all'obesità e in cui si evidenziano esempi di *best practices* in Europa, e poi, ai numeri che caratterizzano l'Italia, territorio della dieta mediterranea e di artigianali tradizioni culinarie ma proprio a livello sovranazionale anche con i tassi più elevati di sovrappeso e obesità infantile. Restrungendo, infine, l'attenzione sempre più verso il cuore

³ Il termine “Regione Europea” o “European Region” viene utilizzato dal World Health Organization per intendere l'insieme dei 53 Paesi-membri aderenti ad una politica intergovernativa di supporto a salute e benessere degli individui condivisa e che si estendono geograficamente dalle coste occidentali della Groenlandia alle coste del Pacifico della Federazione russa, e dal Mediterraneo al Mar Baltico. Cfr. WHO Europe (2013, op. cit.).

geografico di quanto stiamo osservando, si analizzeranno i fattori che agiscono sul territorio della Regione Emilia-Romagna e, in particolare di Rimini.

In tal senso, il percorso di analisi condurrà verso una definizione ampia di obesità - pensata in termini bio-psico-sociali - con uno sguardo *life course* (Cappellato, Moiso, 2020), sul breve e sul lungo termine, al fine di scioglierne i limiti interpretativi che spesso ostacolano non solo le politiche di cura e di prevenzione ma anche la percezione sociale.

1. *Globesity*: le proporzioni di un fenomeno globale

L'analisi dello scenario epidemiologico relativo al fenomeno dell'obesità, prende, anzitutto, in considerazione il mutamento storico mediante i concetti di *scarsità* ed *eccesso*. Nello specifico, tale trasformazione viene analizzata ponendo in luce il ruolo dell'alimentazione e degli stili di vita all'interno della transizione demografica delineata dallo storico delle popolazioni McKeown (1976), e approfondita negli aspetti di morbosità e mortalità da Omran (2005), nel modello di *transizione epidemiologica*.

All'interno della trasformazione strutturale demografica (McKeown, 1976), la narrazione del passaggio da abitudini alimentari e di vita fondate sulla *scarsità* a quelle sull'*eccesso* si impostano all'interno di tre stadi temporali individuati da Omran (2005): “il tempo delle epidemie e carestie”, la “transizione” e la fase di “impianto delle malattie degenerative” a cui seguono, integrando uno sguardo alla contemporaneità, lo stadio di “assestamento delle malattie croniche” (Picheral, 2002; 1989) e quello delle “sociopatie” (Stagi 2009; Drulhe, 1996).

Fin dalle sue origini, nella storia umana, il sostentamento è sempre stato percepito aspetto fondamentale della vita. Le società tradizionali, infatti, cercavano di controllare i periodi di penuria e carestia riducendo il margine di incertezza, la fame e la malnutrizione, specialmente infantile (Fischler, 1992). Il mondo occidentale, pertanto, ha impostato le politiche delle sue società in modo da arginare e contenere, come meglio poteva, la *scarsità* delle risorse. Nelle società antiche e in età preindustriale, durante il *tempo delle epidemie e carestie*, la quantità di risorse, di misure igienico-sanitarie e cure determinavano una grande differenziazione sociale tra i pochi privilegiati e i molti che dovevano far fronte ad enormi ostacoli strutturali. In questo contesto, nonostante una natalità elevata, le

percentuali di mortalità per malattie infettive crescevano e la speranza di vita era molto bassa.

I primi progressi in Europa - che iniziano ad originare le probabili cause della transizione epidemiologica - si ebbero a partire dal XVII secolo. I nuovi strumenti agronomici, lo sviluppo della rete di trasporto, il commercio, alcune importanti scoperte nel campo della medicina sperimentale che caratterizzavano i nuovi Stati-Nazione, cominciarono ad assicurare, sia a città che campagna, un sostentamento alimentare quantomeno sufficiente (Fischler, 1992). Tuttavia, molti storici sottolineano come le trasformazioni avvenute in Europa tra XVII e XVIII secolo non corrispondano comunque ad un conseguente miglioramento in *eccesso* degli stili alimentari e di vita. Al crescere della quantità disponibile di cibo, decresceva la qualità e la varietà delle razioni. Col passaggio da una policoltura ad una monocoltura di sussistenza, poi, riapparvero le cosiddette “malattie da carenza o da mono-alimentazione”, come la pellagra, scatenando carestie ed epidemie (tifo, dissenteria, scorbuto), ancora più terribili del passato. Pertanto, fino agli inizi del XIX secolo, la *scarsità* legata al rapporto cibo-popolazione, alle conoscenze in ambito tecnico-medico-scientifico e alle misure igienico-sanitarie continuò a dominare l'andamento epidemiologico e demografico delle società e le malattie infettive risultarono ancora determinanti sul tasso di mortalità. In questo contesto, l'*abbondanza* e la sua ostentazione rappresentavano solo lo specchio di una differenziazione sociale sulle tavole dell'aristocrazia o nei banchetti popolari volte ad esorcizzare la paura atavica della fame (Thermes, 2018).

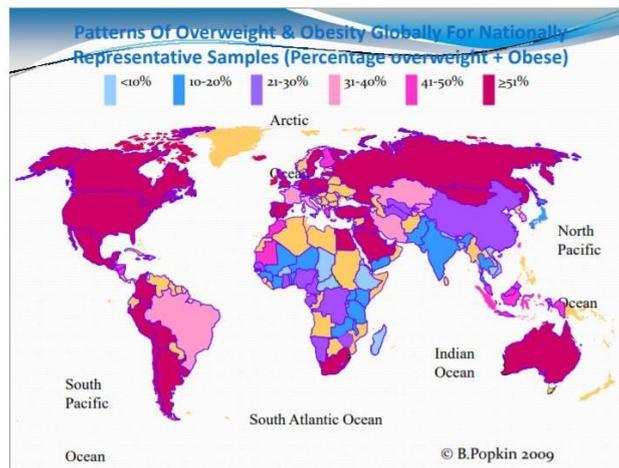
Le trasformazioni scientifiche, tecnologiche, sociali e culturali - susseguitesi nella prima metà del Novecento - determinarono un accrescimento della disponibilità alimentare e della progressiva modifica negli stili di vita, più attenti a pulizia e salubrità. Tali cambiamenti impostarono i presupposti per l'inizio di quella fase di *transizione* (Omran, 2005) in cui, a poco a poco, le cause di mortalità per malattie acute collegate anche alla rarefazione delle epidemie, iniziano a regredire mentre la speranza di vita alla nascita aumenta fino a 50 anni. Si tratta, comunque, di una *transizione* dalle profonde contraddizioni tra territori e classi sociali, equità e giustizia sociale. Tuttavia, è in questo periodo che mediante politiche di stoccaggio e redistribuzione programmata, gli individui si allontanano dalla forte dipendenza ecologica e climatica nel rendimento del terreno messo a coltura liberandosi

dalla costante morsa della fame. In tale lasso temporale, se escludiamo le due guerre mondiali in cui si torna ad un regime di forti restrizioni alimentari, si entra in una fase di “sistemazione” o *impianto delle malattie degenerative* (Omran, 2005). La ricostruzione post-bellica di una “società opulenta” (Galbraith, 2014), fondata sull’ambizione di benessere, ricchezza e abbondanza nonché emergenti accordi internazionali che si interessano ai problemi di salute e igiene, determina il dissolversi delle cause infettive di mortalità e l’aumento della durata media della vita. Se fino al secondo dopo guerra, gli anni guadagnati si riferivano alla forte diminuzione della mortalità infantile e giovanile, nei trent’anni successivi il declino viene recuperato anche grazie alle età adulte. Il miglioramento delle condizioni di vita e igieniche, l’avvio dello sviluppo economico-sociale-sanitario, nuove scoperte in ambito medico e farmacologico, hanno contenuto gradualmente il rischio di morte e prolungato la vita, anche per i vulnerabili, facendo largo alla cronicità (Caselli *et al.*, 2021; Poulain, 2008; Omran, 2005).

Progressivamente, le persone iniziarono ad apprendere un diverso modo di “stare in salute”, grazie all’importantissimo ruolo giocato dalla crescente attenzione nei confronti di agenti patogeni sia negli ambienti di vita che nell’alimentazione, l’apprendimento di comportamenti preventivi e il progressivo miglioramento delle condizioni socio-economiche (Caselli *et al.*, 2021). Durante questa fase di crescita della *health literacy*, che si compie tra gli anni Sessanta e Settanta del Novecento, si assiste ad un *assestamento delle malattie croniche* (Picheral, 2002; 1989) e al conseguente compimento del passaggio da *scarsità* ad *eccesso* che conduce all’origine dell’obesità come condizione clinica e sociale. La visione olistica di Sullivan (2010), nel suo *modello del mutamento sociale dell’epidemia di obesità*, coglie, in tal senso, le principali dinamiche intervenute nella sua evoluzione. L’inarrestabile urbanizzazione, la produzione agricola intensiva, l’espansione nella divisione del lavoro, l’evoluzione dei sistemi di trasporto e la crescita dell’economia a cui si aggiunge la coincidente “rivoluzione cardiovascolare” ed i sempre più efficaci trattamenti antibiotici hanno consentito di contenere la letalità di molti processi morbosi. La logica dell’*eccesso* inizia a misurare il benessere degli individui attraverso stili di vita “comodi” e abitudini alimentari “(sovra)abbondanti”. L’ingresso della donna nel mercato del lavoro, sempre più centrale, la commercializzazione, la globalizzazione e il crescente uso della tecnologia hanno, poi, condotto, sempre di più, verso la produzione di cibi

variegati, calorici, voluminosi, standardizzati (e non sempre di qualità), *fast*, distribuiti su larga scala, delocalizzati a cui si sono uniti stili di vita orientati alla sedentarietà (Caselli *et al.*, 2021; Clemente, Greco, 2018). Compresa e, continuamente, appresa l'importanza dei propri comportamenti - in un ambiente fertile da un punto di vista delle risorse, delle cure e dell'aspettativa di vita - il paradosso strutturale si originò all'interno della fase delle *sociopatie* (Drulhe, 1996). Quest'ultime, rappresentate dai *man-made diseases* (Chaber, 2018; Omran, 2005), sono malattie, indotte dall'uomo, causate dall'incontro-scontro tra fattori biologici e strutturali. Abitudini alimentari e stili di vita insalubri hanno cominciato, incisivamente, a minacciare la speranza di vita degli esseri umani determinando un profilo epidemiologico in cui le principali cause incidenti sui tassi di mortalità, morbilità e disabilità sono costituite da malattie non trasmissibili che, attualmente, rappresentano il 71% di tutti i decessi a livello globale (WHO, 2021a). Nella seconda parte del XX secolo, l'*eccesso* si insinuò, in maniera capillare, nelle viscere del tessuto sociale. La società dei consumi produceva continuamente bisogni, anche superflui, mettendo a disposizione un bacino, apparentemente illimitato, di risorse e conoscenze. Si entrò in un'epoca definita neolibera caratterizzata da mercato libero, individualismo e decentralizzazione. In questo periodo la dieta occidentale iniziò a offrire, sempre più, alimenti contenenti grassi saturi, zuccheri, ingredienti processati e poveri di fibre la cui assunzione, tuttavia, appariva il frutto di scelte personali e l'incapacità di agire in modo responsabile ricadeva sull'individuo (Gabe, Cardano, Genova, 2021; Otero, 2018). Il *mondo diventa grasso* (Fig. 1, Popkin, 2009) appesantendosi, progressivamente, in un orizzonte sempre più tecnologico e interconnesso, in cui il successo dell'*eccesso* non solo origina un deleterio scontro tra abitudini alimentari, stili di vita e biologia ma inizia a minacciare la salubrità, nel breve e nel lungo termine, degli individui. *Globesity*, è il termine coniato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, che riassume la diffusione globale dell'obesità, sia adulta che infantile, sia dei Paesi sviluppati che in via di sviluppo, sia delle classi agiate che di quelle indigenti.

Fig. 1 – Modello globale di sovrappeso e obesità per campioni di rappresentatività nazionale (percentuali)



Fonte: Popkin (2009)

Le proporzioni obesogene equivalgono a circa il 30% della popolazione mondiale. Tali stime superano di circa due volte e mezzo il numero di persone sottonutrite e, continuando ad aumentare con lo stesso ritmo, potrebbero coinvolgere quasi metà della popolazione adulta entro il 2030. Ciò comporta la riduzione dell'aspettativa di vita di circa tre anni oltre a costituire già il 5% delle morti mondiali (WHO, 2021b; OECD, 2019; Mc Kinsey Global Institute, 2014). Dal 1975 ai giorni nostri, l'obesità, sull'intera superficie globale, è quasi triplicata (WHO, 2020b). I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità parlano di sovrappeso e obesità per più di 650 milioni di adulti (dai 18 anni in su) nel 2016; per 38 milioni di bambini sotto i 5 anni e per più di 340 milioni di bambini nella fascia d'età 5-19, nel 2020. Addentrando, ancor di più, nella portata distributiva del fenomeno a livello globale, il *Centers for Disease Control and Prevention* (2021) stima che, dalla metà degli anni Ottanta al 2020, la popolazione americana abbia registrato un eccesso ponderale che supera il 20% (35% in cinque Stati, il 30% in 25 Stati e il 25% in 46 Stati) con una incidenza che se si, mantenesse costante, condurrebbe nei prossimi decenni, la quasi totalità della popolazione americana ad essere obesa. Un altro Paese dai dati allarmanti è il Messico, la seconda economia dell'America Latina e, culturalmente, area che ha sempre considerato la pinguetudine un simbolo di ricchezza e prosperità. Secondo i dati diffusi dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD, 2019), i numeri associati all'obesità non solo coinvolgono il 75% degli adulti e il 35% di bambini

e adolescenti ma confluiscono verso lo strato economicamente più povero della popolazione messicana. Tassi di obesità in rapido aumento, si riscontrano sia in Medio Oriente con livelli tra 30-40% (Index Mundi, 2016) che in Cina tra i residenti delle aree urbane e rurali, di tutte le fasce d'età distribuendosi tra adulti (16,4%), adolescenti (19%) e bambini (10,4%) (Pan *et al.*, 2021; The State Council Information Office of the People's Republic of China, 2020).

Spostandoci verso la “Regione Europea”, i tassi di crescita non sono molto più confortanti. La popolazione adulta, nel 2016, si presentava per oltre il 50% in sovrappeso e oltre il 20% obesa. Nel 2019, i dati mostrano un ulteriore crescita fino al 70% nel primo caso e fino al 30% nel secondo (OECD, 2019; ISS, 2017). Per ciò che concerne la popolazione pediatrica europea, è stata interessata da un picco in aumento mantenutosi, poi, costante tra il 1990 e il 2008 (ISS, 2017) e, nell'ultimo periodo rilevato, 2018-2020, nonostante la situazione stia tendenzialmente migliorando, 1 bambino su 3, tra 6-9 anni, convive con sovrappeso e obesità (COSI, 2022). Sebbene sia stato anche rilevato che la prevalenza diminuisca nella coorte 10-19 anni (dove 1 bambino/adolescente su 4 convive con sovrappeso o obesità) la recente analisi intermedia del WHO all'interno del *Global Action Plan for non-communicable diseases* avverte che, al 2022, nessuno stato membro della “Regione Europea” è *sulla buona strada per raggiungere l'obiettivo di fermare l'aumento dell'obesità entro il 2025* (WHO, 2022a).

In termini di costi sanitari, poi, i Paesi OCSE⁴, spendono circa l'8,4% del proprio budget a causa di malattie legate all'eccesso di peso (OECD, 2019). Nello specifico, nel report di ottobre 2019, si rileva che gli individui sovrappeso e obesi gravano sul 2,8% del Prodotto Interno Lordo Globale - corrispondenti a circa 2,0 trilioni di dollari. Essi si avvalgono maggiormente dei servizi sanitari, subendo più interventi chirurgici e avendo più del doppio delle prescrizioni rispetto ai soggetti normopeso. A ciò si aggiungono i costi relativi alle malattie correlate, il 70% per il trattamento del diabete, il 23% per le patologie

⁴ I paesi aderenti all'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) sono attualmente 36. Nello specifico: Australia, Austria, Belgio, Canada, Cile, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Repubblica di Corea, Repubblica Slovacca, Regno Unito, Slovenia, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria. Come in: https://www.dt.mef.gov.it/attivita_istituzionali/rapporti_finanziari_internazionali/organismi_internazionali/ocse/#:~:text=L'Ocse%2C%20che%20ha%20sede,Paesi%20Bassi%2C%20Polonia%2C%20Portogallo%2C

cardiovascolari e il 9% per i tumori per un peso complessivo di circa il 20% della spesa sanitaria (OECD, 2019).

Dalle previsioni della letteratura economico-sanitaria sulla questione, entro il 2030, all'aumentare dell'Indice di Massa Corporea (IMC) assisteremo ad un simultaneo aumento, tra 16-18%, dei costi dell'assistenza sanitaria (Corposanto, 2017). Non stupisce, quindi, che l'obesità, già nel novembre 2014, si sia guadagnata il secondo posto tra i *social global burden* sanitari dopo il tabagismo (Mc Kinsey Global Institute, 2014).

Il quadro diviene ancor più allarmante, se poniamo attenzione su quei Paesi che, non avendo linee legislative guida definite né risorse tecnologiche per la gestione della prevenzione e della presa in carico, gravano finanziariamente totalmente sulle famiglie penalizzando, sempre più, quelle a basso reddito. Non solo, ma la persistenza nel tempo, le spese per alimenti sani e attività fisica risultano spesso non solo insostenibili economicamente ma conducono all'impoverimento. Nel lasso temporale 2015-17, ogni anno, circa 100 milioni di persone sono state spinte sotto il livello di povertà dalla necessità di pagare direttamente per i servizi sanitari (WHO The World Bank, 2017).

Tenendo conto che la stragrande maggioranza degli individui in sovrappeso o obesi vive nei paesi in via di sviluppo dove si è assistito ad un aumento dell'eccesso ponderale di oltre il 30% rispetto ai paesi sviluppati (WHO, 2021b), e che, negli ultimi trent'anni, molti aspetti della globalizzazione si sono infiltrati negli stili di vita e nelle abitudini alimentari come il basso costo di cibi grassi e calorici, l'obesità è divenuta una *malattia dei poveri* (Goisis *et al.*, 2016; Prentice, 2006; Popkin *et al.*, 2002).

Seguendo questa evoluzione, le trasformazioni avvenute tra XVII e XVIII secolo avrebbero innescato non un processo di miglioramento ma di peggioramento sociale (Livi Bacci, 2011; Aymard, 1997; Montanari, 1997). L'allentamento delle costrizioni sociali, la crescente importanza dell'individualismo, dell'industrializzazione della produzione, della trasformazione, della commercializzazione alimentare hanno lasciato che il fenomeno si radicasse e divenisse non solo globale ma anche *endemico*. Un'endemia *discrasica* - ossia dovuta a cause alimentari e comportamentali - la cui eziologia potrebbe dirsi legata a prospettive biologico-evolutive, al mutamento degli stili di vita; alla *political economy* dell'industria alimentare; a costruzioni sociali e socio-culturali e, non ultimo, alle disuguaglianze sociali ed economiche. Un'endemia, progressivamente, sempre più

sinergica, nel tempo e nello spazio, in ogni Paese e Regione del mondo portando qualcuno già a ribattezzarla *Global Syndemic of obesity* (Swinburn *et al.*, 2019).

2. Definire l'obesità: fattore di rischio, condizione socio-patologica o malattia cronica non trasmissibile?

Seppur la notizia sia rimasta misconosciuta per moltissimi anni, nel 1948, l'*International Classification of Disease* riconosceva, per la prima volta, l'obesità tra le malattie. Tuttavia, nel 1977 la voce oppositiva dell'*American Health Care Financing Administration* sostenne che l'obesità non poteva essere considerata una malattia. Da questo momento, dovremo aspettare il 1997 per disporre di nuove coordinate autorevoli e innovative in relazione al concetto, questa volta da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che la comprende tra le malattie complesse, *non completamente comprese, serie e croniche parte di un gruppo di malattie non trasmissibili che richiedono prevenzione e gestione di strategie sia individuali che sociali* (WHO, 2000).

Nonostante il riconoscimento da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il primo Paese a recepire la direttiva fu il Giappone nel 2002 (Kanazawa *et al.*, 2005), seguito dal Portogallo nel 2004 (Burki, 2021). Negli stessi anni, però, anche il *National Institutes of Health* americano decise di ampliare la definizione di obesità parlando di *complessa malattia cronica multifattoriale*. Nel 2004, dopo il tentativo, da parte dei *Centers for Medicare and Medicaid Services* statunitensi, di rimuovere la frase "l'obesità non è una malattia", il termine, non essendo sostituito da una precisa definizione, continuò a restare orfano di una chiara connotazione.

Le linee guida intercollegiali scozzesi del 2010 e l'*American Medical Association* nel 2013, fornirono una svolta proattiva intorno al tema. Esse si pronunciarono non solo a favore dell'obesità quale malattia *con molteplici aspetti fisiopatologici* ma richiesero una serie di interventi medici per migliorare trattamento e prevenzione. Tale esposizione, non solo riuscì a catturare l'attenzione di diverse Associazioni Mediche che si espressero nella medesima direzione, come la *Canadian Medical Association* nel 2015, ma condusse, nel

2017, il *World Obesity Federation*, nel 2019, l'Italia⁵ e, il 4 marzo 2021, in occasione dell'*Obesity Day*, una direttiva della Commissione Europea, a parlare di ufficiale riconoscimento dell'obesità quale *malattia cronica recidivante*. Quindi una condizione di salute multiforme influenzata da fattori genetici, comportamentali, fisiologici, psicologici e sociali che ricade nel gruppo dei *Non Communicable Disease (NCD)*⁶ ossia malattie non trasmissibili direttamente da una persona all'altra (Burki, 2021).

Sino ad oggi, a causa di questo variegato e intenso alternarsi di voci sulla questione, l'approccio da parte dell'*expertise* professionale e della *lay expertise* è stato autogestito in modo tutt'altro che sistematico. Tale atteggiamento ha lasciato destrutturato o parzialmente regolamentato l'ambito della prevenzione, del trattamento e della presa in carico dei soggetti con eccesso ponderale (Burki, 2021).

Come possiamo definire, allora, oggi, l'obesità?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità parla di *un accumulo anomalo o eccessivo di grasso che presenta un rischio per la salute*. Valutata secondo una prospettiva biomedica e nonostante l'enorme varietà di strumenti per la sua misurazione (peso ideale, circonferenze corporee, rapporto peso-popolazione), la sua classificazione avviene, in tal senso, secondo l'Indice di Massa Corporea (IMC o in inglese BMI - *Body Mass Index*). Tale indice, attraverso il peso in chilogrammi di una persona adulta diviso per il quadrato della sua altezza in metri (kg/m²), stabilisce, convenzionalmente, che una condizione di sovrappeso possa realizzarsi in un adulto intorno ad un $IMC \geq 25$ mentre quella di obesità intorno ad un $IMC \geq 30$.

Attraverso l'IMC, dunque, non solo viene delineata una convenzionale definizione, approssimativa ma internazionalmente condivisa, di obesità ma si coglie anche la possibilità di stimare i rischi che essa determina per la salute. Sappiamo, infatti, che non solo all'aumentare dei valori di IMC, aumenta anche il rischio di morbilità e mortalità ma che la presenza di tessuto adiposo "centrale" (o addominale, viscerale) distribuito intorno ad organi o precisi punti del corpo, è più preoccupante in termini di correlazioni a malattie

⁵ Vedasi Camera dei Deputati, "Approvazione mozione Parlamentare" del 13 novembre 2019 seduta n. 258 <https://www.camera.it/temiap/2019/11/15/OCD177-4202.pdf>.

⁶ Tradotto in italiano "Malattie Non Trasmissibili".

cardiovascolari, diabete di tipo 2, demenza, problemi ortopedici e muscolo-scheletrici, disordini psicologici rispetto a quello “totale”⁷ (Richard *et al.*, 2020; ISS, 2017).

Tuttavia, il solo IMC non è sufficiente a delineare una rappresentazione esauriente. Le differenze nella struttura fisica di genere, d’età, d’appartenenza etnici, i fattori strutturali che agiscono insieme o al posto di magrezza e obesità come tabagismo, alcolismo, sedentarietà e precarietà sono altri elementi da considerare (Poulain, 2021; 2014; 2008; ISS, 2017).

Questa prima definizione, seppur fotografi clinicamente il concetto, lo lascia ancora senza la sua cornice sociologica. Le diverse varianti interpretative si orientano, talvolta, verso la descrizione di un *fattore di rischio*, talvolta, quale *condizione socio-patologica* di malnutrizione per eccesso da cui si originano altre malattie, se non addirittura un problema estetico e, talaltra, verso la *malattia cronica non trasmissibile*.

Proviamo, quindi, ad analizzarle e contestualizzarle.

Sebbene, nell’ultima decade, abbiamo assistito ad un crescente allontanamento dal concetto di obesità quale mero *fattore di rischio*, in realtà il suo uso è ancora molto presente, imbrigliato nel pregiudizio che l’eccesso ponderale sia conseguenza di scelte comportamentali e quindi risolvibile, dal singolo, attraverso la propria forza di volontà.

L’orientamento di alcuni medici così come del nostro Istituto Superiore di Sanità (2017), sono volti a richiamare obesità e sovrappeso quali *fattori di rischio*. Un fattore di rischio rappresenta specifiche condizioni associate, statisticamente e positivamente, con la concreta probabilità di sviluppare una malattia, concorrere alla sua patogenesi, favorirne il progresso o accelerarne il decorso. Tra i fattori di rischio si menzionano aspetti del comportamento, caratteristiche intrinseche al soggetto o alla sua genetica, l’esposizione ambientale, gli stili di vita. Alimentazione e sedentarietà (come stile di vita), nello specifico, e non obesità, vengono palesati quali *fattori di rischio* modificabili per prevenire, contenere o eliminare la malattia che hanno originato (Bologna, 2020). L’obesità non compare esplicitamente nell’elenco. Tuttavia, l’interpretazione attuativa la comprende e la connota quale insalubre e irresponsabile comportamento individuale che avvicina le

⁷ Il tessuto adiposo viscerale o addominale è l’accumulo di grasso che si deposita in profondità all’interno dell’addome fra gli organi interni: fegato, stomaco ed intestino mentre il grasso di deposito “totale” è concentrato a livello sottocutaneo in superficie tra pelle e muscoli. Cfr. Richard *et al.*, 2020.

persone allo stigma sociale e le allontana dai programmi di incisiva prevenzione primaria (adozione di interventi e comportamenti), secondaria (diagnosi, trattamento) e terziaria (gestione e prevenzione anche sul lungo termine) (Burki, 2021; Kivimäki *et al.*, 2011; Ringbäck Weitoft *et al.*, 2008). Chiaramente, quindi, “alimentazione” e “stili di vita” rappresentano alcuni dei fattori di rischio alla base del continuo aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità, sia nelle popolazioni sviluppate che in quelle in via di sviluppo. Se ben orientati, essi svolgono un ruolo chiave nella prevenzione alle malattie, come l’obesità, che si originano, al contrario, da un cortocircuito nell’interazione tra fattori di rischio genetici e ambientali (Foreman *et al.* 2018). In tal senso, l’obesità, in quanto condizione eterogenea e multifattoriale, potrebbe essere ritenuta *anche* e non solo un *fattore di rischio* nella misura in cui innesca altre malattie o le complica.

Decantata questa prima definizione, emerge una natura dell’obesità quale *disease* ossia guasto organico. Tuttavia, in molte aree della medicina e in diversi ambiti politico-decisionali si è ritenuto che essa resti un problema nutrizionale o, tutt’al più, estetico risolvibile con un «mangia di meno e muoviti di più» (Sbraccia *et al.*, 2020, p. 1).

Se clinicamente siamo dinnanzi ad un «eccessivo accumulo di calorie in forma di trigliceridi nel tessuto adiposo, l’entità di tale accumulo è equivalente, secondo la prima legge della termodinamica, alla differenza tra introito calorico e spesa energetica» (Sbraccia *et al.*, 2020, p. 1). L’idea che l’obesità possa essere un mero disordine nutrizionale, conseguenza di scelte personali reversibili ma causate da persone incapaci di correggere un problema, sia di ingordigia che estetico, è la seconda prospettiva interpretativa che si intende analizzare.

Tutte le malattie che sono inserite all’interno della *International Classification of Disease* possiedono, da un punto di vista eziopatogenetico-clinico, cause distinte, oggettiva riduzione del senso di benessere, specifici sintomi e segni inequivocabili. L’obesità, anche davanti a tale quadro, resta, però, senza un preciso *framing*. Ciò lascia che alcuni specialisti ne tratteggino il profilo di una *condizione socio- patologica* di malnutrizione per eccesso (Sbraccia *et al.*, 2020).

Le ragioni che sostengono tale interpretazione sono diverse. La prima è la convinzione che i pazienti debbano avere un elevato grado di consapevolezza e responsabilità individuale nel seguire corretti stili di vita e abitudini alimentari. La seconda riguarda gli,

ancora relativamente recenti, studi e ricerche in grado di dimostrare un'effettiva correlazione con rischio di morte originata dalla stessa obesità e non dalle complicanze cui essa dà origine. La terza confluisce nella cosiddetta *obesità metabolicamente sana* che, apparentemente, mostra pazienti obesi senza sindrome metabolica (o di alcune delle sue componenti) ma in realtà molto esposti al rischio di sviluppare comorbidità. Infine, il *paradosso dell'obesità* che allude ad una migliore sopravvivenza nei pazienti con sovrappeso o obesità di primo grado ($IMC \geq 30$ e < 35) rispetto ai normopeso in caso di sopraggiunti nuovi eventi. Tuttavia, sembrerebbe dimostrato che sono i *bias* statistici a condurre al “paradosso”, attraverso una causalità inversa, in cui si assiste ad una perdita di peso non intenzionale prima che il peso venga misurato al paziente arruolato nello studio prospettico (Sbraccia *et al.*, 2020; Eckel *et al.*, 2018; Caleyachetty *et al.*, 2017; Van der al. *et al.*, 2014; Hinnouh *et al.*, 2013; Kuk, Ardern, 2009).

Arrivati a questo punto, considerare l'obesità solo un *fattore di rischio* o solo una *condizione socio-patologica* di malnutrizione per eccesso risulta riduttivo.

All'interno del concetto di *disease*, unendo le osservazioni, contemporanee, degli studiosi Carl May (2005) e David Armstrong (2005), l'obesità viene inserita in una “esplosione epidemiologica” della società in cui si assiste ad una maggiore e continua attenzione nei confronti della sorveglianza dello stato di salute clinico dei corpi ma anche in una “esplosione sociale” che lascia gli individui adattarsi e convivere con le malattie croniche. In questo bilanciamento, tra sorveglianza della salute e convivenza con la patologia, le vite di sempre più individui, si intrecciano - qualitativamente e quantitativamente - alla accortezza di strumenti diagnostici e tecnologie mediche che permettono di controllare la cosiddetta “longevità riflessiva”. Vale a dire che, anche davanti all'incontro con l'evento nefasto, il monitoraggio delle condizioni di salute sul lungo periodo si rinegoziano, continuamente, con il tempo rimanente - *time left* che separa dalla morte (Kaufman, 2010; 2005).

In tal senso, analizziamo l'obesità quale *Chronic e Non Communicable Disease* (NCD) ossia malattia cronica e non trasmissibile che si protrae per un periodo non inferiore ai tre mesi e che non ha origine infettiva (Bernell, Howard, 2016).

Posto che le cause dell'obesità sono eterogenee, influenzate da fattori genetici, ambientali e psicologici, un altro nodo da sciogliere è quello tra coloro che vorrebbero

percorrere la via della cronicità in termini recidivanti ossia condizione patologica *che a sua volta funge da porta d'accesso a una serie di altre malattie non trasmissibili* (European Commission, 2021) e coloro che pongono al centro, principalmente, la *non trasmissibilità* orientandosi verso una prospettiva, prevalentemente, *sociale* (Burki, 2021).

Nel primo caso, per capire se la condizione di obesità e pre-obesità possa essere associata ad una malattia cronica recidivante è necessario riflettere sui 3 elementi che caratterizzano lo stato di “cronicità”: la persistenza nel tempo (*long-term/lasting condition*), l'*illness* e la valutazione della condizione di incertezza (Bernell, Howard, 2016; Twaddle, 1982). In primo luogo, la condizione di cronicità si fonda su una durata stabile e continuativa, indipendente dalla volontà dall'individuo che ne è colpito e vede una difficile prospettiva di guarigione definitiva (Dowrick *et al.*, 2005). In secondo luogo, l'approccio personale e sociale verso l'esordio di uno stato patologico con cui convivere per il resto della vita, deve essere istituzionalmente e socialmente riconoscibile portando, progressivamente, a legittimare il *disease* in relazione all'*illness* e alla *sickness* (Bury, 2005; Garrett, 2001; Twaddle, 1982). E, infine, l'*incertezza* quale rischio incalcolabile da un punto di vista *clinico* per mancanza di «un quadro che presuppone una sola causalità, sintomi coerenti e riconoscibili e un trattamento scientificamente determinato» (Sulik, 2009, p. 1060) da parte della comunità medica; che *esistenziale* nel vissuto privato del singolo individuo «con la consapevolezza che il futuro della sua mente, del suo corpo e di sé stesso è in pericolo» (Adamson, 1997, p. 134) (Webster, 2019; Wasserman, Hinote, 2011). Osservando la condizione di obesità su questi assunti, si evince, però, che i vari gradi di gravità da cui è caratterizzata nonché, in alcuni casi, la possibilità di “tornare indietro” e, anche se faticosamente, “guarire”, rendono e hanno reso difficile, la perfetta adesione a tali canoni di cronicità.

Il discorso che, invece, avvicina e amplia il concetto di obesità ai *Non Communicable Diseases (NCDs)*, ad oggi, malattie cardiovascolari, cancro, malattie respiratorie croniche e diabete, sottolinea una comunanza tra l'obesità, la “non trasmissibilità” e il suo generarsi all'interno di una socialità integrata che crea ed espone a fattori di rischio. Per l'EU Policy Lead dell'*European Association for the Study of Obesity (EASO)* di Bruxelles associare, sempre più, l'obesità ad una malattia non trasmissibile sarebbe il primo passo per la sua piena comprensione e legittimazione sia come malattia clinica che sociale che «a causa del

considerevole numero dei soggetti colpiti, presenta una vasta diffusione e una notevole frequenza nei vari strati della popolazione, dimostrando perciò una significativa incidenza di morbosità, letalità e mortalità»⁸. Essa, inoltre, può essere causa o concausa nella predisposizione ad altre infermità, tuttavia, resta la sua qualifica di stato anteriore «di frequenti e gravi menomazioni organiche invalidanti, con necessità di cura prolungate con un non indifferente onere economico sia per il singolo sia per la società»⁹. L'obesità, in tal modo, assume una categorizzazione formale e vincolante che consente di guardarla attraverso un approccio legislativo definito per riconoscerla pienamente.

La spigolosa questione interpretativa, intorno al concetto di obesità, necessita ancora di trovare la via del compromesso tra le molteplici e differenti posizioni. Tuttavia, considerare l'obesità in un'ottica *liquida* (Bauman, 2011) lascerebbe che le diverse prospettive convergano provando ad analizzare il fenomeno in modo comprendente anche davanti alle eventuali variazioni relative al periodo storico, al contesto geografico, agli obiettivi assistenziali. Ed è in questa fluidità che, all'interno di queste pagine, viene posizionata la definizione di obesità con attenzione a quella in età pediatrica. Verrà, pertanto, affrontato il tema allentando le stringenti polarizzazioni. In tale cornice, l'obesità è osservata quale condizione endemica sintonizzata su vari livelli di gravità clinici e sociali che possono retroagire o cronicizzarsi, includere o escludere. Certamente, originata o costruita da cause differenti, interconnesse e non mutuamente esclusive, tale orientamento vuole andare verso una nuova metrica bio-psico-sociale considerando *che l'obesità può essere una malattia ma non è sempre esclusivamente solo una malattia* (Burki, 2021).

3. L'obesità infantile: un emergente problema di salute pubblica

Da un punto di vista organico, l'eccesso di grasso corporeo, depositandosi all'interno di cellule ed organi, interferisce negativamente con la loro funzione sia meccanico-anatomica che metabolica (Longo, 2020). In età pediatrica, tale condizione influenza e compromette,

⁸ Per approfondimenti: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 18-3-2017, n. 65, Supplemento ordinario n. 15. Disponibile in pdf: https://www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=17A0201501400010110001&dgu=2017-03-18&art.dataPubblicazioneGazzetta=2017-03-18&art.codiceRedazionale=17A02015&art.num=1&art.tipose rie=SG.

⁹ Ibidem.

in modo consistente, lo sviluppo futuro della persona (Longo, 2020).

Su un orizzonte temporale di lungo termine, la prospettiva sociologica del *life course* (Cappellato, Moiso, 2020), ci guida nell'analisi delle traiettorie di vita individuali, considerando tutti quegli eventi dell'infanzia e dell'adolescenza che hanno effetti sulla salute fisica, ma anche cognitiva e sociale di un individuo nel corso degli anni successivi. L'obesità infantile, in tal senso, conduce, approssimativamente, più di un terzo dei bambini e circa la metà degli adolescenti a mantenere una condizione di eccesso ponderale anche da adulti (Longo, 2020; Pérez-Escamilla *et al.*, 2013). Dati della letteratura, ci evidenziano come un peso corporeo "ingombrante", già in età pediatrica, insieme ad un'alimentazione inadeguata e alla sedentarietà, contribuiscano a sviluppare una salute piuttosto cagionevole dovuta all'insorgere di malattie precoci e a gravare, socialmente, in termini di perdita di più giorni di scuola, rendimento scolastico più scadente, probabilità di avere un lavoro a basso reddito (Maturò, Setiffi, 2021; OECD, 2019).

La definizione di sovrappeso e obesità infantile non ha un'univoca convergenza (Ministero della Salute, 2013). Crescita e massa grassa - in assenza di criteri nosografici e diagnostici all'interno dei Manuali - sono, da questo punto di vista, estremamente variabili e soggettivi. Essi non solo aumentano in valori assoluti con l'età, ma il rapporto con peso e altezza cambia fisiologicamente nel tempo e in maniera diversa fra i due sessi. La valutazione del quadro di sovrappeso e obesità per l'età evolutiva si avvale, quindi, della proposta dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) e di Cole *et al.* (2000) che fissano dei binari di normalità di peso dividendo il *range* dei dati raccolti in 100 parti chiamate percentili. I grafici rappresentano un utile strumento in grado di indicare se il soggetto, in via di sviluppo, sia sottopeso, normopeso, sovrappeso oppure obeso (Pace, 2017; Cole *et al.*, 2000).

I *cut off point* (Tab.1), sui valori dei percentili, di Indice di Massa Corporea (IMC), pertanto, vengono sviluppati sulla valutazione di un vasto campione multietnico (Brasile, Gran Bretagna, Hong Kong, Paesi Bassi, Singapore e Stati Uniti) e dividono, proporzionalmente, bambine e bambini in valori predittivi sopra e sotto misure particolari in età specifiche. In questo modo, i percentili si concentrano, in un approccio diagnostico più cauto, sulla fascia d'età 2-18 anni per entrambi i generi mentre agli *over 18* - considerati già all'inizio della fase matura della vita - si fanno corrispondere i valori di IMC 25 e 30

dell'adulto. La scelta di utilizzare i *cut off* dell'*International Obesity Task Force* (IOTF) rappresenta una referenza internazionale, con un taglio più "epidemiologico", al fine di comparare le diverse popolazioni pediatriche mondiali facendo riferimento al centile corrispondente alle soglie di sovrappeso e obesità già definite per gli adulti. Questi, tuttavia, non sono gli unici valori di riferimento che vengono utilizzati.

Tab. 1 – *Cut off points* per sovrappeso e obesità su genere ed età (2-18 anni)

Age (years)	Body mass index 25 kg/m ²		Body mass index 30 kg/m ²	
	Males	Females	Males	Females
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22.27	22.98	27.25	28.20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

Fonte: Cole *et al.* (2000, p. 4).

Nella diagnosi relativa all'eccedenza ponderale in età pediatrica, fondamentale, è anche la scelta delle curve di crescita che raffigurano l'incremento nel tempo dei parametri auxologici (peso, altezza, circonferenza cranica). Il periodo tra 5-7 anni e la pubertà si rileva tra i più delicati poiché in questa fase potrebbe svilupparsi il cosiddetto *adiposity rebound* (rimbalzo di adiposità), un fisiologico accrescimento dell'IMC. A seconda della modalità e della tempistica con cui procede, tale rimbalzo può aggravare l'obesità sul breve e sul lungo termine, qualora dovesse comparire già tra 4-5 anni (Pace, 2017).

Fino al 2006, la costruzione di curve antropometriche si basava su una semplice osservazione di "valori di riferimento" - in uno specifico contesto geografico, periodo di tempo, fattori positivi influenti - nella crescita di gruppi di bambini, in apparente buona salute. Tuttavia, tali valori si inserivano in un obiettivo ideale o almeno desiderabile di

“normalità” che non poteva uniformarsi né essere comparabile con le popolazioni pediatriche di diversi Paesi. L’Organizzazione Mondiale della Sanità, pertanto, ha deciso di pubblicare gli standard di crescita per bambini dalla nascita a 5 anni di età¹⁰. Essi si basano su un approccio prescrittivo ovvero su come i bambini potrebbero e dovrebbero crescere, se posti in un ambiente “ideale” al raggiungimento del loro potenziale genetico di crescita. Gli standard sono stati costruiti su bambini allattati al seno per almeno 6 mesi, con introduzione di alimenti complementari graduale e adeguata, collocati in ambienti salubri, senza limitazioni economiche familiari e con facile accesso a cure pediatriche, vaccinazioni, interventi preventivi. Nel 2007, poi, sono state integrate delle nuove curve di crescita, da 5 a 19 anni¹¹ - considerato il limite massimo di età dell’adolescenza - e nuovi valori soglia per la definizione dell’eccesso di peso relativo a questa specifica fascia d’età, rivalutando con diverso approccio statistico, anche i dati antropometrici del *National Center for Health Statistics* sulla crescita internazionale del WHO (1995).

È necessario sottolineare che, in linea generale, i valori soglia utilizzati dal WHO sono, complessivamente, più bassi di quelli utilizzati dall’IOTF e di conseguenza, a parità di IMC calcolato, la percentuale dei bambini in sovrappeso o obesi risulta più elevata nel primo caso rispetto al secondo.

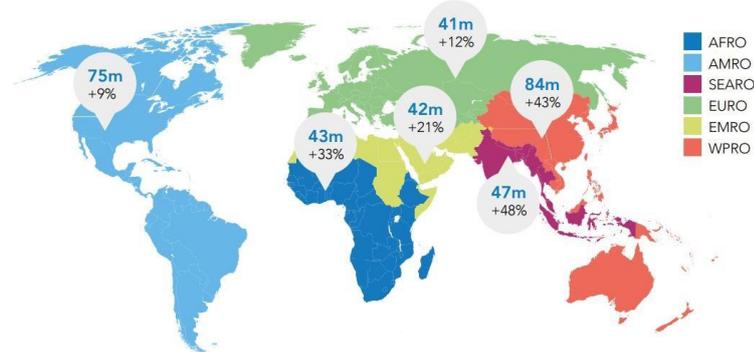
Soprattutto in età evolutiva, poi, è importante prendere in considerazione i vari aspetti dell’eziologia dell’obesità: endogeni (legati a specifiche patologie organiche che creano disfunzioni endocrine e metaboliche), esogeni (fattori ambientali e/o sociali) e psicogeni (nei quali un mezzo come il cibo viene utilizzato per attraversare una situazione di malessere psicologico) (Pace, 2017).

Date tali doverose premesse, possiamo affermare che l’obesità coinvolge, a livello mondiale, circa il 30% della popolazione di bambini e adolescenti (Longo, 2020; Hardin *et al.*, 2017). La tendenza al sovrappeso e all’obesità infantile, negli ultimi 40 anni, sembrerebbe aumentata di dieci volte: da 11 a 124 milioni in tutto il mondo mentre nella “Regione” Europea del WHO, la prevalenza dell’eccesso ponderale si attesta al 45% per i maschi e al 38% per le femmine nella fascia 7-9 anni (COSI, 2022; WHO, 2017).

¹⁰ Vedasi *Weight-for-length/height* <https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height>.

¹¹ Cfr. *BMI-for-age (5-19 years)* <https://www.who.int/toolkits/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>.

Fig.2: Numero di bambini 5-19 anni con sovrappeso o obesità nel 2016 e aumento della prevalenza dal 2010 al 2016



Fonte: WHO (2017, p. 1)

Ecco perché sovrappeso e obesità infantile sono una sfida prioritaria per la sanità pubblica che, come emerge pubblicamente alla *Conferenza sull'obesità* di Copenaghen nel 2002, predispone la popolazione pediatrica in tutti i Paesi del mondo - sia quelli ad alto che a basso reddito - ad enormi rischi evolutivi denotando un'urgente intervento sociale. Come si nota dalla Fig. 2, la crescita dell'IMC in bambini e adolescenti dai 5 ai 19 anni, nell'intervallo temporale dal 2010 al 2016, si è stabilizzata dal 9% al 12%, in molti Paesi ad alto reddito mentre ha, notevolmente, sortito un'accelerazione in alcune parti di Africa 33%, Medio Oriente 21% e Asia tra 43 e 48%. Percentuali di crescita, che mantenute costanti e invariate, avrebbero condotto, nel 2022, a stimare più bambini obesi che sottopeso (Longo, 2020; Ofori-Asenso *et al.*, 2016).

3.1. Il sistema Childhood Obesity Surveillance Initiative: i numeri della "Regione Europea"

Nel 2007, in seguito alle raccomandazioni emerse dalla Conferenza ministeriale europea del World Health Organization (WHO) sulla lotta all'obesità, tenutasi un anno prima a Istanbul, in Turchia, l'Ufficio regionale del WHO per l'Europa e 13 Stati membri hanno istituito il *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI). Si tratta di un sistema di indagine unico che ha lo scopo di misurare tendenze di sovrappeso e obesità tra bambini in età scolare residenti nella Regione Europea. In tal modo, gli Stati membri che vi aderiscono, adottano un sistema di sorveglianza armonizzato in cui monitorare il fenomeno dell'obesità infantile, raccogliere e fornire informazioni e sviluppare politiche di prevenzione su scala

sovranaZIONALE. L'indagine si basa su campioni rappresentativi di bambini delle scuole primarie tra 6 e 9 anni, vengono rilevate misurazioni standardizzate di peso e altezza integrate a indagini relative agli ambienti scolastici, alle abitudini alimentari e all'attività fisica. Le informazioni sono raccolte sulla base di questionari: 2 obbligatori - al bambino e alla scuola - e 1 facoltativo - alla famiglia. Gli Stati che vi aderiscono, attualmente 45, ma in crescita ad ogni ciclo di raccolta (*round*), fanno parte della più grande iniziativa di sorveglianza dell'obesità infantile al mondo (Breda *et al.*, 2021). Lo scopo del sistema COSI è quello, anzitutto, di uniformare, secondo un protocollo comune, il monitoraggio antropometrico di bambine e bambini in età evolutiva e aprire un confronto su scala sovranazionale per la costruzione di politiche alimentari e comportamentali, azioni di prevenzione e contenimento all'obesità infantile in Europa.

Attualmente, sono state eseguite raccolte negli anni scolastici 2007-2008 (I *round*), 2009-2010 (II *round*), 2012-2013 (III *round*), 2015-2017 (IV *round*) e 2018-2020 (V *round*)¹².

Dall'analisi dell'ultima indagine pubblicata (V *round*), che ha coinvolto circa 411mila bambine e bambini all'interno di 33 Stati, emerge uno scenario pediatrico europeo in cui vi è una prevalenza di sovrappeso maschile del 31% e femminile del 28% e di obesità maschile del 14% e femminile del 10%. Comune alla gran parte degli Stati partecipanti, la presenza di prevalenze maggiori nei maschi rispetto alle femmine e, per quei Paesi che hanno raccolto dati per più di un gruppo d'età, tassi in crescita con l'età ossia meno bambini sovrappeso o obesi nei 6 rispetto ai 9 anni (COSI, 2022).

Analizzando, poi, l'arco temporale in cui esiste la sorveglianza COSI, ossia dal 2007, nei soli Paesi che già allora erano presenti, si nota un gradiente nord-sud con livelli molto importanti in Europa meridionale.

Portogallo e Italia, due tra i Paesi fondatori del sistema COSI, saranno indagati in profondità in questa disamina. Al suo interno, tali Stati hanno ruoli focali: il Portogallo mediante il Centro Studi e Ricerche in Dinamica Sociale e Salute (CEIDSS)¹³ è il *partner* tecnico e strumentale del WHO ed è responsabile del trattamento, gestione e validazione

¹² Per ulteriori analisi [https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-\(cosi\)](https://www.who.int/europe/initiatives/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-(cosi)).

¹³ Per approfondimenti www.ceidss.com.

delle banche dati, mentre il *team* italiano dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)¹⁴ si occupa del coordinamento metodologico, della formazione preliminare all'uso del software statistico, della raccolta, analisi e comparazione dei dati.

Sebbene entrambi gli Stati abbiano, attualmente ancora elevate prevalenze di sovrappeso e obesità, guardando al *trend* I-V *round* nell'arco temporale di circa 13 anni, hanno ottenuto una significativa decrescita in termini di eccesso ponderale - sia sovrappeso che obesità - mettendo in campo strategie differenti per contenere stili di vita ed abitudini alimentari scorrette nei rispettivi Paesi (COSI, 2022; 2021; 2018; 2014).

3.1.1. Il caso del Portogallo

Negli studi sull'eccesso di peso in età pediatrica, in Portogallo, si sottolinea come questo Paese abbia una delle più alte prevalenze in Europa eppure, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ne elogia il modo *intelligente, coraggioso ed efficace* che, durante il corso del tempo, ha messo in atto per combatterla (WHO, 2021c; 2018a, Pires, 2020; Nações Unidas, 2020). Il Portogallo, infatti, ha costruito una strategia di "salute" trasversale a tutte le politiche che il WHO reputa fortemente allineata con le proprie linee guida e raccomandazioni. Ciò posiziona questo Paese a ruolo guida nella Regione europea su molte *best practices*.

Nel 2007, aderendo al COSI, il Portogallo - che non possedeva un sistema di controllo sanitario al sovrappeso e all'obesità - ha colto l'occasione per stabilire e sviluppare un solido meccanismo di sorveglianza a livello nazionale. Come si evince da Fig. 3, il territorio indagato comprende le cinque Amministrazioni Sanitarie Regionali Nord, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve e le due Direzioni Sanitarie Regionali di Madeira e Azzorre. Lo stato nutrizionale dei bambini 6-8 anni, all'interno di questo Paese è passato da 37,9% in sovrappeso e 15,3% in obesità del 2008 al 29,7% di sovrappeso e 11,9% di obesità del 2019. Un *trend* che si conferma importante ma in decrescita, nonostante la grave crisi economica vissuta in Portogallo in questo decennio, e che ha incontrato diminuzioni più marcate (fino a 10 punti in meno) nelle Azzorre e nella zona del Centro.

¹⁴ Cfr. www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/.

Fig. 3 – Regioni portoghesi coinvolte nell'indagine COSI Portugal



Fonte: Rito *et al.* (2021, p.9)

Osservando l'ambiente domestico emerge che la maggior parte dei bambini, 93,7%, fa colazione tutti i giorni prevalentemente con latte scremato o parzialmente scremato (71,8%). Quotidianamente viene assunta più carne (9,2%) rispetto al pesce (3,8%) e più frutta (63,1%) rispetto alla zuppa di verdure (57,3%). Durante la settimana, l'80% dei bambini consuma fino a 3 volte snack dolci (biscotti/dolci, torte, ciambelle), l'82,4% snack salati (patatine fritte, pasta sfoglia, popcorn) e, con la stessa frequenza, il 71,3% assume bibite zuccherate.

Poco più della metà dei bambini risulta iscritto ad una società sportiva e il 41,7% la frequenta da una a tre ore al giorno per settimana. Nei giorni feriali, il 68,4% trascorre da 1 a 2 ore in attività destrutturate mentre nei festivi per il 60,2% aumentano a tre o più ore. Quasi la metà dei bambini, nei giorni feriali, dedica circa 1 ora a giocare al computer o ai *devices* elettronici un tempo che aumenta tra 2 o più ore nel fine settimana.

Guardando all'ambiente scolastico, la gran parte delle scuole indagate organizza 90 minuti o più di lezione di educazione fisica e la quasi totalità anche attività ricreative all'aperto. Il 93,8% dispone di mense all'interno della scuola o nel cortile e l'81,3% include contenuti di educazione alimentare nel curriculum scolastico dei bambini delle primarie (Rito *et al.*, 2021).

A questa breve panoramica, si integrano una serie di iniziative guidate dallo Stato portoghese, dai professionisti del Servizio Sanitario Nazionale e delle parti interessate in materia. In particolare, tra le *best practices* che si intende analizzare vi sono: (1) la strategia integrata per la promozione dell'alimentazione sana; (2) la tassazione sulle bevande

zuccherate; (3) le restrizioni sulla pubblicità alimentare mirata ai bambini di età inferiore ai 16 anni e il piano per la riformulazione dei prodotti alimentari, (4) la presenza capillare sul territorio di parchi fitness urbani sia per adulti che per bambini.

Il 29 dicembre 2017, il governo portoghese adotta *La Strategia Integrata per la Promozione dell’Alimentazione Sana* (EIPAS - Estratégias Integradas para a Promoção da Alimentação Saudável), un provvedimento intersettoriale che, mediante 51 misure, mira a intervenire all’interno di 7 diversi ministeri - finanze, amministrazione interna, istruzione, salute, economia, agricoltura, silvicoltura e sviluppo rurale e mare - per promuovere un’alimentazione sana¹⁵. La strategia posta in essere, segue le Raccomandazioni contenute nel *European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020*¹⁶ e nel *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*¹⁷ e si fonda su 4 assi:

1. cambiare l’ambiente in cui le persone scelgono e acquistano il cibo modificando la disponibilità di cibo in determinati spazi fisici e favorendo la riformulazione di alcune categorie alimentari;
2. migliorare la qualità e l’accessibilità delle informazioni per consentire ai cittadini di fare scelte alimentari sane;
3. promuovere e sviluppare l’alfabetizzazione e l’autonomia dei consumatori;
4. promuovere l’innovazione e l’imprenditorialità nell’area della promozione di un’alimentazione sana.

È la prima volta che un approccio incorporato verso la “salute in tutte le politiche” viene accostato al tema della nutrizione e, cercando sinergie tra settori, mira ad evitare impatti dannosi per migliorarne la salute della popolazione e l’equità sanitaria (WHO, 2018a; EIPAS, 2018).

Tra le altre misure adottate, l’introduzione, dal primo febbraio 2017¹⁸, della tassazione sulle bevande zuccherate. Si prevede, per le bevande analcoliche e addizionate di zucchero

¹⁵ Per approfondimenti Diário da República, 2.ª série, n. 249 del 29 de dezembro de 2017. Disponibile in pdf: <https://files.dre.pt/2s/2017/12/249000000/2959529598.pdf>.rafforzata da un’ulteriore Legge n. 71/2018 del 31 dicembre sul Bilancio dello Stato 2019.

¹⁶ Cfr. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329405/9789289051231-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

¹⁷ Vedasi https://www.anses.fr/fr/system/files/02-childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

¹⁸ Preceduta da Legge n. 42/2016 del 28 dicembre 2017 sul Bilancio dello Stato 2017 e rafforzata da un’ulteriore Legge n. 71/2018 del 31 dicembre sul Bilancio dello Stato 2019.

o altri edulcoranti, un'imposta a 4 livelli di tassazione: 1 €/hl per bevande con contenuto zuccherino inferiore a 25 grammi per litro; 6 €/hl per bevande con gradazione zuccherina di 25 e 49 grammi per litro; 8 €/hl per bevande con gradazione zuccherina compresa tra 50 e 79 grammi per litro e € 20/hl per bevande con contenuto di zucchero pari o superiore a 80 grammi per litro. Da tale tassa, sono esenti latte, soia o bevande a base di riso, di cereali, mandorle, anacardi e nocciole e quelle considerate alimenti per esigenze dietetiche particolari o integratori alimentari, succhi e nettari di frutta, alghe o vegetali (PNPAS, 2019; Repubblica Portuguesa, 2018). A solo 1 anno dalla sua adozione, i dati preliminari di uno studio di valutazione del governo portoghese, rivelano come si sia verificata una riduzione dell'15,2% del contenuto calorico medio di questi prodotti e lo zucchero consumato nelle bevande sia diminuito di 5630 tonnellate. Non solo, nello stesso anno, la distribuzione di bevande ad alto contenuto zuccherino è passata da circa il 62% al 38% e vi è stata, conseguentemente, una riduzione anche del 7% nelle abitudini a questo tipo di consumo da parte dei giovani (Repubblica Portuguesa, 2018).

A questa impostazione vengono integrate, con la Legge n. 30 del 23 aprile 2019, alcune restrizioni, in materia di pubblicità di alimenti e bevande, rivolta ai bambini minori di 16 anni e un piano di riformulazione dei prodotti alimentari (DGC, 2019). Tali regole, vietano la pubblicità di prodotti contenenti alto valore energetico, sale, zucchero, acidi grassi saturi e acidi grassi trans negli istituti di istruzione pre-scolare, primaria e secondaria; nei cortili pubblici ed aperti al pubblico, entro un raggio di 100 metri dagli accessi ai suddetti luoghi, ad eccezione degli elementi pubblicitari affissi negli esercizi commerciali o mediante l'apposizione di marchi su mobili da terrazzo, tende da sole o segnaletica integrata nello stabilimento, nelle attività sportive, culturali e ricreative organizzate dalle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie (DGC, 2019). Il divieto si estende, poi, alla pubblicità all'interno di programmi televisivi e di comunicazione audiovisiva su richiesta e alla radio nei 30 minuti prima e dopo i programmi per bambini, programmi televisivi con un'audience minima del 25% sotto i 16 anni. Vieta, poi, l'inserimento di pubblicità durante le interruzioni radio e televisive, nelle sale cinematografiche, nei film con fascia d'età per ragazzi sotto i 16 anni, nei manifesti rivolti ai minori di 16 anni, su Internet, attraverso siti web, pagine o social network nonché in App mobili per dispositivi che utilizzano Internet quando i loro contenuti sono destinati a minori di 16 anni. Fuori da questi ambienti si

raccomandano pubblicità chiare e obiettive che non incoraggino al consumo del prodotto; non sminuiscano i non consumatori; non creino un senso di urgenza o di pressante necessità nel consumo; non trasmettano l'idea di essere, facilmente, acquisibili riducendone al minimo i costi; non trasmettano l'idea di beneficio nel suo consumo esclusivo o esagerato; non associno il consumo all'acquisizione di status, successo sociale, attitudini speciali, popolarità, intelligenza; non utilizzino figure, disegni, personaggi e mascotte relativi a programmi rivolti ai bambini; non comunichino caratteristiche di alimenti e bevande ad alto valore energetico, sale, zucchero, acidi grassi saturi e acidi grassi trasformati come benefici per la salute tralasciandone gli effetti nocivi (DGC, 2019). È attualmente in corso il primo studio della Direzione Generale della Salute portoghese per monitorare l'impatto che queste regole hanno su bambini e adolescenti da 3 a 18 anni. Lo studio prevede, per un periodo di quattro settimane, l'installazione di un'applicazione su dispositivi mobili, propri o che bambini e adolescenti usano di più, per monitorare e raccogliere dati sulla pubblicità digitale a pagamento a cui sono esposti durante la navigazione sui diversi social network e piattaforme (Casanova, Mixão, 2022; DGS, 2019).

Infine, un altro esempio che agisce sugli stili di vita, all'interno del contesto portoghese, è la capillare presenza di *fitness park* e *parque infantil* (Fig. 4) - spazi urbani *outdoor* dotati di attrezzature per la ginnastica per adulti e bambini segnalati anche su *google maps* in cui non solo si incentiva l'attività fisica con una cartellonistica che spiega come utilizzare gli strumenti ma la si supporta anche mettendo a disposizione un numero gratuito dedicato da contattare in caso di infortunio.

L'attenzione di questo Paese verso gli stili di vita dei bambini, infine, si rafforza, ogni anno, anche in occasione del *Dia das crianças* o giorno dei bambini. Il primo giugno molte iniziative "attive" gratuite sono rivolte ai bambini. Le scuole organizzano visite scolastiche in siti raggiungibili a piedi o momenti ricreativi all'aperto e i vari municipi, all'interno dei propri parchi, allestiscono molte attività motorie coinvolgendo bambini e adulti. Lo scorso giugno 2022, ad esempio, circa 800 bambini - abili e inabili - delle varie scuole del quartiere Benfica (Lisbona), sono state ospitate all'interno del famoso *Estádio da Luz*, il principale stadio di calcio della città di Lisbona, per una giornata all'insegna di sport, bodypainting e

animazioni¹⁹.

Fig. 4 – Parco infantile Quinta da Granja (Benfica, Lisbona)



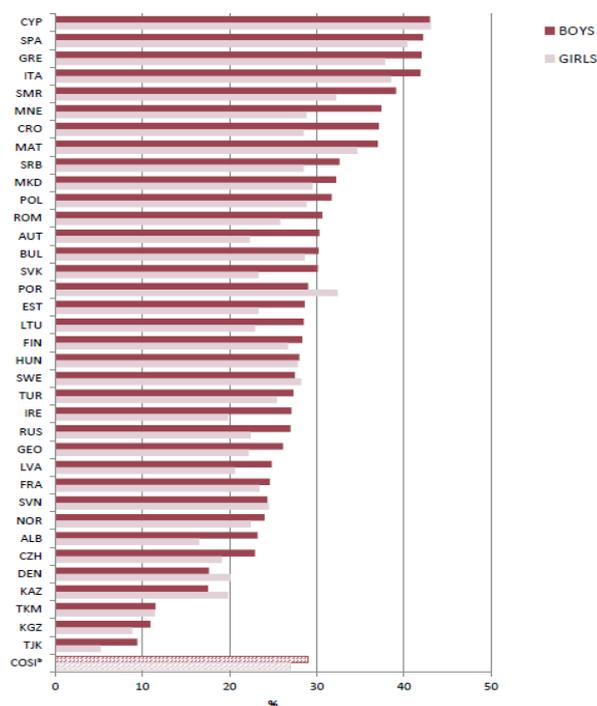
Fonte: Propria acquisizione

3.2. *La sorveglianza in Italia*

All'interno dell'iniziativa internazionale *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), l'Italia, mediante i ricercatori dell'Istituto Superiore della Sanità, vi partecipa, sin dal primo *round* (2007-2008), attraverso l'indagine *OKkio alla Salute*. Quest'ultima, è considerata l'osservatorio ufficiale sulla prevalenza di sovrappeso e obesità in Italia e nelle varie regioni. Inoltre, i report prodotti non solo delineano analisi nazionali e regionali ma anche delle varie aziende sanitarie locali. In questo modo, i dati permettono una comparazione a più livelli: europea, nazionale, regionale, locale per impostare attività di prevenzione e politiche, macro e micro, che supportino il contrasto al fenomeno. *OKkio alla Salute* - promosso dal Ministero della Salute e coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca è lo sguardo italiano del *Childhood Obesity Surveillance Initiative*. Dal 2007, si basa su indagini epidemiologiche, ripetute a cadenza regolare, su un campione "a grappolo" di 50.000 bambini tra 8-9 anni. I bambini vengono direttamente misurati (peso e statura) da operatori locali addestrati utilizzando bilancia e stadiometri standardizzati di elevata precisione.

¹⁹ Per ulteriori approfondimenti <https://www.slbenfica.pt/pt-pt/agora/media-list/gallery/2022/06/01/clube-dia-mundial-da-crianca-celebrado-no-estadio-da-luz>.

Fig. 5 – Prevalenza europea di sovrappeso e obesità tra maschi e femmine di 7-9 anni



Fonte: Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI, 2021, p. 13).

Lo scenario obesogeno, in età pediatrica, dalla prospettiva italiana è molto preoccupante: circa la metà della popolazione, infatti, non ha un peso compatibile con la salute. Le stime nazionali rilevano che la percentuale di bambini tra 8-9 anni sovrappeso si attesta al 20,4% mentre l’obesità intorno al 9,4% con numeri più elevati tra i maschi 9,9% rispetto alle femmine 8,8% (ISS, 2019). Con questi dati, i bambini italiani si collocano, a livello europeo, dopo Cipro, Spagna e Grecia, tra i paesi che detengono la più alta prevalenza di sovrappeso (inclusa obesità), tra il 38%-43% (Fig. 5), in entrambi i generi (COSI, 2021).

Al fine di approfondire, socio-epidemiologicamente, il fenomeno nazionale su sovrappeso e obesità, ci avvarremo dell’indagine europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, *Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*²⁰, delle prospettive

²⁰ Per correttezza interpretativa è necessario ribadire che COSI è uno studio europeo che permette di raccogliere informazioni sulla diffusione dell’eccesso ponderale nei bambini dai 6 ai 9 anni consentendo un confronto tra 45 paesi. Per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità, tale indagine utilizza un IMC, ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi al netto della tara dei vestiti e il quadrato dell’altezza espressa in metri. Per la definizione di sottopeso, normopeso, sovrappeso, obeso e gravemente obeso vengono utilizzati, i valori soglia per l’IMC desunti da Cole *et al.*, come consigliato dalla *International Obesity Task Force (IOTF)*.

nazionali delineate da *OKkio alla Salute*²¹ e dall'Indagine Multiscopo *Aspetti della vita quotidiana* di ISTAT²².

Concentrandoci sul quadro attuale, le cause di questi dati allarmanti, nella nostra Penisola, si rilevano, in primo luogo, in abitudini alimentari non corrette o inadeguate in termini di assunzione di carboidrati e proteine. Ad esempio, già a partire dal primo pasto giornaliero, l'8,7% dei bambini non fa colazione mentre il 35,6% la fa ma non in modo adeguato. L'equilibrio nella merenda di metà mattinata, poi, che dovrebbe contenere circa 100 calorie corrispondenti in pratica a uno yogurt, a un frutto o a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti, non viene rispettato nel 55,2% dei casi. Così come il consumo di almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura, fruite solo dal 5,7% dei bambini italiani e che, secondo le linee guida sulla sana alimentazione, sono fondamentali a garantire un adeguato apporto di fibre e sali minerali e a limitare la quantità di calorie introdotte (FAO *et al.*, 2020; WHO, 2015). L'assunzione giornaliera di bevande zuccherate e/o gassate che interessa il 25,4% dei bambini, il consumo di snack dolci per il 48,3% e di quelli salati per il 9,4% per più di 3 giorni a settimana, sono tutte abitudini da correggere. In secondo luogo, ciò che influenza la crescita di sovrappeso e obesità in Italia, è un livello di attività fisica che dovrebbe includere, anche non continuativamente, attività moderata o intensa ogni giorno, per almeno 1 ora, e che, al contrario, risulta staticamente sedentaria. La fascia 8-9 anni si avvicina a livelli di inattività²³ del 20,3% con un totale di ore trascorse davanti agli schermi (tv, tablet, videogiochi, smartphone) che eccedono i limiti raccomandati di 2 ore, con tassi del 44,5% (ISS, 2019).

Ciò significa che nell'analisi dei dati sono stati considerati sottopeso i bambini con un valore di IMC uguale o inferiore a 17 in età adulta ed è stato possibile, inoltre, calcolare la quota di bambini gravemente obesi, ovvero con un valore di IMC in età adulta pari o superiore a 35 (Cole *et al.*, 2012).

²¹ Per la definizione dello stato ponderale dei bambini, *OKkio alla Salute* si avvale dei valori soglia IOTF. Tuttavia, è necessario sottolineare che l'Italia per le sue comparazioni interne utilizza anche le curve del WHO. In tal senso alcuni valori interni potrebbero risultare superiori rispetto a quelli riscontrati utilizzando le soglie IOTF.

²² Tale indagine è condotta annualmente su un campione teorico di circa 24.000 famiglie, per un totale di oltre 45.000 individui in cui vengono resi accessibili dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (3-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale. Essa permette di avere informazioni biennali sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi tra diversi gruppi di popolazione, età, informazioni di tipo familiare e socio-economico, stili di vita secondo differenti aree geografiche. In questi dati, la prevalenza dell'eccesso di peso tra i minori è calcolata utilizzando i criteri IOTF. Tuttavia, i dati di peso ed altezza sono ottenuti tramite autodichiarazione e non tramite misurazione diretta dovendo fare attenzione ai problemi di sottostima e sovrastima del fenomeno. Per ulteriori approfondimenti Bologna, *op. cit.*

²³ Secondo l'indagine *OKkio alla salute* (ISS, 2019) sono inattivi bambini e bambine che non hanno svolto almeno 1 ora di attività fisica (strutturata e/o giocato all'aperto) il giorno precedente all'indagine.

Un ultimo indicatore da tenere in considerazione sono, poi, le differenze socio-economiche e il peso corporeo dei genitori. I dati sottolineano che, ad un basso livello di istruzione dei genitori, è associata una maggiore prevalenza di sovrappeso (COSI, 2022; 2021) e che il fenomeno è più diffuso tra i minori di sesso maschile (27,9% vs 23,1% delle femmine) con età 3-10 anni (32,5%) provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso (Bologna, 2020).

Fig. 6 – Trend di sovrappeso e obesità in Italia tra bambini di 8-9 anni



Fonte: Spinelli (2019, p. 9)

Sebbene nella comparazione sovranazionale, lo scenario sia drammatico, si possono notare lievi miglioramenti in decrescita, sul piano nazionale (Fig. 6). Geograficamente, la distribuzione di eccesso ponderale si spalma in zone territoriali, regionali o macro-aree, secondo un gradiente nord-sud con livelli più alti al Sud 34,1% e nelle Isole 28,4% rispetto al Nord-Ovest 20,0%, al Nord-Est 22,4% e al Centro Italia 23,9% (Bologna, 2020).

Un incoraggiante dato si riscontra nel fatto che, al crescere dell'età, il sovrappeso e l'obesità, in Italia, diminuiscano raggiungendo un valore minimo tra i 14-17 anni (Bologna, 2020). Le politiche di salute pubblica italiana, poi, attraverso sorveglianze, su scala europea e nazionale, cercano di studiare strategie, sempre più efficaci, in materia di prevenzione e promozione al “peso in salute”, in età pediatrica. Ciò supporta la creazione di progetti di educazione alimentare che diffondano consapevolezza e interconnettano bambini, famiglie, scuole, istituzioni politiche e sanitarie. Recentemente, un primo riconoscimento degli sforzi fatti in tal senso, è arrivato da uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2019a). Esso, analizzando il sistema sanitario italiano nella gestione all'obesità infantile, menziona la “strategia di rete” su più livelli di presa in carico dell'Emilia-

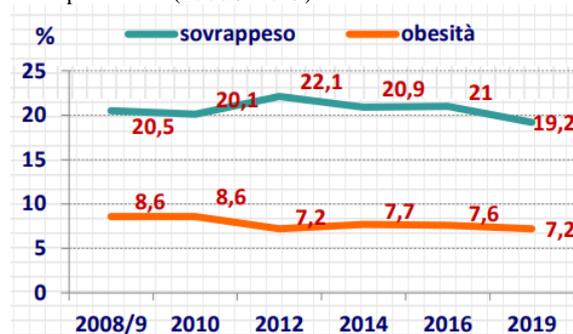
Romagna quale *country example* (WHO, 2019a). L'efficace approccio multicomponente orientato al bambino e allargato alla famiglia, il supporto di un team multidisciplinare qualificato e funzionale sono gli elementi che porteranno questa disamina a calarsi nel contesto regionale dell'Emilia-Romagna arrivando a focalizzarsi, ancor più nel micro, nell'area dove l'idea si è originata, ossia Rimini. In tal modo, si porranno le basi per indagare i fattori strutturali e le determinanti sociali di salute che facilitano, ostacolano e influenzano le scelte alimentari e gli stili di vita delle famiglie di bambini in età pediatrica e scolare.

3.2.1. I dati sul peso corporeo in Emilia-Romagna

L'Emilia-Romagna, è una regione amministrativa del nord-est Italia con una popolazione infantile al 19,2% in sovrappeso (di cui 21% femmine e 17,5% maschi) e obesa al 7,2% (di cui femmine 6,2% e maschi 8,2%).

Un andamento regionale che, come si nota in Fig. 7 è, pressoché, stabile dalla rilevazione del 2008/2009 nonostante i lievi ma positivi miglioramenti (SSR, 2019; 2008).

Fig. 7 – Confronti con gli anni precedenti (2008/9-2019)



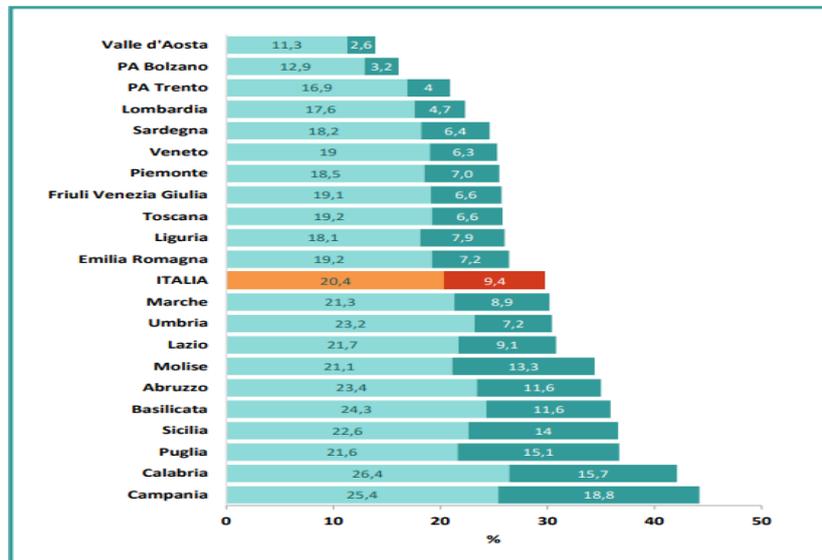
Fonte: Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna (SSRER, 2019b, p. 2)

Tuttavia, in una prospettiva comparativa nazionale (Fig. 8) se la tendenza da un lato risulta di poco inferiore alla media nazionale (sovrappeso 20,4% e obeso/gravemente obeso 9,4%) dall'altro si colloca ad un livello «*troppo elevato, in confronto all'andamento percentuale delle regioni del nord*» (SSRER, 2019a, p. 54).

Oltre a inserirsi in una posizione intermedia all'interno del gradiente Nord-Sud, è

necessario considerare che da un punto di vista socio-culturale, l'Emilia-Romagna, è tra le regioni italiane, che possiede tra le più variegata, altamente caloriche e importanti tradizioni culinarie. La Regione è, al contempo, molto fertile nell'offrire opportunità motorio-sportive da praticare a più livelli di professionalità.

Fig. 8 – Sovrappeso e obesità per Regione (%) nei bambini di 8-9 anni



Fonte: Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna (SSRER, 2019a, p. 13)

Focalizzandoci sull'alimentazione e sugli stili di vita, le percentuali di alcuni *items* rivelano uno scenario composto ancora da scorrette abitudini alimentari, da una tendenza alla sedentarietà ma, al contempo, grandi potenzialità per ribaltare tale andamento.

Tra i comportamenti alimentari che incidono in negativo sui bambini: la colazione sbilanciata in termini di carboidrati e proteine per il 36%, il consumo quotidiano di bibite zuccherate e/o gassate per il 24%, il consumo frutta e/o verdura meno di due volte al giorno per il 53% e quello di snack dolci più di tre giorni a settimana per il 51%. Il 16%, poi, risulta inattivo, in miglioramento rispetto al 27% del 2008, ma in peggioramento rispetto al 10% del 2014 e al 13% del 2016. Tale andamento, viene contestualizzato anche realizzando che il 31% dei bambini possiede la TV nella propria camera da letto e il 40% trascorre più di 2 ore al giorno davanti a TV e/o videogiochi/tablet/cellulare (SSRER, 2019a). Altre correlazioni importanti da sottolineare, con riguardo all'obesità, sono in 1 caso di eccesso ponderale infantile su 3, la presenza di almeno un genitore in sovrappeso e

una percezione sbagliata sullo stato nutrizionale dei figli per 7 genitori su 10 e sugli stili di vita per 3 madri su 5. Tuttavia, se il livello di istruzione più elevato corrisponde ad un relativo aumento della consapevolezza, si possono ben sperare progressi futuri. Infatti, la percentuale di genitori con un'istruzione pari o superiore al diploma si attesta al 77,1% (di cui 45,7% diplomati e 31,4% laureati) (SSRER, 2019a).

Nonostante i numeri ancora elevati, sono da notare, poi, lievi miglioramenti, comparando alcuni *items* sia alla media nazionale che all'evoluzione regionale, nel corso del tempo. Più specificatamente, il 46% dei bambini emiliano-romagnoli consuma una merenda di metà mattina abbondante e, quindi, non adeguata contro il 58,8% del valore nazionale, un *trend* regionale decisamente migliorato dal 2008 quando si attestava intorno all'80% (ISS, 2019; SSRER 2019a; 2016; 2014; 2008). Questo dato rivela, probabilmente, anche la crescente importanza che la Regione Emilia-Romagna ha dedicato a progetti di educazione alimentare in collaborazione con l'Unione Europea quali *Frutta e verdura nelle Scuole*²⁴ e *Latte nelle Scuole*²⁵ che, in alcuni periodi dell'anno, sostituiscono, con frutta, latte fresco, yogurt (anche delattosati) e formaggi, la merenda di metà mattinata fornita dalle famiglie.

A questa impostazione, è necessario coadiuvare un grande potenziale della Regione volto a limitare i casi di obesità sempre a partire dalle scuole ossia la presenza al 91% di mensa che, già a partire dagli anni Novanta, si confronta con un'offerta, per la gran parte, bio-sostenibile e a km zero. Tali politiche, si stanno rivelando, progressivamente, proattive e in grado di offrire non solo qualità ed efficienza ma anche supporto alle famiglie tanto che, negli ultimi anni, il rapporto dell'Osservatorio sulle mense scolastiche Foodinsider.it²⁶ il più importante sul territorio - che monitora l'equilibrio delle diete proposte a scuola e l'evoluzione del sistema di ristorazione nei vari Comuni d'Italia vede alcune città dell'Emilia-Romagna tra i primi classificati. Tra queste, Rimini, a partire dal 2016/2017, si colloca tra i primi posti.

²⁴ Cfr. *Programma destinato alle scuole Frutta e verdura nelle scuole. Impariamo la lezione: sono buone, fanno bene!* Disponibile al sito: <http://www.fruttanellescuole.gov.it/home>.

²⁵ Vedasi *Latte nelle scuole*. Disponibile al sito: <https://www.lattenellescuole.it/>.

²⁶ Per approfondimenti consultare il sito internet <http://www.foodinsider.it/> alla sezione "Classifica Menu".

3.2.2. I dati sul peso corporeo a Rimini

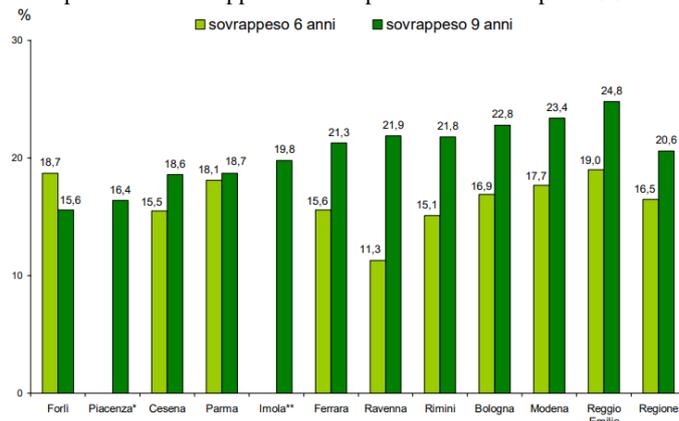
All'interno della Regione Emilia-Romagna, e, avvicinando il focus nell'area della riviera romagnola, Rimini rappresenta il caso studio che si analizzerà in profondità. In base ai dati diffusi dell'Istituto Superiore della Sanità in collaborazione con l'Azienda regionale sanitaria di riferimento²⁷ (Figg. 9 e 10) (SSRER, 2006), vanterebbe un sorprendente miglioramento in relazione all'epidemiologia di obesità infantile. Nello specifico, in poco più di 10 anni, Rimini, si attesta tra le città della Romagna, che ha avuto un eccezionale inversione di tendenza: dall'essere considerata la "maglia nera" dei dati a divenire una città virtuosa rivolgendo una grande attenzione agli stili di vita e al *Wellness*²⁸, alle abitudini alimentari proprio con uno sguardo rivolto ai bambini e alle scuole e a promuovere un percorso clinico assistenziale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso, esportato non solo in tutta la Regione ma, come già accennato, considerato un esempio di buone pratiche europee dal WHO (2019a).

Al fine di ragionare su un piano micro-settoriale, in relazione alla comparazione tra città romagnole, si utilizzerà il quadro presentato dalle figg. 9 e 10 che emerge dai dati della prima sorveglianza condotta tra Aziende sanitarie della Regione nel 2003 e nel 2005 con questionari rivolti a famiglie e bambini di 6 e di 9 anni (SSRER, 2006). L'analisi numerica, definisce il punto di partenza, in termini di eccesso ponderale, in cui si collocava Rimini rispetto alle altre città romagnole misurate (Forlì, Cesena, Imola, Ravenna). Le percentuali di prevalenza, rispetto alle città romagnole riportate, sono effettivamente tra le più alte: è in sovrappeso il 36,9% (di cui 15,1% tra i 6 anni e 21,8% tra i 9 anni) ed è obeso il 22% (di cui il 10,4% nei 6 anni e l'11,6% nei 9 anni).

²⁷ Si tratta di un progetto di Sorveglianza Nutrizionale (2006) che l'Azienda Regionale ha messo in campo, in modo autonomo campionando le abitudini alimentari dei bambini e delle bambine allo scopo di avere indicazioni utili a programmare interventi di prevenzione dei "disordini" alimentari. Per correttezza interpretativa l'indagine è stata condotta in intervalli temporali differenti coinvolgendo bambini che avevano 6 anni nel 2003 e 9 anni nel 2005. Ogni bambino è stato misurato singolarmente da operatori addestrati. Per la definizione di sovrappeso e obesità sono stati utilizzati i *cut-off* internazionali di IMC proposti da Cole *et. al.*

²⁸ La parola *Wellness* viene qui inserita con la lettera maiuscola per alludere sia al "benessere" come stile di vita attivo che alla più grande kermesse al mondo dedicata a fitness, benessere, sport, cultura fisica e sana alimentazione che si svolge ogni anno, proprio a Rimini.

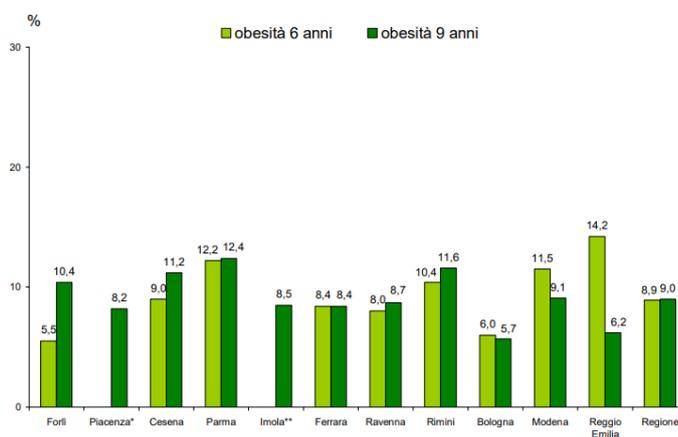
Fig. 9 – Grafico prevalenza sovrappeso distinta per fascia di età e per AUSL



*PIACENZA partecipa al progetto solo per i 9 anni ** IMOLA per i 6 anni partecipa al progetto con Bologna

Fonte: Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna (SSRER, 2006, p. 20)

Fig. 10 – Grafico prevalenza obesità distinta per fascia di età e per AUSL



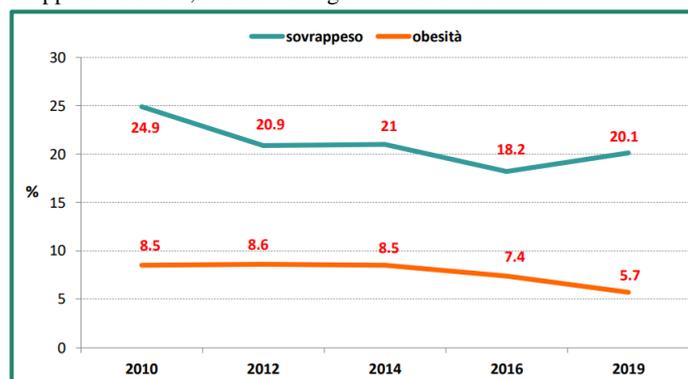
*PIACENZA partecipa al progetto solo per i 9 anni ** IMOLA per i 6 anni partecipa al progetto con Bologna

Fonte: Ibidem

Con l’inizio delle indagini, su scala nazionale, e l’ingresso nel sistema europeo *Childhood Obesity Surveillance Initiative*, si amplia, poi, la panoramica sull’eccesso ponderale, a livello macro-regionale. A tale scopo, si prenderanno in considerazione i dati raccolti nell’ambito di Rimini delle rilevazioni di *OKkio alla Salute* (AUSLR Rimini, 2019; 2016) dal 2010 al 2019.

Come si nota dalla Fig. 11, il *trend* di sovrappeso e obesità nell’area di Rimini risulta in progressiva decrescita: dal 2010, si è passati da tassi di obesità intorno all’8,5% sino ai recenti 5,7% mentre per il sovrappeso si è passati dal 24,9% del 2010 al 20,1% del 2019.

Fig. 11 – Trend sovrappeso e obesità, AUSL Romagna – ambito di Rimini



Fonte: Azienda USL della Romagna Ambito di Rimini (AUSLR Rimini, 2019, p. 14)

La prevalenza resta maggiore tra i maschi (8,2% nel 2016 e 7,5% nel 2019) rispetto alle femmine (6,3% nel 2016 e 3,9% nel 2019) mentre il sovrappeso resta maggiore nelle femmine (22,6% nel 2016 e 24,7% nel 2019) rispetto ai maschi (14,6% nel 2016 e 15,4% nel 2019) (AUSLR Rimini, 2019; 2016).

Tra gli *items* che influenzano i livelli di sovrappeso e obesità, nell'area riminese, oltre alle differenze di genere, ne emergono anche in relazione alla zona geografica di abitazione, al livello di scolarità e allo stato ponderale dei genitori. Ad esempio, la percentuale maggiore di bambini non attivi vive al 28% in aree geografiche >50.000 abitanti mentre la scolarità elevata conduce anche ad una migliore percezione di sovrappeso e obesità da parte del genitore. Inoltre, quando almeno uno dei due genitori è in sovrappeso, il 22% dei bambini risulta in sovrappeso e il 3% obeso mentre se almeno un genitore è obeso il 38% dei bambini è in sovrappeso e il 17% obeso (AUSLR Rimini, 2019). Tuttavia, possiamo trovare margini, potenziali, di miglioramento se osserviamo i valori socio-economici delle famiglie riminesi: il 48,9% possiede un diploma superiore, il 28,5% una laurea e gli occupati (part-time o full-time) sono 70,9%.

Per ciò che concerne le abitudini alimentari non corrette si sottolinea che il 37% dei bambini e delle bambine, tra 8-9 anni, non fa una colazione adeguata e il 40% non mangia una merenda di metà mattina adeguata. Le bevande zuccherate e/o gassate restano uno dei comportamenti che non favoriscono una crescita armonica e predispongono, fortemente, all'aumento di peso nel 23% dei casi. Da sottolineare, invece, un dato significativamente positivo, con la diminuzione di bambini che consumano poca frutta e/o verdura al giorno (meno di 2 porzioni al giorno). In particolare, si è passati dal 91% di bambini che attuava

tale pratica, nel 2016, al 54% nel 2019.

Se la natura dei bambini li conduce a svolgere attività fisica, lo stile di vita moderno favorisce, al contrario, la sedentarietà (Aggio, Smith *et al.*, 2016; Prati, Pietrantoni, 2012). Questo viene confermato, nell'area riminese, in cui non solo il *trend* di inattività passa dal 42% del 2010 al 41% del 2019 ma si nota anche un peggioramento, nel lungo e nel breve termine, nel tempo che i bambini trascorrono davanti al televisore o ai videogiochi, tablet, cellulare: per più di 2 ore al giorno per il 38% nel 2010, per il 40% nel 2016 e per il 47% nell'ultima rilevazione del 2019 (AUSLR Rimini, 2019; 2016).

Lo sfondo socio-epidemiologico, sebbene faccia emergere dati ancora importanti sui livelli di sovrappeso e obesità attuale, ha comunque un andamento che ha saputo segnare ampi miglioramenti sul lungo termine e una progressiva, ma più lenta decrescita, nel breve termine. Tale scenario, è frutto di un lavoro condiviso che sta approcciando il problema da diversi punti: dal lato informale e formale, da quello istituzionale e assistenziale, nella relazione adulto-bambini. Questo sarà il micro-terreno d'azione da cui si svilupperà l'indagine empirica e da cui si manterrà il confronto a livello macro regionale, nazionale e sovranazionale.

CAPITOLO 3

L'OBESITÀ ALL'INTERNO DELLA SOCIOLOGIA.

LE PROSPETTIVE PRINCIPALI

L'obesità all'interno della sociologia è stata analizzata lungo diverse prospettive teoriche. Una visione, di taglio più psico-sociale che sociologico, vede l'obesità come un fenomeno sociale lungo la direzione politica neoliberista del mondo occidentale. Tale prospettiva è caratterizzata da un'enfasi sulle opportunità del fare (auto)responsabilmente, anche in materia di salute, corpo e benessere, in cui non sono esenti bambini e adolescenti (Rose Spratt, 2021; Favretto, Zaltron, 2020; Gabe, Cardano, Genova, 2020; Lupton, 2018). Il cittadino responsabile è libero di scegliere, se impegnarsi o meno, di adottare stili di vita salubri in un sistema di libero mercato che accentua le diseguaglianze e lo incoraggia a consumare più beni di quelli di cui ha bisogno. In tal senso, l'espandersi dell'obesità viene considerata come il fallimento, anche morale, del controllo delle traiettorie di vita da parte di individui responsabili e informati. E per questo, spesso, considerati maggiormente colpevoli di non saper mitigare i rischi ad essa legati (Gabe, Cardano, Genova, 2021; Lupton, 2018).

A partire da queste premesse, si tratterà l'obesità come fenomeno dalle cause molteplici la cui eziologia verrà spiegata mediante approcci di tipo analitico e ideale non mutuamente esclusivi ma tra loro interdipendenti.

L'obesità, all'interno della sociologia, può essere esplorata tramite un percorso in cui si relazionano processi biologici e sociali, spesso in tensione tra loro, spiegati mediante approcci di tipo realistico e/o costruzionista (Patterson, Johnston, 2012; Guthman, DuPuis, 2006; Crossley, 2004). Se la letteratura realista, interpreta l'obesità a partire dal discorso medico orientando la discussione sulla consapevolezza individuale, pubblica e del rischio;

quella costruzionista, spiega la diffusione dell'obesità come conseguenza di determinati valori culturali storicamente radicati e socialmente costruiti (Patterson, Johnston, 2012; Poulain, 2008).

L'interesse, in questo percorso di ricerca, verso l'eccesso ponderale, già in età pediatrica, privilegerà il focus realista. Esso è ritenuto utile per meglio cogliere il modo in cui i fattori strutturali sociali impattano sullo sviluppo futuro della persona. Tuttavia, si ritiene importante sottolineare che, in un'ottica interdisciplinare, per delineare un quadro di una *sociologie pour l'obésité* completo (Poulain, 2009; 2008) sia necessario prendere in considerazione anche le riflessioni dei teorici costruzionisti (Patterson, Johnstone, 2012). Proveremo, a tale scopo, a offrire un "silos" teorico di posizioni con la consapevolezza che, in questo quadro, non si miri a presentare, necessariamente, una teoria definitiva sull'obesità o unire la vasta gamma di metodologie utilizzate. Si desidera, invece, gettare un ponte mettendo in luce le intuizioni offerte sia dalla cornice realista che da quella costruzionista-considerando i loro confini - al fine di confutare le concettualizzazioni dominanti che offrono resoconti sull'obesità. In sintesi, verranno analizzate le seguenti prospettive:

- a) approcci biologico-evolutivi;
- b) il mutamento degli stili di vita;
- c) la *political economy* delle industrie alimentari;
- d) le diseguaglianze sociali di salute;
- e) la costruzione sociale, politica, culturale del corpo;
- f) la medicalizzazione del peso;
- g) la rappresentazione sociale del corpo.

1. La cornice teorica realista

Il *frame* teorico "realista", supportato dal campo di medicina, epidemiologia e salute pubblica, illustra quella che, ad oggi, viene considerata la prospettiva dominante sull'obesità (Patterson, Johnston, 2012; Stevens *et al.*, 2006). L'obesità viene così, anzitutto, letta attraverso la letteratura medica emergendo come un problema sociale dalle cause multifattoriali. Dal comportamento umano alla variazione genetica, i diversi studiosi di

questo orientamento hanno posto attenzione ai legami causali che influiscono sull'emergere e il diffondersi dell'obesità spostando il focus talvolta più sugli stili di vita, talaltra più sui determinanti sociali di salute (Genova, Terraneo, 2020; Patterson, Johnston, 2012). Dalla letteratura economica e politica, poi, la prospettiva si espande anche verso aspetti di produzione e distribuzione che influenzano il consumo delle persone in relazione all'ambiente e al loro posizionamento in tale contesto (Patterson, Johnston, 2012; Paarlberg, 2010). Qui di seguito, si propongono alcune teorie che spiegano le cause dell'obesità in questa chiave di lettura "realista".

1.1. Approcci biologico-evolutivi

In una prospettiva (epi)genetica (Conti, 2021) e di *life course* (Cappellato, Moiso, 2020), il dialogo tra geni e ambiente può determinare il corso evolutivo dell'individuo. In particolare, alcune stime riportano che la genetica inciderebbe per il 25% sul rischio obesità (Zenti, 2022).

I geni, già prima della nascita, interagendo con l'ambiente intrauterino, possono determinare il corso evolutivo del neonato (Gluckman, 2004). Più specificatamente, osservando le condizioni di salute e nutrizione della madre, nel periodo della gravidanza, se ne possono delineare i possibili rischi di mortalità e di malattie metaboliche dei figli (Kapoor, 2021; Barker 2007; Lucas, 1999; 1991). I geni, poi, possono appartenere ad un patrimonio che, per mezzo della selezione naturale, in millenni di storia, ha premiato categorie di individui più capaci di immagazzinare grassi e calorie utili a far fronte a periodi di carestia. Individui che, adattandosi, sono evolutivamente portati alla ritenzione del grasso attraverso il cosiddetto "gene risparmiatore" (Lev-Ran, 2000; Neel, 1962) ma i cui corpi si scontrano con stili di vita e condizioni ambientali che sono mutate a favore di abbondanza e sedentarietà (Sullivan 2010, Popkin 2009). L'espressione dei geni, inoltre, non è immutabile e, nel neonato, può modellarsi all'interno dei cosiddetti "primi mille giorni". Le esperienze che la madre fa vivere al suo bambino, infatti, possono modificare non solo l'attività del DNA ma anche i comportamenti associati a determinati geni. L'allattamento è la pratica protettiva più importante, in tale lasso temporale, per la riduzione del rischio di obesità infantile (Rito, Buoncristiano *et al.*, 2019; Ortega-García *et*

al., 2018; Lester *et al.*, 2018; Butte, 2001).

Con la consapevolezza di non riuscire, in questa sede, a descrivere in maniera esaustiva i molteplici aspetti che della genetica e dell'epigenetica²⁹ si legano all'eccesso ponderale, ci si soffermerà su aspetti che si sono ritenuti, particolarmente, rilevanti e trasversali alla sociologia. In questa ottica, verranno analizzate le ipotesi biologico-evolutive che sono state correlate al tema dell'obesità: la *thin-fat baby syndrome* (la sindrome del neonato magro-grasso o programmazione fetale), l'ipotesi del *thrifty gene* (o gene parsimonioso) e l'allattamento al seno.

1.1.1. Thin-Fat baby syndrome: una “fame” fetale

Nel 1992, il medico ed epidemiologo inglese David Barker (Hales, Barker, 2013), in uno studio longitudinale, osserva che i bambini con basso peso alla nascita sembrano, particolarmente, soggetti a obesità, diabete, malattie cardiache e altri disturbi metabolici nella vita adulta. L'*ipotesi Barker*, che verrà più avanti da Yajnik e colleghi (2003) definita anche *thin-fat baby syndrome*, analizza il feto, in via di sviluppo, in relazione ad ambiente (intra ed extra uterino) e alla madre.

Durante e prima della gravidanza, una nutrizione adeguata ha un ruolo fondamentale su decorso ed esito della gravidanza ma anche sulla prevenzione di gran parte delle patologie materno-fetali. Studi sperimentali sul tema, sottolineano come la malnutrizione fetale, in termini qualitativi e quantitativi, possa predisporre allo sviluppo, tra gli altri, dell'obesità infantile (Kapoor, 2021).

Nelle osservazioni di Barker, in particolare, un feto denutrito inizia a comportarsi in modo parsimonioso per sopravvivere. Un feto in via di sviluppo carente di un equilibrato nutrimento, comincerà, infatti, ad allocare energia lontano dal pancreas - organo indispensabile per il funzionamento del sistema digerente - a favore dello sviluppo di altri organi e tessuti, come il cervello. A seguito di tali modificazioni endocrino-metaboliche

²⁹ In biologia, la genetica studia i geni e i meccanismi di ereditarietà mentre l'epigenetica è una moderna branca della genetica che si occupa di comprendere la modificazione nell'espressione genica causata dalla relazione con l'ambiente (alimentazione, attività fisica, aria, condizione psico-emotiva). Cfr. Conti, 2021; Clodoveo, 2018.

intrauterine, però, se l'alimentazione extrauterina migliorerà nell'arco della vita e diverrà, addirittura, "abbondante", si originerà una discrepanza tra l'ambiente in cui il feto si è formato e quello in cui si è evoluto dopo la nascita. Il pancreas, sviluppato da un feto parsimonioso, pertanto, non avrà imparato ad esempio a trasformare il glucosio in energia e sarà più soggetto a sviluppare malattie metaboliche tra cui l'obesità, anche sul lungo termine. Alcuni studi che analizzano tali anomalie intrauterine, rilevano che il fenotipo *thin-fat* (magro-grasso) nei neonati nati molto magri, in termini di massa scheletrica, si associa anche a una disequilibrata distribuzione del grasso corporeo, una ridotta tolleranza al glucosio e un'elevata pressione sanguigna diastolica, già nella seconda decade di vita (Kuriyan *et al.*, 2020; Yajnik *et al.*, 2003). Da questa ipotesi, il biologo Jonathan Wells (2011), espandendo l'analisi, parla di "previsione meteorologica". Ciò spiega come il feto, davanti a periodi "critici" rallenti la divisione cellulare in modo da riservare l'energia disponibile alla sopravvivenza, utilizzando alcuni segnali come quelli nutrizionali dell'ambiente intrauterino per "prevedere" la tipologia di ambiente che incontrerà nella prima infanzia e programmare la struttura e il funzionamento di organi e metabolismo.

In un'ottica biologico-evolutiva, la fame "fetale" prepara il sistema metabolico alla parsimonia se avverte una inadeguata alimentazione, durante la vita intrauterina, a partire dall'organogenesi. Tuttavia, potrebbe accadere che la risposta del neonato ai cambiamenti strutturali e fisiologici, possa essere segnata da una reazione di fame "inesauribile" o anche di disequilibrata assimilazione del cibo che spiegherebbe la relazione tra bambini con basso peso alla nascita e inclinazione all'obesità, in età infantile, che spesso persiste in età adulta (Barker, 2007).

L'importanza della programmazione fetale, quindi, sottolinea come le condizioni gestazionali possano incidere, in modo importante, sulla salute, del bambino (nel breve termine) e dell'adulto (nel lungo termine), mediante effetti che, legandosi ai fattori contestuali e strutturali, potrebbero incidere sulla sua salute in modo permanente (Kuriyan *et al.*, 2020).

1.1.2. Thrifty gene: un'ingombrante eredità genetica

Il genetista americano James Van Gundy Neel (1962) - e in seguito altri suoi colleghi -

indaga come il genoma umano, l'insieme del patrimonio genetico che caratterizza ogni organismo vivente, possa includere geni a rischio per patologie che esordiscono in età adulta.

Affrontando il tema dell'obesità, secondo una spiegazione evolutiva, viene ipotizzato che la tendenza ad acquisire peso sia un tratto adattivo dei geni codificatori del deposito di energia che da vantaggiosi sono diventati incompatibili, con lo stile di vita contemporaneo. L'ipotesi *thrifty-gene* - genotipo parsimonioso - altrimenti detta anche “sindrome dell'alterazione della omeostasi genetica”, “sindrome da civilizzazione” o “sindrome da alterazione dello stile di vita” (Kapoor, 2021), si basa sul presupposto che l'evoluzione della specie umana sia avvenuta in condizioni di duro sforzo fisico per la ricerca di viveri. A questo si sono alternate, nelle varie aree geografiche e continenti, carestie e periodi di siccità. Se guardiamo alle diverse epoche, infatti, la storia è piena di momenti di assente o diseguale prosperità e l'evoluzione genetica si associa all'adattamento e alla sopravvivenza, degli esseri umani, regolata su questi momenti.

In linea con il pensiero del biologo Ernst Mayr (1994), l'evoluzione è il frutto della selezione di una caratteristica genica che è risultata molto vantaggiosa per una specie tramandandola, ripetutamente, nel corso della selezione naturale. Non solo, la capacità di compensare periodi di digiuno o di scarsità, garantendo la sopravvivenza, è una caratteristica ubiqua alle specie e agli organismi. Il gene parsimonioso, infatti, era già presente negli organismi unicellulari - che possiedono i nostri stessi meccanismi di ereditarietà e metabolismo energetico - centinaia di milioni di anni prima della comparsa di uomini e mammiferi così come negli animali, specie quelli che migrano o vanno in letargo. Esso attivava un meccanismo tale per cui, in un periodo, si mangiava a sazietà e si accumulava grasso per far fronte al periodo in cui lo stato metabolico era meno attivo.

Negli esseri umani, il grasso - che può essere accumulato e codificato parsimoniosamente per restituire energia quando necessario - si deposita, naturalmente, nell'adipe viscerale, situata tra gli organi interni. Il meccanismo, tuttavia, si è “inceppato” e può predisporre all'obesità, specie in quella parte di mondo, dove l'individuo, non avendo più bisogno di “riserve di grasso”, continua ad accumularne (Lev-ran, 2000; Rouche, 1987). I geni, non riconoscendo questa variazione, continuano a stimolare il *thrifty-gene* che lavora come se si stesse preparando ad un periodo di carestia, di fame o di digiuno alimentare.

Si sottolinea, come tale ipotesi sia stata criticata poiché non in grado di spiegare l'eterogeneità dell'obesità tra e all'interno delle popolazioni. Prentice (2006), che analizza socio-evolutivamente la questione, sostiene che la pressione selettiva non sia stata “sempre presente”. Secondo l'autore, si tratta di un fenomeno recente. Nei 10.000 anni circa dall'avvento dell'agricoltura, infatti, è possibile che non ci sia stato tempo sufficiente perché i geni parsimoniosi raggiungessero per tutti, gli esseri umani, la fissazione. Inoltre, vi è, in tal senso, una differenza importante, osservando le differenti tipologie di società, presenti in epoca arcaica. Le famiglie di cacciatori-raccoglitori, infatti, riuscivano, certamente meglio, rispetto a quelle agricole, a utilizzare fonti di cibo alternative quando incontravano difficoltà ambientali e, quindi, ad essere meno soggetti a stimolare l'ipotesi parsimoniosa dei geni.

Osservare la parsimonia del gene, quindi, necessita cautela. In un'ottica di biologia positiva (Loos, Yeo, 2022; Farrelly. 2012), è utile considerare tali geni, quindi, con l'obiettivo di comprendere come essi dialoghino con l'ambiente circostante e coglierne, nelle varie situazioni, gli aspetti sociali in relazione a sovrappeso e obesità.

1.1.3. L'allattamento al seno: uno scudo fondamentale

All'interno del percorso biologico-evolutivo intrapreso, se la capacità di immagazzinare energia è universale, la riproduzione differisce in base al genere. Il grasso corporeo e il bilancio energetico influiscono su fertilità, cicli ovarici e gestazione (Genné-Bacon, 2014). L'adipe, nelle donne, si è adattata, naturalmente, a depositarsi nelle mammelle e nella parte inferiore del corpo al fine di “allevare” il neonato. Quando le donne divennero bipedi, infatti, la pressione selettiva favorì coloro che avevano sviluppato mammelle di dimensioni superiori, come indice di fertilità, e, di conseguenza, predisposizione ad allattare. Nelle società primitive, infatti, l'allattamento al seno richiedeva tra 500-1000 kcal al giorno e durava fino ai 3-4 anni ossia fino al momento in cui il bambino era in grado di camminare e seguire la tribù alla ricerca di cibo (Kapoor, 2021).

La predisposizione biologica del corpo delle donne, insieme all'allattamento al seno, si lega a doppio filo con la modulazione dell'espressione genica del bambino. L'allattamento è, infatti, un mezzo, universalmente accettato, per la nutrizione del neonato. Ha effetti sulla

salute, la sopravvivenza, la crescita infantile, lo sviluppo cognitivo. Esso, inoltre, risulta, specie nei primi anni “critici” di vita, un fondamentale “scudo” per lo sviluppo del bambino, per la sua necessaria nutrizione, per la protezione dalle infezioni allontanandolo dal rischio di esposizione all’obesità (Verduci *et al.*, 2014). In alcuni studi, integrati dalle raccomandazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità³⁰, è stata dimostrata anche un’associazione temporale con il rischio obesità: i benefici si ottengono con allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi di vita, prolungati, laddove possibile, fino ai 2 anni o oltre con gli adeguati alimenti complementari. Tuttavia, la letteratura mostra come il perseguimento positivo di tali benefici richieda, sempre più, madri consapevoli, culturalmente sensibili e informate sul valore dell’allattamento ma anche supportate, per poter superare i diversi ostacoli di natura strutturale come il basso livello di istruzione o, ancor più, il rientro dal congedo parentale, che spingono all’abbandono sistematico di tale pratica (Cukrowska-Torzewska *et al.*, 2020; Hadisuyatmana *et al.*, 2021).

1.2. Il mutamento degli stili di vita: gli schemi sedentari del mondo globale

La sociologa Deborah Sullivan (2010), propone di leggere le principali dinamiche intervenute nella diffusione dell’obesità secondo una visione olistica che analizzi il mutamento degli stili di vita, a partire dalla seconda metà del XX secolo, con particolare attenzione all’attività fisica.

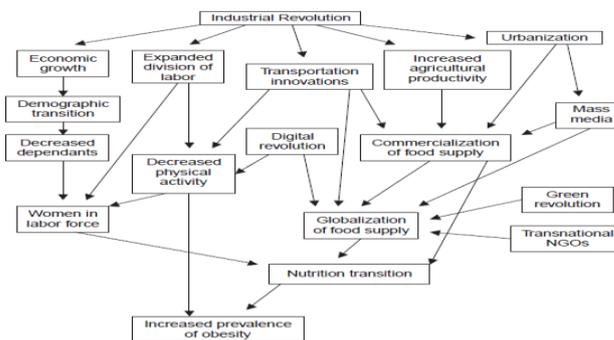
Riflettendo sull’epidemiologia sociale dell’obesità, Sullivan, prende in prestito le riflessioni di Rose (1985) su incidenza e prevalenza di una malattia, e indaga alcune tipologie di comportamento che possono limitare o facilitare l’aumento dei tassi in una popolazione (Sullivan, 2010). Il modello macro-teorico che ne emerge, interpreta la crescente prevalenza dell’obesità quale frutto di una disfunzione sociale latente, iniziata a partire dall’industrializzazione del XIX secolo in Europa occidentale e Nord America. Come si evince da Fig. 1, i cambiamenti nel tessuto sociale reputati più incisivi sono stati, tra i vari, urbanizzazione, produzione agricola intensiva e divisione del lavoro, crescita economica, entrata della donna nel mercato del lavoro, sviluppo dei sistemi di trasporto,

³⁰ Per ulteriori approfondimenti https://apps.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/.

nascita dei mass media e rivoluzione digitale, transizione demografica, commercializzazione, globalizzazione della produzione e distribuzione di cibo.

Da lavori all'aperto - dove si contemplava un notevole sforzo fisico - a lavori dietro alle scrivanie e alla conseguente diminuzione quotidiana dell'attività fisica diretta (ad es. trasporti) o indiretta (ad es. televisione, *smart devices*), tali macro- cambiamenti, legandosi insieme, hanno decretato, tra gli altri, un aumento di peso e patologie correlate. Insomma, Sullivan nota come non ci sia un'epoca che abbia contemplato, per la popolazione, così poca attività fisica e così tanta sedentarietà quanto la nostra.

Fig. 1 – Modello del mutamento sociale dell'epidemia di obesità



Fonte: Sullivan (2010, p. 319)

Un ambiente costruito in tal modo gioca un ruolo importante anche negli stili di vita dei bambini. Il modello ecologico sociale ci aiuta a far emergere tale associazione (Koplan *et al.*, 2005; Davison *et al.*, 2001). Osservando i contesti sociali, culturali, economici e ambientali di vita viene rilevato come la lontananza da strutture, interne o esterne, per praticare l'attività fisica (intesa anche come movimento non intensivo, possibilità di camminare senza usare mezzi di trasporto) e il progressivo uso della tecnologia, anche nell'ambiente ricreativo, determini - soprattutto per la popolazione infantile e adolescenziale - forse per la prima volta nella nostra evoluzione, l'opportunità o la sfortuna, di vivere una vita, quasi completamente, sedentaria (Ohri-Vachaspati, DeLia *et al.*, 2015; Potwarka *et al.*, 2008; Tremblay, Barnes *et al.*, 2005).

Un significativo studio, che osserva in modo diretto tale mutamento sociale in età evolutiva, è stato condotto da Tremblay e colleghi (2005). Gli studiosi si rifanno, in particolare, alla cultura Mennonita, un gruppo religioso originato dal movimento

antibattista europeo del XVI secolo, riemerso in Canada tra il 1800-1830, che educa i bambini ad una peculiare resistenza ai cambiamenti sociali e tecnologici. In una ricostruzione “ideale” di un modello intergenerazionale sugli stili di vita, essi ribadiscono come le variabili “tempo ricreativo” (multimediale), “tecnologia” (automatizzata) e “trasporto” (motorizzato), abbiano influito sull’insufficiente movimento nell’età evolutiva della contemporaneità. Conseguentemente, tali comportamenti sembrano accelerare il rischio di sviluppo precoce di sovrappeso e obesità e malattie ad esso correlate (Tremblay, Barnes *et al.*, 2005).

Fig. 2 – Stili di vita a confronto tra Vecchio Ordine Mennoniti (OOM) e bambini canadesi (MCC) agli inizi del 1900 e oggi.

Variable	MCC (Early 1900s)	OOM (Today)	MCC (Today)
Education	School frequently left early for work	Grades 1–8 followed by 2 yr of apprenticeship	Grades 1–12+ among the majority
Housing	No electricity or piped water in rural areas	Electricity and piped water among the majority	Electricity and piped water among the majority
Recreation	Cycling, horseback riding, swimming, and walking	Auctions, barn raisings, family games, singing, and swimming	Cycling, jogging, swimming, television viewing, and video games
Technology	No computers or televisions	No computers or televisions	Computers and televisions among the majority
Transportation	Bicycles and horse-drawn vehicles	Bicycles and horse-drawn vehicles	Bicycles and motorized vehicles

Fonte: Tremblay, Barnes *et al.* (2005, p. 1188).

1.3. La political economy dell’industria alimentare

La prospettiva della *political economy* analizza la diffusione dell’obesità in relazione alla qualità merceologica di parte dei prodotti alimentari, attualmente, in commercio e il modo in cui vengono proposti.

A partire dalla seconda metà del XX secolo, l’industrializzazione dei sistemi agroalimentari ha eroso i tradizionali legami tra uomo e ambiente, spostato gran parte della popolazione rurale nelle città, allentato i rapporti fra consumatore e cibo e imposto nuovi ritmi sul piano alimentare sostituendo - pur con molte differenze a livello sociale - l’atavica malnutrizione dei secoli precedenti. Il globale sviluppo delle grandi catene di distribuzione, dei super e ipermercati, ha accresciuto, poi, la portata distributiva del mercato. Ciò ha delocalizzato gli alimenti potendone così disporre, potenzialmente, in grandi quantità,

varietà e in qualunque stagione (Poulain, 2008; Fischler 1992).

L'alimento moderno, continuamente risemantizzato nelle funzioni nutrizionali e sociali, è sempre più "a servizio". Esso è, infatti, spesso già preparato, mondato, istantaneo, non più o non per forza esclusivamente nella cucina di casa. Composto, sempre più, da ingredienti grassi, zuccherati, saporiti, prodotti su larga scala e distribuiti in grosse porzioni a costi contenuti. Inoltre, viene supportato, collateralmente, da pubblicità e marketing. In un tale "ecosistema iperspecializzato", dunque, l'alimentazione diviene industriale e i prodotti ingeriti - anche quelli che arrivano dalla fattoria - sempre più trasformati e standardizzati nei gusti (Fischler, 1992).

Date tali premesse, la prospettiva del sociologo Stephen Mennel (1985) ci introduce ad una lettura, più approfondita e critica, del fenomeno della *political economy* delle industrie alimentari, in relazione alla diffusione dell'obesità. L'autore, infatti, sostiene che sia necessario analizzare il comportamento dei consumi anche in relazione al marketing e alla comunicazione pubblicitaria. I consumatori, scegliendo un'alimentazione pronta, veloce, qualitativamente e quantitativamente, poco attenta, si allontanano dalla dimensione artigianale dell'arte culinaria. Tuttavia, nelle loro scelte, pesa anche l'influenza, al limite della manipolazione che le strategie di marketing e le pubblicità possono avere sui loro bisogni, gusti e desideri.

Per approfondire il comportamento, analizziamo il contesto contemporaneo con lo sguardo neoliberista dello studioso Gerardo Otero (2018). L'autore ci propone una prospettiva in cui - nella convinzione che il benessere potesse essere raggiunto, autonomamente, dal privato - il mercato libero ha offerto diete, sempre più "convenienti" economicamente, basate su alimenti ultra-trattati. Le scelte comportamentali, non sempre salubri, degli individui - secondo Otero - si sono modellate su "diete neoliberali" che li hanno esposti ad una serie di vulnerabilità, individuali e ambientali, alla base di quello che definisce un indice di rischio. All'origine del mutamento di tali comportamenti, un punto importante sarebbe rappresentato dalla femminilizzazione del lavoro. Il progressivo distanziamento dal classico ruolo di "angelo del focolare", ricoperto dalle donne in cucina, infatti, avrebbe aumentato non solo la probabilità di mangiare cibi pronti e/o mangiare fuori casa ma anche creato famiglie "povere di tempo" - nuclei in cui le funzioni produttive si contrarrebbero e le suddivisioni dei compiti incentrati sull'attività alimentare (fare la spesa,

preparare o ordinare i pasti) diverrebbero negoziabili (Zarca, 1990). Per tali ragioni, l'individuo appare più orientato a trovare soluzioni, pratiche e veloci, per mangiare conciliando la quotidianità professionale, il tempo libero e lo svolgimento di più cose possibili insieme piuttosto che dedicarsi, quasi totalmente, al momento del pasto. A tal proposito, sempre più, si è sviluppata la ristorazione fuori casa che demanda a terzi il momento della produzione alimentare. Dalla tavola calda al ristorante d'appalto, alla mensa scolastica, la ristorazione collettiva provvede ad un numero, sempre più, crescente di pasti e per rispondere alle attese della clientela, vengono create offerte menu in modalità *self-service* o buffet. Il contemporaneo rituale di distribuzione e consumo "fuori casa", orientato al rapporto costi-benefici, viene definito dal sociologo George Ritzer (2020) processo di McDonaldizzazione. Le scelte comportamentali nell'alimentazione degli individui risentono, infatti, di una crescente razionalizzazione (Ghia, 2010; Weber, 1991) e organizzazione (Watson, 2019; Ford, 2008; Taylor, 2004). Essa funziona secondo i principi cardine della nota ristorazione *fast food*. Pertanto, risulta *efficiente* volendo soddisfare il bisogno di nutrirsi rapidamente e ad un costo non eccessivo; *calcolabile* in quanto orientata alla quantità piuttosto che alla qualità; *prevedibile* offrendo, ovunque, alimenti conosciuti; e *controllata* da macchine e procedure standardizzate.

Incardinata in un tale contesto, la *political economy* della "dieta neoliberista" possiede costi sociali importanti. L'alimentazione è, sempre più, ipercalorica e composta dalla disponibilità di cibi, cotti o precotti, da preparare, completare o addirittura solo riscaldare anche in confezione monodose. La casa modernizzata offre elettrodomestici iperfunzionali (dal frigorifero al forno, al microonde, alla lavastoviglie) che non stimolano il "fare" in cucina ma piuttosto il "delegare" alla tecnologia. Il crescente demandare "a terzi" le preparazioni, il consumo occasionale ma anche il differente, limitato o inesistente, accesso al cibo sano, quindi, combinandosi insieme, non fanno che alimentare i problemi sul piano nutrizionale (Capatti, Montanari, 2006; Paltrinieri, Parmiggiani, 2004).

Un sistema alimentare caratterizzato da scelte "gastro-anomiche", guidate da regole flessibili e mangiatori, sempre più, soli davanti alle loro pulsioni e appetiti fisiologici, avvicina, sin da piccoli, ad un modello nutrizionale scorretto (Fischler, 1992). E se i comportamenti malsani, in età evolutiva, si sedimentano come abitudine - a scapito di quelli salubri - difficilmente col crescere, si potrà assistere ad un'inversione di tendenza.

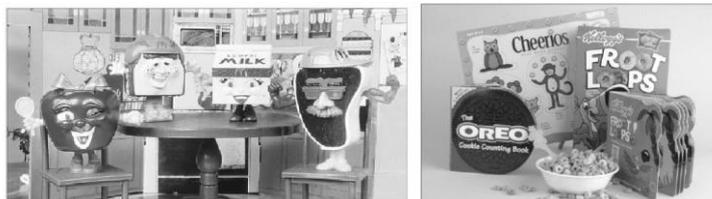
L'impatto che influenze scientifiche, economiche e sociali hanno su scelte alimentari e obesità - con un'enfasi sul ruolo del marketing alimentare - verrà, ora, analizzato attraverso la prospettiva dell'esperta internazionale di sociologia e di studi enogastronomici Marion Nestle. L'autrice ritrae il sistema consumistico-valoriale edificato, negli ultimi quarant'anni, e il modo in cui esso ha influito e influisce sull'alimentazione. In primo luogo, l'autrice nota come, dal 1980, i prezzi di prodotti "sani" - come frutta e verdura - siano, progressivamente, aumentati con l'inflazione lasciando, invece, quelli di *soft drinks* e snacks più accessibili (Nestle, 2022). Ciò ha favorito la diffusione di "deserti alimentari", aree geografiche in cui l'accesso al cibo sano è limitato se non inesistente (Guptill *et al.*, 2016; Shaw, 2006). In tale sistema, quindi, è più facile inserirsi per offrire una tipologia di cibo, sempre più, *palatable* (appetitoso) sia per le porzioni *super-size* che per i prezzi accessibili (Moss, 2013a). E con la scusa di dover mangiare per vivere, il consumatore sceglie di farlo a basso costo e in grandi quantità (anche se non adeguate). In secondo luogo - continua Nestle (2022; 2020) - le strategie commerciali delle multinazionali alimentari sono volte alla costruzione di rituali, anche se, chilocalorici, per avvicinare il consumatore ad un alimento. Nei templi del tempo libero, ad esempio, è, ormai, "buon uso" accompagnare *soft drinks*³¹ e *pop corn* (sostituiti o integrati da sacchetti di caramelle gommose o zucchero filato). I rituali, poi, si rinforzano e si sedimentano - nelle coscienze delle persone - grazie o a causa di *slogan* e *gingle* che accompagnano le abili campagne mediatiche.

Per Nestle (2020), insistere sulla responsabilità diretta del consumatore, dunque, tende ad ignorare, completamente, le azioni che il marketing - anche quello meno visibile promosso mediante legami e finanziamenti alla ricerca nel campo della nutrizione - determina sugli individui. Gli studi scientifici, commissionati a scienziati qualificati, provocano, in questo senso, molti problemi di chiarezza, di etica nei risultati, di interpretazione e, in ultimo, di esposizione a rischi per la salute. Comunicando ad un pubblico, apparentemente, informato, le industrie alimentari non solo negano la propria responsabilità nel contribuire a problemi come l'obesità ma, spesso, orientano i risultati di alcune indagini ponendo l'attenzione su certi prodotti piuttosto che su altri (Nestle, 2020;

³¹ Si intendono le bevande analcoliche zuccherate.

2018a). Tra gli esempi pratici, una delle retroanalisi più note di Nestle (2020) è quella, pubblicata nel 2015 sul New York Times, dove rivelò che dietro i risultati di una ricerca scientifica - che aveva affermato che una scarsa attività fisica (e non una dieta inadeguata) fosse responsabile dell'obesità - ci fosse, senza essere menzionato, il finanziatore Coca Cola. Le conseguenze dell'articolo condussero il CEO di Coca Cola a professare la propria trasparenza e, quindi, a rendere pubblica la voce ricerche, collaborazioni e attività professionali di salute della propria spesa aziendale. La trasparenza, però - sostenne Nestle (2020) - permise anche analisi e comparazioni, più approfondite. Alcuni ricercatori indipendenti, a tal proposito, analizzando gli studi finanziati da Coca Cola - in cui si indagava la correlazione tra assunzione di bevande zuccherate e obesità (e diabete) - rilevarono che su 26 ricerche che sostenevano che non vi fosse alcuna associazione, 25 erano state sovvenzionate da industrie alimentari (Nestle, 2020; Schillinger *et al.*, 2016). Con questo caso studio (anche mediatico), Nestle, getta luce sul modo in cui le grandi *corporation* tentano di influenzare i consumatori e distolgono l'attenzione verso il rischio di salute prodotto da alimenti "malsani". A tal proposito, la studiosa, non solo critica il comportamento - discutibile - all'interno di ricerche su commissione ma anche la stipula di accordi che, molte grandi industrie, hanno stipulato, nel corso del tempo, con associazioni di dietetica e nutrizione (tra le più autorevoli) per mostrare il proprio impegno verso l'educazione alimentare. Per citarne alcuni, la collaborazione "Food FUNdamentals" tra l'American Dietetic Association con McDonald's (Fig. 3) prevedeva l'acquisto di speciali *Happy Meal* che contenevano gadgets - animati a forma di cibo - durante il mese nazionale sulla nutrizione oppure i *counting books* (libri per contare), in omaggio, con l'acquisto di caramelle, biscotti e cereali dolcificati. Un controverso *check and balance* in cui, attirati dall'intento formativo, vi è una "spinta", indorata, all'acquisto e al consumo di alimenti tutt'altro che nutrienti.

Fig. 3 – Esempi di marketing a “scopo educativo”



Fonte: Nestle (2013, p. 182 e p. 251)

Un punto su cui Nestle (2015) si sofferma è, poi, il target a cui, campagne di questo tipo, fanno riferimento. Esse non mirano solo a raggiungere la popolazione infantile ma cercano il consenso di quella adulta. E questi ultimi non sono, certamente, esenti dal fascino di certe promozioni. Negli anni Novanta, a seguito di un accordo, i marchi di *soft drinks* furono collocati sui biberon per bambini (Fig. 4). Fu, in seguito, dimostrato che i genitori - che avevano acquistato questi biberon “griffati” - avevano una probabilità, di quattro volte superiore, di riempirle di soda rispetto a coloro che usavano biberon classici (Nestle, 2015).

Se tali esempi possono lasciarci, oggi, perplessi se non, addirittura, indignati, è perché è cambiato il modo in cui la *political economy* di alcuni prodotti viene proposta. Forse, è resa più impercettibile. Tuttavia, i prodotti industrializzati, ultra-processati, zuccherati sono proposti, ovunque, intorno a noi. E, anche nei luoghi che, apparentemente, non vi hanno nulla a che fare come le librerie, le biblioteche, i negozi di vestiti attendono solo una spinta, poco evidente, che attivi il bisogno (Nestle, 2022).

Fig. 4 – Biberon con marchi di *soft drinks*



Fonte: Nestle (2015, p. 134).

Il *comfort food* o cibo di conforto è un'altra idea, fortemente connotata socialmente, su cui fanno leva le grandi *corporation*. Si tratta di alimenti che vengono associati ad uno stato d'animo e, dunque, consumati in una sorta di *emotional eating* (Giancotti, 2011; Ganley, 1992). Durante questo stato emotivo, in cui si è alla ricerca di conforto e di controllo delle emozioni, all'atto di mangiare è attribuito un valore consolatorio, nostalgico e/o sentimentale. Più nello specifico, cibi ipercalorici, ricchi di energia, grassi, sale o zucchero attivano un sistema di ricompensa che offre piacere, gratificazione e un senso, immediato ma temporaneo, di elevazione emotiva. Durante la pandemia da Covid-19, il *comfort food*, specie quello “evocativo”, è stato, fortemente, protagonista. Le campagne “Share a Coke” di Coca-Cola e “Abbracci” di Mulino Bianco, entrambe, dedicate agli “eroi di tutti i giorni”

(Arthur, 2020; Abc7NY, 2020) ma anche il lancio di “Taste of...” del marchio di patatine Lay’s dai gusti di ispirazione internazionale per soddisfare le voglie di cibo e di viaggio, durante le restrizioni a causa della pandemia, vanno tutte in questa direzione (Fig.6).

Fig. 6 – Esempi di campagne pubblicitarie di comfort food e soft drinks durante il COVID-19



Fonte: foto 1 - Coca Cola (2020), foto 2 - Lay’s³² (2020), foto 3 - Mulino Bianco³³ (2021)

Non solo *soft drinks*, *junk food*³⁴, *comfort food* ma anche *superfoods*³⁵ contribuiscono a creare un “sistema alimentare disfunzionale” (Nestle, 2018c) in cui le industrie alimentari giocano un ruolo importante. I *superfoods* (Nestle, 2018b) - curcuma, zenzero, semi di chia, avocado, melograno, mirtilli rossi, bacche di Goji, noci, açai, maqui - rappresentano i supereroi della tavola salutista. Essi invadono gli scaffali dei supermercati, vengono offerti in bar e palestre e si trovano in varie forme: essiccati, in succhi o estratti, pillole o sali integratori. Promettono di avere “superpoteri”, particolarmente, benefici per la salute per prevenire e curare condizioni diversissime tra loro. Tuttavia, sostiene Nestle (2018c), nessun alimento, da solo, rende salutare una dieta poiché mangiamo molti cibi e in diverse combinazioni che differiscono in fabbisogno nutritivo. *Superfood* è, quindi, anch’essa un’idea costruita dal *funding effect* (effetto finanziamento) ossia dalla collaborazione tra il settore di grandi aziende alimentari e quello di nutrizione e dietetica. Ciò, secondo la Nestle (2018c), porta ancora una volta a opinioni distorte, programmi di ricerca influenzati e consigli dietetici compromessi.

Pertanto, mediante queste analisi - di Nestle e Otero - che sottolineano, in qualche modo, il lato oscuro del *business* alimentare inserito in un contesto neoliberale, emerge come la

³² Come in <https://www.facebook.com/lays/posts/no-travel-no-problem-were-bringing-flavor-to-you-tell-us-if-youd-rather-jet-away/10158519598708058/>.

³³ Vedasi <https://www.assocarenews.it/infermieri/abbracci-dedicati-agli-infermieri-mulino-bianco-porta-negli-scaffali-le-sue-confezioni-colorate-di-azzurro>.

³⁴ Trad. “cibo spazzatura” che comprende alimenti altamente ricchi in zucchero o sale.

³⁵ Trad. Supercibi termine commerciale per identificare un prodotto alimentare che si presume conferisca benefici per la salute derivanti da un’eccezionale densità di nutrienti.

political economy utilizzi ogni mezzo - legale, normativo e sociale, visibile o meno visibile - per creare un ambiente favorevole alla vendita dei prodotti e ottenere giudizi di approvazione sulla qualità nutrizionale o sui benefici per la salute in un mercato competitivo (Nestle, 2018a;b). E questo con effetti, da non sottovalutare, sin dall'infanzia.

1.4. *Le diseguaglianze sociali di salute: una selezione "incarnata"*

Le diseguaglianze sociali di salute - *inequities in health* - sono, strettamente, coinvolte, a molteplici livelli, nell'analizzare l'obesità. A partire da una combinazione di più variabili, le diseguaglianze sociali sono in grado di influenzare, profondamente, le condizioni di salute di un individuo o di una comunità (Moretti, 2020). Secondo la prospettiva dell'intersezionalità (Moretti, 2020; Cockerham *et al.*, 2017; Crenshaw, 1989), tali variabili operano, su più livelli, anche simultaneamente, nel corso di vita alimentando e costruendo, reciprocamente, condizioni svantaggiose per alcuni rispetto ad altri.

Nella letteratura sociologica, si riconosce a tali diseguaglianze il carattere sociale delle *inequalities* ossia differenze sistematiche, potenzialmente, evitabili e ingiuste poiché superabili, mediante strumenti ragionevoli e un'adeguata azione politica (Genova, Terraneo, 2020; DoRs, 2015; WHO, 2014). All'origine di tali differenze, i determinanti di salute la cui presenza può influenzare - in senso positivo o negativo - la storia clinica di un individuo, durante il corso di vita. I determinanti possono essere individuali (capitale genetico/biologico, comportamentale, psicologico e posizione sociale)³⁶ e contestuali (fattori ambientali, geografici, politici, culturali e istituzionali) (Genova, Terraneo, 2020) e sono, quindi, in gran parte, socialmente condizionati.

Osservando i determinanti, le diseguaglianze di salute possono apparire "incarnate" nella fisiologia delle persone e, intessendosi tra loro, generare dei meccanismi strutturali che, accumulandosi, originano o rafforzano la stratificazione sociale, i limiti e le opportunità di salute. (Cardano, 2008). Le diseguaglianze "incise" sui corpi riflettono - all'interno delle società contemporanee - le differenze di posizione sociale, i dislivelli di potere, le ineguali condizioni economiche ma anche i mezzi a disposizione per reperire e accedere alle risorse

³⁶ In particolare si fa riferimento a reddito, istruzione, occupazione, classe sociale.

alimentari. E, dato che tale gradiente sociale - nel campo della salute - attraversa tutta la società, esse interessano tutti i cittadini (Della Bella, 2011; Marmot, Wilkinson, 2009).

Nel tentativo di spiegare la relazione con l'obesità, partiamo dal presupposto che le disuguaglianze possono originarsi osservando tre traiettorie non mutuamente esclusive: quella comportamentale, della selezione sociale e strutturalista/materialista. In ottica comportamentale, le disuguaglianze si analizzano osservando gli stili di vita; la selezione sociale focalizza le sue riflessioni comparando le diverse condizioni di salute ai percorsi di mobilità sociale; ed infine la spiegazione strutturalista (o materialista) trova nella posizione sociale, occupata dall'individuo, e nel grado di esposizione a fattori materiali e psicosociali, la spiegazione allo stato ineguale di salute (Della Bella, 2011; Phelan, Link, Tehranifar, 2010; Cardano, 2008; Macintyre *et al.*, 2003; Blane 1997).

Comportamento, percorsi di vita e posizione nella struttura sociale dipendono, fortemente, dalla condizione socio-economica che è un altro fattore da considerare quando si misura la condizione di obesità.

La variabile socio-economica, infatti, raggruppa insieme le possibilità derivanti dall'accesso alle risorse (finanziarie, sociali, umane, cognitive) e dal posizionamento (geografico, politico, istituzionale, culturale ed economico) dei luoghi di vita (Adams, 2020).

Negli ultimi cinquant'anni, prima i paesi sviluppati e, più recentemente, anche quelli in via di sviluppo hanno affrontato la cosiddetta *transizione alimentare* ossia il passaggio da un'alimentazione, prevalentemente, basata su cereali e ortaggi ad una carente in fibre e volta al consumo di alimenti di origine animale, ultra processati, ricchi di energia, grassi e zuccheri (Della Bella, 2011; Bosello, Di Francesco 2007; WHO, 2007b). Conseguentemente, le popolazioni - sia negli Stati Uniti che in molti Paesi Europei, anche in quelli, tradizionalmente, rappresentati dalla cosiddetta "dieta mediterranea" - dispongono di offerte alimentari molto abbondanti anche se, paradossalmente, non in frutta e verdura. Nonostante le riforme sociali, i progressi medico-sanitari e un benessere diffuso - che hanno migliorato la qualità e l'aspettativa di vita della maggior parte delle persone - non bisogna dare per scontato che l'accesso a quantità illimitate di prodotti alimentari sia uguale per tutti, ogni volta che ne abbiano necessità (Meglio, 2017; Della Bella, 2011). Il cibo, infatti, non solo può non essere, agevolmente, raggiungibile ma spesso le varianti ultra processate

sono meno costose e più facili da ottenere (Meglio, 2017). Sia uno studio negli Stati Uniti che in Cina (Wang *et al.*, 2014; Richardson *et al.*, 2011), evidenzia come, in molte comunità a basso reddito e/o residenti nei quartieri periferici, non sia materialmente possibile comprare cibo fresco in banchi alimentari o supermercati. Per farlo, è necessario spostarsi, avere tempo e avere denaro. Gli stessi studiosi osservano come, all'interno di questi paesi, i meccanismi che danno origine alle disuguaglianze sono radicati e mantengono stabili tutte le più importanti differenze sociali nella salute. Dunque, in uno stesso ambiente obesogeno non tutte le persone hanno uguali probabilità di diventare obese (Wang *et al.*, 2014; Richardson *et al.*, 2011; Della Bella, 2011). La relazione tra disuguaglianze e obesità è, dunque, molto complessa e le variabili socio-economiche ne evidenziano il peso.

Osservando, più nello specifico, alcuni indicatori individuali che misurano le disuguaglianze sociali - tipicamente si utilizzano istruzione, occupazione, reddito o una combinazione di questi indicatori - proviamo a valutare il benessere di un individuo sulla base delle possibilità di offrire un “paniere alimentare” nutrizionalmente equilibrato. Tuttavia, la pendenza del gradiente sociale è variabile.

L'istruzione è l'indicatore che, mediante l'acquisizione di risorse conoscitive ed educative nonché lo sviluppo di competenze di autocontrollo, influisce, positivamente, su stili di vita alimentari e comportamentali, in tutte le fasi del corso di vita (Della Bella, 2011; Mancino *et al.*, 2004; Wardle *et al.*, 2002). Alcuni studi mostrano, in tal senso, che individui con bassi livelli di istruzione sembrano avere una probabilità di diventare obesi cinque volte superiore a quelli con un livello di istruzione più elevato e che i genitori meno istruiti potrebbero esporre, più frequentemente, i figli alla sedentarietà, agli “schermi” e alla pubblicità di cibi non salutari (Adams, 2020; DoRs, 2015; WHO, 2014).

La situazione occupazionale/reddituale è un altro fattore che incide, in modo consistente, sulle scelte e sul rischio di obesità. Essa è, infatti, correlata alle conseguenze della povertà e dell'insicurezza alimentare (Adams, 2020; Nettle *et al.*, 2017). Ricerche condotte nel Regno Unito (Roberts *et al.*, 2013), in seguito all'aumento dei prezzi dei prodotti alimentari, hanno mostrato come le famiglie a basso reddito tendano a ridurre il budget destinato alla spesa alimentare e ad acquistare alimenti alternativi e più economici. Lo stesso studio, inoltre, sottolinea come, specie in famiglie monoparentali con bambini, in tali circostanze, favoriscano l'acquisto di alimenti confezionati, a lunga conservazione e

meno costosi rispetto a frutta e verdura fresca (Griffith *et al.*, 2013).

Osservando gli indicatori contestuali (ambiente, politiche, struttura economica, sistema culturale, sociale e sanitario), il gradiente geografico e internazionale dei luoghi di vita analizza il divario, che può originarsi a livello nazionale e/o locale. Fin dalla prima rassegna di studi di Sobal e Stunkard (1989), emerge una configurazione opposta, tra paesi sviluppati e in via di sviluppo, nella relazione tra diseguaglianze e obesità (Della Bella, 2011; Stunkard, Sorensen, 1993). Nei paesi a basso reddito o in via di sviluppo, infatti, emergono crescenti livelli di sovrappeso e obesità nei gruppi socio-economicamente più ricchi mentre in quelli ad alto reddito o sviluppati sono le persone che vivono in condizioni meno abbienti ad avere maggiori problemi legati al peso in eccesso (Adams, 2020; Dinsa *et al.*, 2012). Man mano che un paese si sviluppa, sembrerebbe che la prevalenza di obesità cresca e che il rischio si sposti nei gruppi con basso status socio-economico (Della Bella, 2011; Monteiro *et al.*, 2004; McLaren, 2007). All'interno dei territori locali, poi, il gradiente geografico - che suddivide Nord e Sud - ricalca, ulteriormente, ineguali aspetti sociali, economici e culturali. In Europa, ad esempio, il tasso di obesità infantile cresce andando dalle regioni settentrionali verso quelle meridionali (COSI, 2022; 2021).

Analizzando, poi, le politiche sanitarie, la presenza di un apparato in cui vige un welfare universalistico offre maggiori tutele, a prescindere dalla posizione sociale del singolo, rispetto ad un welfare residuale (Graham, 2012). Secondo alcuni autori, infatti, i gruppi sociali più a rischio di diventare obesi sono coloro che trovano difficoltà nell'accedere a servizi sanitari, interventi di prevenzione e trattamento (Martínez-Gómez *et al.*, 2013). Altri fattori ambientali, come il clima, la qualità dell'aria e dell'acqua, il rumore, le sostanze chimiche pericolose, le condizioni materiali dell'abitazione e dell'ambiente lavorativo, le opportunità offerte dal quartiere, le reti e le risorse sociali, sono da tenere in considerazione per misurare, strutturalmente, il grado di incidenza sulla diffusione di sovrappeso e obesità (Genova, Terraneo, 2020). Le relazioni tra questi fattori generano iniquità e ingiustizia sociale ma i processi attraverso cui le diseguaglianze si generano e si amplificano passano attraverso una serie di meccanismi, spesso, impercettibili. Tra questi, la probabilità di vivere eventi di vita stressanti o di sperimentare, ripetutamente, relazioni sociali che innescano la condizione di "stress cronico". Un "tempo" di esposizione a momenti di rottura e/o di criticità che si accumula, nel corso della vita, e incide sulla salute delle persone. Ma anche

possedere “risorse” come denaro, conoscenza, potere, prestigio da investire per proteggersi da questi rischi, più o meno prevedibili (Moretti, 2020). L’insieme di questi fattori, specie se incontrati in età precoce, sono capaci di aggredire e rendere vulnerabile lo stato di salute del singolo, andando a esercitare una forte influenza, nei diversi e complicati percorsi della vita prestrutturandone il destino (Moretti, 2020).

2. La cornice teorica costruzionista

In linea generale, gli studiosi costruzionisti sostengono che la centralità del discorso medico sull’obesità sia il tessuto sociale. Per tali ragioni, ne osservano le costruzioni e le rappresentazioni sociali, culturali e politiche (Patterson, Johnston, 2012).

È possibile identificare una forte e una debole corrente costruzionista, in relazione al tema dell’obesità. La versione “forte” ci dice che la diffusione di obesità è un costrutto originato dal discorso sociale e ne contesta il legame con malattia cronica e/o con l’aumento dei tassi di incidenza e prevalenza, a livello epidemiologico (Campos *et al.*, 2006a;b). La versione “debole” non necessariamente ostruisce, la conoscenza medico-scientifica sull’obesità, ma la ritiene incompleta e irregolare nonché influenzata da norme e strutture di potere (Boero, 2007).

In ambito accademico, i costruzionisti analizzano l’obesità all’interno del campo interdisciplinare dei *fat studies* (Meloni, Mibelli, 2021; Farrell, 2020; Lupton, 2016). Tale ambito combina prospettive e metodi di ricerca delle scienze umane e sociali e focalizza l’attenzione sui corpi umani grassi. L’obiettivo è quello di decostruire i dualismi: magro = persona di successo vs. grasso = oppresso nonché di sovvertire o compensare le nozioni dominanti di obesità come patologica.

Con l’obiettivo di dimostrare i punti deboli e le lacune della prospettiva realista, i costruzionisti si avvicinano in modo riflessivo all’analisi dell’obesità enfatizzandone l’origine e le conseguenze sociali.

A partire da tale approccio, nei prossimi paragrafi, si darà spazio al corpo e alle sue “forme” nei diversi significati e rappresentazioni assunti all’interno del tessuto sociale. Come sostengono alcuni pionieri della sociologia del corpo (Shilling 2012; Turner, 2007;

Bendelow, Williams, 1998), quest'ultimo pur essendo una "presenza assente" si colloca alla base di tutti i processi sociali. Il corpo è espressione del tempo e dello spazio delle popolazioni.

2.1. La costruzione sociale, politica e culturale del corpo obeso

Concettualmente, il corpo è difficile da definire: è un elemento, naturale e materiale, in dotazione ad ogni individuo caratterizzato da un insieme di organi con proprie funzioni ma è anche un fertile "oggetto" sociale, politico, e culturale che si costruisce e definisce, continuamente, nel corso della vita e all'interno delle relazioni.

Sebbene la sociologia abbia fatto molta fatica ad affermarsi in questo campo, studiare il corpo significa guardare ad una stretta connessione tra fisico, psiche e contesti socio-politico-culturali. Insomma, considerare come, l'oggetto di studio medico-scientifico, non solo sia "temporaneamente" precario ma possieda una indissolubile connessione con la coscienza personale esperita (Ghigi, Sassatelli, 2018). Secondo l'interpretazione fenomenologica (Husserl, 1997), infatti, ciascun individuo mediante il proprio corpo - *Körper* - la macchina anatomica percepita, studiata, osservata, si pone in dialogo con la corporeità - *Leib* - la presa di coscienza di avere e di essere un "corpo vivo" e, in tal senso, affronta le proprie esperienze nel e con il mondo della vita - *Lebenswelt* - modellandosi, quotidianamente, mediante scelte, rappresentazioni personali e/o sociali, decisioni, più o meno, istituzionali, richieste - esplicite o implicite - e processi resi più significativi rispetto ad altri. All'interno di questa cornice di senso, la "forma" del corpo influisce sul modo in cui la persona fa esperienza in una coestensione tra parte materiale e riflessiva.

Nel definire il corpo, quindi, dipende a cosa ci riferiamo quando ne parliamo. Certamente, il corpo, contemporaneo, è l'esito di un lungo percorso di costruzione che ha attraversato varie epoche e discipline che lo hanno connotato come «organismo da sanare, come forza-lavoro da impiegare, come carne da redimere, come inconscio da liberare, come supporto di segni da trasmettere» (Galimberti, 2021, p.11).

Prima del VI-VII secolo a.C - anno di nascita della filosofia nelle polis greche - il corpo veniva inteso solo nella sua forma fisica. Una forma che, come si evince visibilmente anche

dall'arte paleolitica con le Veneri (come quella di Willendorf)³⁷, associava la corpulenza alla fertilità, alla prosperità, al nutrimento. Una forma che, al contrario, i Greci - che possedevano un'estetica di bellezza volta alla ricerca razionale degli ideali assoluti di espressione fisica, scultorea e morale - già con Ippocrate, identificheranno come disturbo nonché presagio di altre malattie.

In questo universo simbolico delle società arcaiche, tuttavia, il corpo non è isolabile dalla corporeità e non rappresenta la singola identità ma il luogo comunitario tra l'essenza naturale e sociale. In tali società, il corpo è un blocco unico che contribuisce, come un anello, al valore della comunità (Galimberti, 2021; Cattarinussi, 2010; Le Breton, 2007). Ci penserà il filosofo Platone - nell'Atene tra 300 e 400 a.C - ad introdurre l'idea di anima per identificare come il sentire del corpo non sia oggettivo ma cambi in ciascun individuo ribaltando la visione comunitaria primitiva di corpo e aprendo ad uno schema di civiltà nuovo che orienterà l'intera cultura occidentale. Nel passaggio alle società individualiste, il corpo si spezza metafisicamente e diviene il luogo della duale separazione tra avere e essere, cielo e terra, spirito e materia, natura e cultura.

La nascita di tale principio di realtà - dove il valore sta da una parte e il disvalore dall'altra - apre anche ad una sorta di mortificazione, sia laica che cristiana, verso la corrottilità fisica del corpo in eccesso (Galimberti, 2021). Esemplari, in tal senso, le parole del profeta Isaia che definisce le persone obese "voraci malvagi" che oltrepassano i limiti del lecito ma anche quelle dello stesso Platone che considera la gastrimargia - la ricerca del piacere di mangiare - un crimine contro la polis (Niola, 2018).

Per vedere un'ulteriore evoluzione di questa impostazione, dobbiamo fare un salto temporale dopo Cristo e aspettare il Seicento. Partendo dalla filosofia greca e dalla religione biblica, Cartesio va oltre il dualismo platonico-cristiano e relega la sua ragione scientifica tra la *res cogitans* (anima o mente), una dimensione dell'Io caratterizzata dal pensiero, in connessione con la *res extensa* (corpo), l'involucro che la contiene, e lascia l'essere umano distinguersi, visivamente, dagli altri. In tal modo, il corpo, ritenuto un simulacro biologico autonomo e con proprie funzioni, viene, progressivamente, oggettivato e distanziato da

³⁷ La Venere di Willendorf è solo una delle statuette di Veneri paleolitiche (risalenti al 30.000 e 20.000 a.C) raffiguranti donne visibilmente obese con grosse mammelle, un addome enorme e cosce formose che rappresentano un modello femminile persistente nelle società primitive e in alcune società arcaiche.

mente/anima e governato da proprie leggi fisiche (Galimberti, 2021; Fugali, 2012).

Nel tessuto sociale premoderno, il corpo mondano e l'anima spirituale, progressivamente, divengono luogo di tensione di quell'*homo duplex* (Ross, 2017; Durkheim, 1996) che vive tra impulsi egoistici individuali - come la soddisfazione del bisogno di nutrirsi e dissetarsi - e quelli che pertengono alla dimensione sociale e morale che dovrebbero elevarlo e renderlo capace di assimilare le regole di condotta per essere funzionale alla società (Shilling, 2012; 2005). Nonostante lo stato di anomia³⁸ (Durkheim, 2016; Merton, 2000) che potrebbe originarsi, dalla dissonanza tra schema corporeo ideale e immagine reale, tendenzialmente, in questa società ad essere sotto accusa non è ancora l'estetica del corpo obeso in sé ma l'etica ideologica verso l'appetito da tenere sotto controllo (Niola, 2018).

A partire dalla fine dell'Ottocento, la rivoluzione industriale e il processo di secolarizzazione determinano un nuovo mutamento concettuale con la tendenza centrale volta a domare le passioni e gli istinti. Il corpo diviene sempre più luogo di civilizzazione (Elias, 1988), riflesso del ritmo ascetico del lavoro (Marx, 2007; Weber, 1991) e la nozione economica di "valore" ne tratteggia il confine tra disciplina e alienazione. Il potere della disciplina, sulla vita stessa, stabilisce il confine tra "normale" e "patologico/deviante", orienta le scelte, facilita la mobilità nelle dinamiche sociali, rendendo virtuoso il controllo e volgare l'eccesso (Ghigi, Sassatelli, 2018).

A partire dall'epoca moderna, le logiche di potere e sapere, intervenute nelle pratiche di governo (regole sulla sessualità, riproduzione, malattia) e delle discipline, nei diversi contesti istituzionali (prigioni, scuole, fabbriche), si riversano anche sui corpi in una biopolitica (Foucault, 2015; 2014) o politica dei corpi (*body politics*) che ne regola l'uso e la rappresentazione dominante nel tessuto sociale.

La costruzione politica del corpo lascia emergere stereotipi e differenze, modi di rappresentazione che finiscono per diventare legittimi e virtuosi. Un modello di organizzazione cui la popolazione può e deve conformarsi (Ghigi, Sassatelli, 2018).

³⁸ Il termine introdotto da Durkheim (2016) viene ripreso dal sociologo funzionalista Robert Merton (2000) per osservare come l'individuo nella società persegua degli obiettivi in relazione ai mezzi posseduti potendo scegliere di avere un atteggiamento conformista, innovatore, ritualista, rinunciatario o di ribellione. Qui l'anomia è intesa, allargando lo sguardo alla funzione del corpo, quale dissociazione tra obiettivi (avere un'immagine corporea conforme) e mezzi (controllare l'appetito).

Tuttavia, la biopolitica confligge con corpi che sono tutt'altro che neutri e dalle "forme" non sempre conformi che cercano, continuamente, di posizionarsi nell'arena sociale (Ghigi, Sassatelli, 2018; Foucault, 2015).

Con lo sviluppo delle grandi metropoli occidentali di fine Ottocento e la nascita di un atteggiamento *blasé* in cui la vista è il senso che inizia a dominare sull'esperienza delle persone (Simmel, 2014), si comincia a fare attenzione alle, inequivocabili, differenze incise nei corpi. Il corpo visibile riflette la differenziazione di genere, etnia, classe, si orienta alla cura dell'immagine per la sua esposizione imparando a modularsi tra contesti pubblici o privati. Contemporaneamente, il punto di vista della scienza diviene "il reale". Le forme anatomiche assumono carattere identitario, oggetto di studio e di cura della persona e l'idea che il peso esteriore abbia un contrappeso interiore conduce la medicina a distinguere tra un'obesità tollerata poiché stenica e tonica ed una patologizzata in quanto astenica e flaccida (Galimberti, 2021; Niola, 2018). In quest'ultimo caso, le scienze umane e anche quelle sociali iniziano a misurare in pesi e volumi, in diminutivi e accrescitivi la "normalità" dei corpi.

Nella complessità e precarietà della vita contemporanea, la sociologia, con un'impronta costruzionista, ha inteso il corpo anche come *medium* ossia mezzo di raccolta degli aspetti culturali e valoriali che interagiscono e si condizionano nel tessuto sociale (Ghigi, 2020). In tal senso, il corpo assume un valore simbolico-comunicativo e uno pratico-mimetico. Nel primo caso, in linea con il pensiero dell'antropologa Mary Douglas in collaborazione con l'economista Baron Isherwood (2013), il corpo ospita e veicola un insieme di segni e simboli già iscritti o da iscrivere ed esprime pressioni culturali e sociali delle diverse culture.

Nel secondo caso, in accordo con il pensiero degli antropologi e sociologi Marcel Mauss (2017) e Pierre Bourdieu (2016; 2013), il corpo si offre - come un veicolo di acculturazione del soggetto - apprendendo tecniche che ne rispecchiano la sua collocazione nella struttura sociale. I gesti, nello specifico, anche quelli, apparentemente, innati, sono acquisiti naturalmente e, si sedimentano in tecniche utili a fare esperienze, sensazionalmente e sensorialmente, diverse (Mauss, 2017; Douglas, Isherwood, 2013; Le Breton, 2007). Pensiamo all'interpretazione attribuita ad un pasto ricco di grassi e carboidrati, nel mondo occidentale. Esso potrà apparire gratificante e di piacere per le classi popolari mentre potrà risultare pesante e ipercalorico per quelle medio-alte (Boltanski, 1971). Dagli usi

culturalmente elaborati del corpo emergono le categorie e i simboli vigenti in un contesto che lasciano aperte una gran quantità di possibilità di impiego, significati, interpretazioni (Merleau-Ponty, 2003).

La costruzione culturale del corpo, quindi, mediante sistemi organizzati di simboli significanti e comportamenti, diventa una “bussola” per interpretare la società in un certo spazio e tempo storico. Al corpo vengono prese le misure, della vita e del girovita, riproducendo i rituali su cui si fonda la struttura sociale (Nioli, 2018; Douglas, 2014). Politica e cultura hanno legittimato, socialmente, il corpo sia in quanto elemento modellato dalla società sia in quanto modellante la società stessa (Shilling, 2012; 2005). Costruire socialmente un corpo, poi, significa collocarlo nello spazio e nel tempo e osservare le pratiche diverse e diseguali, le reti e le relazioni che esso o mediante esso si originano. Non si tratta di un dato biologico, innato e fissato, bensì il risultato dell’incorporazione sociale, un processo appreso e interiorizzato, fin dalla tenera età, che varia, nel tempo e nello spazio, e influenza la vita quotidiana (Elias, 1988). Un *habitus* - come lo chiama Bourdieu (2016; 2013) - che, a partire dalla nostra nascita e durante il corso della vita, apprendiamo e proviamo, talvolta, a negoziare. Un *habitus* che influenza l’approccio verso la tipologia di corpo che abbiamo in dotazione - considerando sia la direttrice orizzontale (genere, etnia, età, peso, altezza) che quella verticale (classe e posizione sociale, status socio-economico, istruzione, nazionalità, emozioni, aspetto esteriore) nell’interpretazione, spesso dicotomica, che gli assegniamo (anziano e giovane, malato e sano, normale e patologico). L’incorporamento è un processo scalare, originato dalle relazioni sociali a più livelli; circolare poiché agisce e reagisce nell’interazione tra cultura e istituzioni; attivo in quanto auto riproduce/modifica/sfida le norme sociali; incessante perché è, continuamente, in divenire per sé e per gli altri e, infine, conteso all’interno di sistemi gerarchizzati (Ghigi, Sassatelli, 2018).

In questa sorta di equipaggiamento espressivo, molta importanza viene data al mantenimento dell’interazione ordinata e alla riproduzione di ruoli e identità sociali, a seconda dell’interlocutore. La sociologa americana Hochschild (2006), in tal senso, nota come nell’interazione con gli altri lavoriamo moltissimo sul nostro corpo al fine di calcolare il miglior modo per presentarci, adeguatamente, corrispondere ad aspettative ed emozioni da tenere, più o meno, sotto controllo.

2.2. La medicalizzazione del peso: curare, correggere, migliorare

Nel Novecento, il corpo si impone come luogo della riconquista del Sé ma anche territorio da esplorare, non privo di contraddizioni.

La relazione dualistica si espande in un corpo che diviene mezzo per la realizzazione del benessere e dell'apparire con una forte connotazione di genere. Le teorie nel Novecento, costruiscono realtà che sono categorizzanti, spesso, facendo emergere corpi femminili difettosi che dovrebbero, costantemente, tendere alla desiderabilità (Ghigi, Sassatelli, 2018).

Il sociologo Anthony Giddens (1999), parla di corpi-progetto su cui il soggetto tenta di intervenire per costruire una propria narrazione identitaria. Qualche anno più tardi, anche a causa della pervasività della tecnologia, in ogni ambito della quotidianità, Codeluppi (2007), definirà un vero e proprio processo di vetrinizzazione per descrivere la progressiva spettacolarizzazione di ambiti e pratiche che prima separavano pubblico da privato, ribalta da retroscena. La vetrina mostra un corpo che riflette un'idea morale, un dovere sociale ma anche un bisogno di adesione ai canoni estetici di una società lipofobica (Fischler, 1992) – angosciata dal grasso - e della prestazione (Chicchi, Simone, 2017) - tendente al continuo automiglioramento del Sé.

Il corpo, ingrandito dalle luci della vetrina, diviene il più bell'oggetto di consumo. L'individuo - esponendosi allo sguardo altrui - lavora sul corpo, volendolo arricchire, migliorare, modificare e investendo in attività ad esso rivolte come dieta, fitness, trattamenti di bellezza. Ciò, con l'obiettivo di avere una sensazione di gratificazione nel riuscire a controllare, almeno in parte, la propria vita (Baudrillard, 2020; Codeluppi, 2007; Hochschild, 2006).

La costruzione di un corpo ideale non solo muta in base ai dettami della propria cultura, politica e società di riferimento ma anche in relazione ai progressi del sapere medico. Il corpo, nel corso del XX secolo, come si evince, è diventato qualcosa da conquistare con l'esercizio e la cura ma anche campo di intervento medico-chirurgico per la fabbricazione di molteplici sé perfettibili. Il ricorso a cornici interpretative di tipo medico si è espanso su dimensioni nuove nella vita sociale che Conrad (2007), definisce medicalizzazione. Ciò che viene ritenuto bello da ciò che invece viene considerato brutto non è più il risultato di un

destino naturale ma il prodotto di una disciplina corporea e di un investimento sul proprio corpo (Baudrillard, 2020; Giddens, 1999). Dal momento in cui si è iniziato a discutere di obesità, come problema medico in termini di malattia o patologia, anche il peso è divenuto medicalizzabile. La medicalizzazione del peso, prendendo forza dal dialogo epidemiologico tra i tassi di morbilità e mortalità dell'obesità, si inserisce in un contesto in cui davanti a dimensioni corporee fuori controllo, l'idea perpetuata dalla macchina medica e sociale è quella che ciò che è patologico o possa divenire tale debba, al contrario, essere tenuto sotto controllo (Dillaway, 2017; McHugh, Chrisler, 2015).

La medicalizzazione del peso verrà, tra queste pagine, analizzata su tre livelli: quella della cura (farmacologica) in termini di prevenzione e trattamento; quella del miglioramento umano (stili di vita) ed infine quella relativa alla correzione (diretta sulle forme dei corpi).

2.2.1. Curare

Con il termine “curare” si analizza, qui, la medicalizzazione del corpo in termini sia di prevenzione, laddove non vi sia uno specifico bisogno, che di trattamento, laddove, al contrario, sia necessario intervenire, interpretando il peso come stato patologico o, potenzialmente, tale con la conseguente messa in atto di tutti quei dispositivi che mirano, farmacologicamente, a eliminarlo, contenerlo o non farlo originare.

La medicalizzazione si accompagna, in questi termini, al concetto di farmacologizzazione (Maturò, Esposito, Tognetti, 2020; Tognetti, 2017) ossia al progressivo uso di sostanze chimiche sul corpo umano quale soluzione ai problemi della vita. Un uso, nella vita domestica, che trasforma condizioni, capacità o abilità umane in questioni farmaceutiche preventive, di potenziamento o trattamento.

Curare, secondo un'accezione di prevenzione, pone l'attenzione su come la medicalizzazione del peso si leghi a quella definizione di corpo ideale che permette all'individuo di condurre una vita senza troppe privazioni. E cercare nelle “scorciatoie” farmacologiche, che tolgono la fame o bloccano l'accumulo di grasso, il modo per mantenere un peso ideale e/o non far originare l'eccesso. A tal proposito, le farmacie - sia fisiche che online - offrono una quantità sorprendente di soluzioni, non sempre autorizzate,

e spesso fai-da-te. Dagli “integratori per accelerare il metabolismo”, alle “gocce” brucia-grassi e per il drenaggio liquido che promettono di “funzionare dal primo giorno” fino alle sostanze chimiche ottenibili in modalità mimetica o nascosta³⁹, come pillole dimagranti, psicofarmaci con proprietà anoressizzanti, psicostimolanti, o iniezioni in uso per il trattamento di altre patologie come il diabete di tipo 2 che riducono l’appetito, favoriscono la perdita di peso e ritardano, addirittura, l’invecchiamento. Ma anche i farmaci - utilizzati in passato e attualmente vietati - amfetamino-simili o ad azione sui recettori per i cannabinoidi che stimolano la sazietà, inibiscono il senso di fame a livello di sistema nervoso centrale con gravi effetti neuro-psichiatrici, cardiovascolari e di dipendenza.

La diffusione di “rimedi”, per prevenire l’accumulo di peso, è allarmante, soprattutto, per gli effetti sulla salute che comportano. Uno studio americano recente (Levinson *et al.*, 2020), fa emergere come l’uso di pillole dimagranti e lassativi da banco, da parte di giovani donne tra 14 e 36 anni, senza diagnosi di disturbo alimentare e quindi senza prescrizione medica, abbia condotto l’1,8% di coloro che hanno usato pillole dimagranti e il 4,2% di coloro che hanno usato lassativi per il controllo del peso a ricevere una diagnosi di disturbo alimentare durante i tre anni successivi. Altre ricerche (Rogovik *et al.*, 2009; Wilson *et al.*, 2006), hanno messo in luce come l’11% degli adolescenti - tra 14-19 anni - abbia utilizzato grandi quantità di integratori per la perdita di peso durante la propria (breve) vita. Una pratica che sembrerebbe coinvolgere anche bambini, già a partire dai 5 anni di età, che, all’interno di alcuni ambiti competitivi come quello sportivo o dei concorsi di bellezza, possono ricorrere a misure così drastiche per la perdita rapida o il mantenimento di peso (Figlioli *et al.*, 2021; Barley *et al.*, 2018; Reale, Slater *et al.*, 2017).

La vendita di integratori per il controllo del peso è decollata, specie in Italia, portandola a detenere il primo posto nel mercato europeo (23%)⁴⁰. Ciò, probabilmente, sia perché il settore intercetta una nuova attenzione sociale allo stare in salute sia perché, tali rimedi, vengono percepiti, dalle persone, come naturali e quindi, tendenzialmente, più “sicuri” dei

³⁹ Con modalità mimetica si intende un uso distorto del farmaco che è stato prescritto in precedenza direttamente all’individuo o ad un terzo per altri fini facilmente reperibile in casa; con modalità nascosta si allude alla ricerca nello spazio “dark” sia del web che della quotidianità di mercati del farmaco non autorizzati (off-label).

⁴⁰ Seguono Germania (13%), Francia (9%) e Regno Unito (8%). Come in Censis (2019) <https://www.censis.it/welfare-e-salute/salute-gli-integratori-alimentari-utilizzati-da-32-milioni-di-italiani>.

farmaci da prescrizione. L’Agenzia Italiana del Farmaco⁴¹ sottolinea come la percezione dei rischi, legati all’acquisto di medicinali, soprattutto con la possibilità di ottenerli anche *online* da fonti non sicure, sia ancora insufficiente, nonostante gli effetti collaterali, spesso letali, e le azioni di contrasto al crimine farmaceutico.

La diffusione della medicalizzazione del peso, in senso preventivo, può essere il risultato di una, progressiva, revisione che, nel corso del tempo, ha interessato l’individuo-paziente, svincolandolo, sempre più, da una relazione rigida col medico e col sistema sanitario e lo ha collocato in un modello *Client Centered* (Graffigna, Barelo, 2017). In tale ottica, l’individuo è divenuto, sempre più, un cittadino-cliente che non si rivolge solo ed esclusivamente ai servizi assistenziali ma organizza autonomamente la cura di sé (*self-care*) anche in base alla propria percezione di benessere e malessere (Moretti, 2020).

Diversa l’analisi sul trattamento che, invece, fa riferimento alla cura guidata e condivisa in ambito medico. Trattare, in tal caso, è inteso come affrontare uno stato che viene definito patologico mediante un intervento *ad hoc*. Tale intervento, viene prescritto all’interno della relazione medico-paziente e viene istituzionalizzato nella cornice del *sick role* (Parsons, 1975) mediante alcune aspettative che hanno il principale scopo di orientarsi alla guarigione lasciando che il medico - occupandosi della cura e del trattamento - riporti il paziente (*engaged*, impegnato allo scopo) alla salubrità e al suo ruolo sociale produttivo (Moretti, 2020). Tale politica non esenta bambini e adolescenti con problematiche di peso che vengono coinvolti in progetti - supervisionati dagli adulti - in cui devono cercare di acquisire responsabilità nella gestione del proprio corpo (Favretto, Zaltron, 2021).

La medicalizzazione del peso, in termini di trattamento anche farmacologico, viene decisa dal medico solo in aggiunta alla modifica dello stile di vita e in presenza di un valore di IMC pari a 30kg/m² oppure 27kg/m² se in presenza di altri fattori di rischio o altre malattie. Attualmente, sono tre i farmaci approvati per il trattamento dell’obesità o del sovrappeso negli adulti mentre, recentemente, la *Food and Drug Administration* (FDA, 2021) americana ha autorizzato un nuovo medicinale, già anti-diabetico, che dai primi studi sembra avere risultati, eccezionali, nella perdita di peso simili a quelli ottenuti con la chirurgia (Wilding *et al.*, 2021; Blüher, 2019). Tuttavia, seppur autorizzati, tali farmaci non

⁴¹ Per approfondimenti <https://www.aifa.gov.it/-/acquisto-online-da-canali-non-autorizzati-occorre-una-maggiore-consapevolezza-del-rischio>.

sono privi di effetti collaterali come, tra i vari, disturbi gastrointestinali, crampi, carenza di alcune vitamine. Alcuni medici, poi, possono decidere di affiancare al trattamento farmacologico, integratori alimentari, probiotici o preparazioni galeniche magistrali⁴² che, tuttavia, non hanno indicazioni terapeutiche specifiche approvate né sono supportate da prove di efficacia e sicurezza clinica comprovate⁴³.

In età pediatrica e adolescenziale, il ricorso ai farmaci non può essere determinato dal mero uso empirico del criterio di massa corporea. Esso può attuarsi, esclusivamente, dopo il comprovato fallimento di tutti gli interventi di modifica dello stile di vita e solo per bambine e bambini con età superiore ai 12 anni (Singhal *et al.*, 2021; Rogovik *et al.*, 2011). Tra i farmaci presenti in commercio, due sono approvati dalla FDA per il trattamento dell'obesità in età pediatrica e adolescenziale: uno per la gestione della grave obesità a lungo termine, in bambini-adolescenti di età superiore o uguale ai 12 anni, e l'altro, per un breve periodo fino a 12 settimane, rivolto ad adolescenti di età superiore ai 16 anni. Tuttavia, l'approccio terapeutico ideale dovrebbe evitare, il più possibile, la tossicità del farmaco considerando che il corpo di bambini e adolescenti risulta farmaco sensibile. Gli integratori per dimagrire, infatti, possono compromettere la loro sana crescita interrompendo l'assunzione regolare di nutrienti essenziali, influire sul sistema nervoso centrale e creando dipendenza (Gaeta *et al.*, 2022; Singhal *et al.*, 2021; Levinson *et al.* 2020; Rogovik *et al.*, 2011).

2.2.2. Correggere

La medicalizzazione del peso si lega alle nuove possibilità offerte dalla tecnologia nei termini che, qui, si intende di “correzione”. In particolare, con quest'ultimo concetto, si analizzerà quella che, Clarke e Shim (2011), hanno definito biomedicalizzazione ossia l'uso della tecnologia per rendere il corpo, non tanto clinicamente quanto esteticamente, migliore

⁴² Si tratta di medicinali preparati direttamente dal farmacista sulla base di una prescrizione medica specifica per un determinato paziente o preparati secondo la Farmacopea (nazionale o europea) per essere dispensato senza prescrizione medica.

⁴³ Per approfondimenti vedasi https://www.iss.it/prodotti-per-il-controllo-del-peso/-/asset_publisher/S27m3JVjGST7/content/farmaci-per-il-trattamento-dell-obesit%25C3%25A0-au-torizzati-al-commercio-in-italia.

ponendo attenzione su una pratica volta a garantire e ottimizzare il futuro stato di salute fisica, cognitiva e sociale.

Analizzando la società bionica⁴⁴ (Maturò, 2022), i dispositivi medici vengono utilizzati per rendere più attraente e performativo il corpo e far ritrovare all'individuo una nuova naturalità. Il percorso di manutenzione costante verso la costruzione di un corpo ideale e il conseguente potere delle apparenze, misurano, come già suggeriva Simmel (2014), le informazioni basilari sulle dinamiche sociali e culturali che strutturano la discussione sui canoni di bellezza, in un dato momento e contesto storico.

La decisione di intervenire, sul proprio corpo "correggendolo", nasce dalla frattura tra dimensione oggettiva del corpo (schema corporeo) e le molteplici realtà soggettive desiderate e progettate (immagine corporea). Più nel dettaglio, se lo schema corporeo è il costruito concettuale neuro-cognitivo che rappresenta la posizione e l'estensione del corpo nello spazio e la sua percezione all'interno dell'organizzazione in cui agisce; l'immagine corporea è il quadro mentale, emotivo, cognitivo e affettivo che ogni individuo elabora, sul proprio corpo. La correzione entra in campo quando, al di là dello schema corporeo, l'immagine percepita è soggetta ad una progressiva insoddisfazione. Il peso può creare tale frattura.

La medicalizzazione della bellezza, ma anche di ciò che è considerato bruttezza o segno esteriore del decadimento fisico in termini di peso, viene, dalla sociologia, analizzato secondo tre filoni di studio. Il primo pone l'enfasi sull'esperienza soggettiva e sul bisogno di piacere e di essere invidiati conseguentemente a pressioni culturali e sociali che spingono verso la conformità ad ideali estetici. Il secondo osserva la ricerca estetica, come un modo razionale, per migliorare, attivamente, il proprio corpo e di conseguenza anche il proprio posizionamento sociale evitando eventuali discriminazioni. Il terzo si focalizza sulle modalità in cui i soggetti costruiscono il proprio corpo mediante pratiche di abbellimento (Stagi, 2010; 2008).

Le tecniche di cosmesi, come promozione della felicità mediante la trasformazione del proprio corpo e superamento del senso di inferiorità percepito, entrano nel mercato salutistico a partire dalla fine dell'Ottocento. L'idea che si radicalizza è quella di un corpo

⁴⁴ Maturò (2022) parla di società bionica alludendo a un contesto contemporaneo in cui si agisce aumentando l'uso della tecnologia per trasformare, all'interno e all'esterno, l'essere umano.

che vada continuamente “accordato” (*body tuning*) ossia sottoposto ad un’opera flessibile di abbellimento e di igiene, interna ed esterna, per presentarlo agli altri ma anche a sé stessi ed evitare che possa degenerare, contaminarsi ed essere ridicolizzato. Questo atteggiamento e il legame, sempre più stretto, con l’ambito medico, porterà, poi, nel corso del Novecento, al ricorso, sempre più frequente, alla chirurgia estetica, per donne e uomini di ogni classe sociale, età, etnia e nazionalità (Stagi, 2010; 2008). La medicina chirurgica, in poco tempo, viene vista come mezzo per controllare le persone (in particolare le donne) attraverso i loro corpi ma anche con cui le persone stesse possano esercitare un controllo su alcune dimensioni della propria vita.

Tra le pratiche che coinvolgono la (bio)medicalizzazione del peso, in ottica correttiva, si menzionano la chirurgia bariatrica che interviene su pazienti con un’obesità importante al fine di eliminare l’eccesso di tessuto adiposo, limitare la capacità gastrica, ridurre la capacità di assorbimento di cibo, prevenire o curare le patologie associate all’obesità; e la liposuzione e/o la liposcultura⁴⁵. Gli interventi di chirurgia bariatrica, validati a livello internazionale, possono essere “malassorbitivi” ossia comportare una riduzione irreversibile delle dimensioni dello stomaco e un marcato cambiamento del processo digestivo; “restrittivi” che limitano l’introduzione del cibo mediante una prevalente azione meccanica per ridurre la quantità di cibo assunta per via orale e “misti” che applicano, contemporaneamente, entrambe le tecniche come per il *bypass* gastrico o la *sleeve gastrectomy* con *switch* duodenale⁴⁶. Tra gli interventi malassorbitivi, la *sleeve gastrectomy* (gastrectomia verticale parziale) e tra quelli restrittivi, il *bypass gastrico*⁴⁷, rappresentano più dell’80% delle procedure eseguite nel mondo. Quasi in disuso, attualmente, il bendaggio gastrico regolabile (restrittivo) e la diversione biliopancreatica (malassorbitivo).

⁴⁵ Si tratta di una nuova tendenza volta a scolpire la silhouette anche su corpi che non sono in eccesso di forma ma che sono percepiti come limitanti.

⁴⁶ Cfr. <https://www.humanitas.it/news/obesita-quando-si-puo-ricorrere-a-un-intervento-di-chirurgia-bariatrica/>.

⁴⁷ La procedura chirurgica di *bypass* gastrico prevede la creazione di una minuscola tasca gastrica (del volume pari a una tazzina di caffè) in grado di contenere solo una piccola quantità di cibo. La tasca gastrica viene completamente separata dal resto dello stomaco e si svuota direttamente in un tratto di intestino tenue, che viene suturato alla tasca stessa. Lo stomaco, sebbene non venga più attraversato dagli alimenti, non viene asportato. L’esclusione dal transito del cibo dello stomaco e della prima parte di intestino (duodeno e primo tratto di digiuno) può comportare un ridotto assorbimento di alcune vitamine e sali minerali con la conseguente necessità di assumere complessi multivitaminici come calcio e ferro. Come in <https://www.humanitas.it/cure/bypass-gastrico/>.

La chirurgia bariatrica viene indicata per pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 anni affetti da obesità di secondo grado ovvero con un IMC uguale o superiore a 35 e/o con ulteriori comorbidità. Alcuni studi clinici mostrano come i pazienti, sottoposti a tale operazione, abbiano eliminato molti dei problemi medici legati all'obesità (pressione sanguigna, diabete di tipo 2, rischio di morte per malattie cardiovascolari, sintomi da apnea notturna e ipoventilazione, bruciore di stomaco, disabilità da artriti, colesterolo, incontinenza urinaria, mancanza di respiro e asma, gonfiore e ulcere delle gambe, pseudotumor cerebri, irregolarità mestruali, mal di testa cronico) (University of Iowa, 2018; Buchwald, 2014).

In linea generale, a questa esaustiva pubblicità sui possibili effetti benefici, spesso non consegue un'altrettanto chiara e approfondita disamina sui rischi, sugli effetti collaterali e sull'impegno, durante il lungo percorso di follow-up, che ne consegue. Tali operazioni correttive vengono, al contrario, proposte come mini-invasive (Maturò, 2014).

L'insoddisfazione verso il proprio corpo o per parti di esso, che conducono alle pratiche di modificazione mediante liposuzione (eliminazione di accumuli adiposi localizzati soprattutto su addome, fianchi, glutei, cosce e braccia) e liposcultura (correzione di eventuali irregolarità estetiche e avvallamenti cutanei), si originano, soprattutto, da un *disease mongering*. Si tratta di un processo di medicalizzazione del peso per ridefinire le forme del proprio corpo senza forzatamente integrare anche una modifica dello stile di vita.

Tali modalità, producendo una gratificazione immediata, sono sin dall'inizio, nel 1974, tra le procedure cosmetiche più comuni al mondo (Bellini *et al.*, 2017; Hernandez *et al.*, 2011). Solo in Italia, nel 2018, gli interventi di liposuzione (che comprende anche la liposcultura) sono stati 55 mila con un incremento, rispetto al 2017, di circa il 25% e un mercato che vale, complessivamente, poco più di 300 milioni di euro (ISAPS, 2018).

Sebbene molti credano che i risultati siano permanenti, alcuni studi (Dixit, Wagh, 2013; Hernandez *et al.*, 2011), rivelano che dopo un anno, i pazienti sottoposti ad intervento, non mantengono il risultato. Le cellule adipose, infatti, ricompaiono in parti diverse come le spalle, le braccia, l'addome. Il successo di un intervento di liposuzione, quindi, risulta efficace solo quando si tratta di grasso localizzato e strutturale (non per chili di troppo dovuti a un'alimentazione scorretta) mentre quello di liposcultura integrando, nel post ritocco, anche un corretto stile di vita. A tali evidenze si contrappongono, continuamente,

nuove tendenze come la recente diffusione tra le donne, prima in America e poi anche in Europa, della cosiddetta *mommy makeover*⁴⁸. Essa vede, sempre più, neo mamme, 6 mesi dopo la gravidanza, richiedere una combinazione di interventi liposcoltorei per tentare di recuperare, nel minor tempo possibile, l'aspetto corporeo che avevano in precedenza.

Il modello di perfezione, che viene veicolato a livello sociale, non lascia indietro bambini e adolescenti. Un numero crescente di studi, raccolti sotto il filone della *New Childhood Sociology*, infatti, mostra come, specie durante gli anni critici dell'adolescenza, la corretta interpretazione dell'aspetto corporeo assuma un significato cruciale. L'aspetto esteriore degli adolescenti, infatti, viene investito di un compito strumentale ed espressivo che è riflesso nei modelli e nelle rappresentazioni ideali che passano, soprattutto, attraverso i media tradizionali e digitali, avallati culturalmente. Nel 2008, in Inghilterra e Francia, inizia a spopolare un *videogame* chiamato *Miss Bimbo* o *Ma Bimbo*⁴⁹. Il gioco coinvolgeva bambini e bambine, da 9 a 16 anni, offrendogli la possibilità di costruirsi un *avatar* da far, nella fase finale, partecipare ad un concorso di bellezza. Per vincere il titolo, tuttavia, valeva tutto comprese pillole dimagranti e chirurgia estetica. Il gioco rifletteva, a detta dei creatori, le tendenze della società mettendo, ironicamente, allo specchio una registrazione istantanea non tanto della vita reale ma di un idioma rituale: il raggiungimento del corpo ideale per vincere il concorso di bellezza ed essere il/la più popolare del momento. Un concetto che non solo ha risvegliato le critiche dei genitori e dell'opinione pubblica ma che, come alcuni autori suggeriscono, secondo la teoria socioculturale dell'immagine, stimola l'origine e la continuazione del disturbo, anche nella realtà, in un periodo biografico in cui la non corretta percezione del proprio corpo può rappresentare un pericolo (Raman, 2016; Agliata, Tantleff-Dunn, 2004).

⁴⁸ Per approfondimenti vedasi <https://www.plasticsurgery.org/news/blog/five-things-you-need-to-know-about-a-mommy-makeover#:~:text=A%20mommy%20makeover%20typically%20includes,were%20most%20impacted%20by%20motherhood> oppure <https://www.americanboardcosmeticsurgery.org/procedure-learning-center/body-procedures/mommy-makeover/>.

⁴⁹ Per ulteriori analisi <https://www.theguardian.com/society/2008/mar/25/children.news>, https://www.corriere.it/cronache/08_marzo_25/miss_bimbo_06ae2fd8-fa6a-11d1-c-b669-00144f486ba6.shtml oppure <https://www.standard.co.uk/hp/front/miss-bimbo-the-new-computer-game-where-girls-order-breast-implants-do-crash-diets-and-find-billionaire-boyfriends-7277537.html>.

2.2.3. Migliorare

Il concetto di medicalizzazione del peso, inteso come miglioramento umano, analizza, qui, il mantenimento di uno status di salute, nutrizionalmente, equilibrato e di attività fisica che aumentano la dimensione del benessere bio-psico-sociale. I miglioramenti presi in esame sono realizzati mediante interventi o azioni come l'educazione ad una sana dieta alimentare da un lato e l'attività di fitness dall'altro lato. L'attenzione verso l'alimentazione e gli stili di vita sono i due principali dispositivi per migliorare la salute psico-fisica-sociale e sono stati designati, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2010b), tra i 12 consigli utili per *scegliere la salute*⁵⁰.

Insieme, alimentazione sana e attività fisica, servono alla complessa tenuta del miglioramento fisico, cognitivo, emotivo e sociale sia all'interno delle attività di assistenza sanitaria e sociale (*Health Care*) che di promozione della salute (*Health Promotion*) (Nordenfelt, Liss, 2021). In relazione alla medicalizzazione del peso, nel primo ambito, ricadono le strategie per migliorare un corpo che è già, più o meno, patologico mentre nel secondo, le combinazioni di dieta e attività fisica volte al miglioramento di un corpo in salute.

La dieta è la strategia non farmacologica indicata per ridurre, contenere e mantenere un corretto peso corporeo. Il termine dieta, dal greco *diaita* nasce come sinonimo di stile di vita e viene interpretata come alimentazione corretta, sana ed equilibrata contenente tutte le sostanze nutritive nelle giuste dosi, e senza eccessi, in modo da soddisfare i bisogni dell'organismo ma anche gli aspetti cognitivi, relazionali nonché l'appagamento dei sensi (ISS, 2021; ISSalute, 2020; SIO-ADI, 2017). Attraverso la disciplina della *dietologia o dietetica* sono state studiate sostanze nutritive, modalità, quantità, distribuzione giornaliera e combinazioni di cibo adeguato all'organismo dell'essere umano, sia adulto che nelle varie fasi di crescita evolutiva. Nelle persone che soffrono di alcune patologie, come il sovrappeso o l'obesità, diete appropriate possono rappresentare una vera e propria cura per migliorare lo stato di salute. Al contrario, sappiamo che diete malsane contribuiscono a una serie di malattie croniche non trasmissibili e sono tra i principali fattori di rischio di morte

⁵⁰ Dall'hashtag #ChooseHealth lanciato per la campagna di sensibilizzazione sul social network Facebook nella pagina ufficiale del WHO già il 27 marzo 2017.

e disabilità a livello mondiale (Forouzanfar *et al.*, 2017). La dieta mediterranea, è il modello di regime alimentare, più comunemente, promosso dalle società scientifiche di nutrizione e dietetica europee. Essa prevede un equilibrato bilanciamento tra carboidrati complessi, alimenti di origine vegetale, leguminose e una limitata assunzione di zuccheri semplici e grassi di origine animale, distribuito su cinque pasti, e un quantitativo adeguato di acqua (6-8 bicchieri al giorno) rispettando le porzioni raccomandate giornalmente (ISSalute, 2020). Migliorare il regime alimentare, sia per evitare di incorrere in un eccesso ponderale sia come strategia atta a contenerlo, viene sempre associato ad una conseguente raccomandazione o prescrizione di seguire un piano di attività fisica adatto alle proprie capacità. Senza un adeguato programma di attività fisica, infatti, nessun tipo di regime alimentare sarà mai abbastanza efficace nel miglioramento fisico, cognitivo, emotivo e sociale del corpo.

Fitness significa letteralmente “corretto meccanismo fisiologico” o “buona salute” e in genetica misura il successo di un particolare organismo che si è adattato e, quindi, è sopravvissuto ad un dato ambiente. Numerose evidenze scientifiche dimostrano come l’attività fisica sia in grado di migliorare l’autostima, il tono dell’umore, aumentare la sensazione di benessere riducendo ansia e stress ma anche incidere, positivamente, indipendentemente dalla presenza di altri fattori di vulnerabilità, sui rischi di mortalità relativa a numerose patologie da quelle cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, muscolari, ossee fino ai disturbi depressivi (WHO, 2022b; SIO-ADI, 2017; Ekelund *et al.*, 2016).

All’interno dell’attività di *Health Care*, il miglioramento alimentare e le raccomandazioni di praticare regolare attività fisica rientrano nell’attività terapeutica della presa in carico di sovrappeso e obesità, sia per l’adulto che per il bambino. Tali raccomandazioni pongono il paziente nella condizione di partecipare al proprio processo di *empowerment* terapeutico, attivamente e consapevolmente. L’intervento dietetico fa riferimento a specifiche linee guida orientate all’acquisizione di una sana alimentazione e di un’equilibrata concezione della dieta mediterranea. Mentre l’attività di fitness viene strutturata, secondo un effetto dose-risposta, tra la durata dell’esercizio fisico e la necessità di riduzione del peso corporeo. In una persona adulta con sovrappeso o obesità, ad esempio, con meno di 150 minuti a settimana di esercizio fisico aerobico di intensità moderata, la

riduzione ponderale è minima, con 150-250 minuti a settimana la riduzione è modesta mentre con 250-400 minuti a settimana la riduzione inizia ad essere consistente e interessa la perdita di circa 5-7,5 kg in 6-12 mesi. Ad ogni modo, specie dopo cali ponderali significativi, l'attività fisica è un eccellente predittore per mantenere lo stato del peso.

Nell'ambito dell'*Health Promotion* invece dobbiamo analizzare le diete e il fitness in un'ottica più marcatamente sociale.

In Occidente, sempre più, stare a dieta, seguire un regime alimentare restrittivo, sia per adulti che per bambini e adolescenti, risulta uno statuto normale, un segno positivo di maturità. Dai selettivi per scelta - vegetariani, vegani, crudisti, fruttariani, iper o ipocalorici, iperproteici, macrobiotici - a quelli per natura - neofobici, picky eaters⁵¹ - le diete restrittive sono variegata e riflettono, spesso, scelte etiche, ambientaliste, religiose o legate alle mode del momento (Cavazza, Guidetti, 2020) che possono essere inserite in un percorso di miglioramento nutrizionistico, adeguatamente, seguito e strutturato oppure fai-da-te. In tal senso e a causa dell'esclusione o della riduzione di alcuni tipi di alimenti, molte diete, se non condotte in modo adeguato, possono creare squilibri o carenze di sostanze nutritive con relativi danni alla salute. Le formulazioni dietetiche, diverse da quella mediterranea, vengono considerate con scetticismo in ambito clinico. Riflettendo sulla capacità di azione in relazione alla perdita di peso, molti studi rivelano come esse abbiano buoni risultati sulla perdita di grasso corporeo nel breve periodo - in genere le prime 4 settimane - ma possiedono alte percentuali di fallimento se si considerano la diminuzione di tessuto adiposo e il mantenimento del peso forma nel lungo termine, oltre ad essere ritenute di dubbia sicurezza specie nei bambini. È sempre più frequente, infatti, che le scelte dietetiche fatte in età adulta dai genitori si riflettano sull'alimentazione restrittiva dei figli. Seconda uno studio finlandese, effettuato su bambini frequentanti lo stesso asilo ma che seguivano diete differenti (vegana, vegetariana e onnivora), i bambini che escludevano alcuni alimenti erano più vulnerabili al rischio di pericolosi squilibri metabolici (Hovinen *et al.*, 2021). L'eccesso di medicalizzazione alimentare, infatti, con l'idea di migliorare il

⁵¹ I picky eaters "mangiatori schizzinosi" o la pickiness è considerata un'avversione alimentare non derivante da una scelta attiva e consapevole ma da una propensione individuale. Si tratta di un vero e proprio rifiuto per un'ampia varietà di cibi che permane anche dopo averli assaggiati e che differisce dalla neofobia "paura del nuovo" ossia la riluttanza ad assaggiare cibi sconosciuti. Le due caratteristiche possono, tuttavia, presentarsi congiuntamente. Come in Cavazza, Guidetti, op. cit.

proprio stato psico-fisico ma anche etico-religioso rischia di fare ugualmente danni. Germov e Williams (1996), quasi trent'anni fa, già parlavano di "epidemia di diete" che potrebbero persino essere implicate nello stimolare, paradossalmente, la crescita di sovrappeso e obesità. Non vi sono, infatti, studi che dimostrino non solo in che modo la perdita di peso rovesci la natura di questi rapporti ma se il dimagrimento vada ad accrescere la speranza di vita.

All'interno dell'ambiente di *Health Promotion*, dove il miglioramento fisico non è forzatamente legato ad uno stato patologico, l'attività di fitness insieme a palestre e centri wellness sta assumendo un ruolo, sempre più, rilevante. Mediante l'esercizio come "farmaco", il fitness mira a modificare il corpo, renderlo più utile allo stress pressante della quotidianità, mantenerlo giovane, perfezionarne i contorni e rafforzare la muscolatura. Il fitness è divenuto il promotore del miglioramento della forma fisica in salute ma è anche il riflesso di una visione edonistica del corpo tipico di un'estetica che lo vuole forte, scattante e con muscoli potenziati (se uomo) o agile, sodo con curve perfette nei "punti giusti" e una muscolatura allungata (se donna). Con specificità al miglioramento del corpo, possiamo trovare pratiche di fitness sportivo che aiutano a lavorare sui chili al fine di raggiungere un corpo "idealmente" magro; e pratiche di fitness metabolico, un nuovo approccio alla salute fisica orientato, principalmente, a migliorare la componente metabolica del soggetto.

Si tratta del risultato di un mutamento nella cornice cognitiva della società che pone il benessere al centro della cultura (Maturò, Setiffi, 2021). Un benessere che, tuttavia, può sfociare al limite dell'ossessione e trasformare la ricerca del miglioramento umano in una dismorfobia ossia una preoccupazione, cronica e immotivata, per un presunto difetto fisico come un corpo non allineato all'estetica veicolata dalla società. Ciò di conseguenza induce l'individuo ad una medicalizzazione eccessiva del miglioramento del peso corporeo, nel corso del tempo, danneggiandone sia la salute fisica che psichica e sociale.

In ultimo, ma non per importanza, la medicalizzazione del peso corporeo, in termini di miglioramento degli stili di vita (dieta e attività fisica), viene, sempre più, realizzato anche mediante l'ausilio della tecnologia che sorveglia molecolarmente il corpo *onlife* (Floridi, 2014). Il mondo della *gamification of bodies* aumenta la possibilità del miglioramento nelle app, nei *wearable devices* e nelle altre "protesi" *smart* attraverso la ludizzazione che allevia e distoglie dalla fatica e dallo stress dell'utente di seguire percorsi fisici e alimentari mentre

ne accresce la sua prestazione. Quest'ultimo aspetto può essere, costantemente, migliorato grazie all'automonitoraggio (*self-tracking*) che permette di tracciare e quantificare, costantemente, i dati - fisiologici, emotivi, comportamentali - raccolti fungendo da base informativa per raggiungere degli obiettivi. Una continua sorveglianza del proprio intimo molecolare - il peso da registrare, le abitudini alimentari in calorie, le distanze percorse - che può allargarsi ed essere "aumentato" nella comunità virtuale con la quale si può decidere di voler condividere anche la propria estimità fatta di risultati, tecniche e strategie. E in questo *endopticon* (Maturò, 2015), un ambiente dove la percezione di poter essere, continuamente, sorvegliati "seguiti" e valutati da tutti si trasforma in autodisciplina e nell'adesione a certi standard e a certe soglie imposte (Maturò, Moretti, 2019), si ottengono benefici che possono tradursi in un maggior impegno nel perseguire abitudini di vita nutrizionalmente sane e programmi di calo ponderale (Eime *et al.*, 2013).

Tuttavia, il principale inconveniente della medicalizzazione del peso è quello di conferire legittimità scientifica alla condanna sociale dell'obesità finendo per nascondere l'aspetto medico del problema e concentrarsi sull'estetica del corpo in una mortificante lotta alla grassofobia.

2.3. *La rappresentazione dei corpi e degli anti-corpi tra body shaming e body shaping*

Ogni società costruisce le proprie rappresentazioni attorno ai vari oggetti sociali. Raccolti in un insieme di valori, idee, metafore, credenze e pratiche, le rappresentazioni sociali stabiliscono i modi per collocare le persone in diverse categorie e attributi nei contesti nei quali si svolge l'interazione. In quanto oggetti sociali, i corpi, in questi termini, vengono suddivisi tra normali che presentano le forme più generalizzate e patologici/devianti che, invece, si discostano dall'essere conformi (Durkheim, 2001).

La percezione del corpo ma anche del relativo peso è intrisa di significato sociale e l'attributo di normalità è prodotto culturalmente (Stagi, 2010; 2008). Horwitz (2008), a tal proposito, sostiene che vi siano diversi aspetti della normalità che influiscono sulla rappresentazione: statistica, normativa ed evolutiva. La normalità statistica è il risultato di una caratteristica che, all'interno di un gruppo o di una popolazione, si presenta con maggior frequenza. Il fatto che, attualmente, la popolazione mondiale sia sempre più obesa

risulta “in media”, statisticamente, normale. La normalità normativa riflette tutto ciò che aderisce conformemente al modello socialmente definito pertanto risulta normale accettare un'estetica del “bello”, grasso o magro, connotato culturalmente. Infine la normalità evolutiva si basa su funzioni adattive risultate vincenti, nel corso della selezione naturale. Risulta, pertanto, evolutivamente normale, nella gran parte del globo occidentale, associare ad un corpo magro, attivo fisicamente e nutrito adeguatamente, lo status di corpo in salute le cui forme sono risultate in termini di morbilità e mortalità più adatte al processo di selezione naturale.

La visibilità dei nostri corpi viene giudicata in un orizzonte normativo che lo incapsula nelle caselle del binomio normale-anormale. Ci sono corpi che vanno bene e che non disturbano, che si confondono nel flusso quotidiano e anti-corpi che, al contrario, mostrano qualcosa di insolito, di negativo che emerge in una discordanza sociale.

Nella sociologia dell'obesità, lo stigma nasce conseguentemente al considerare l'eccesso di peso e l'eccesso di forme come anormali, patologiche, devianti. La stigmatizzazione dell'obesità riflette il processo di trasformazione delle rappresentazioni sociali che influenzano le interazioni e contribuiscono ad apporre un marchio di disapprovazione sociale. Ciò giustifica una serie di discriminazioni e di esclusioni che possono sfociare in un'alterazione dell'immagine che l'individuo ha di sé stesso.

Se Goffman (2009; 2003) si concentra più sulla dimensione strutturale del corpo sulla scena sociale, ponendo attenzione al necessario mantenimento di un'interazione ordinata che riproduca ruoli e identità, codici prescritti attraverso un aspetto estetico, dei movimenti e una postura che siano coerenti con gli stereotipi imposti dall'organizzazione sociale, sarà il sociologo americano Cahnman (1968) che porrà in luce la disapprovazione sociale verso l'obesità come rifiuto di una deformazione fisica e comportamentale.

Il modello estetico di magrezza, veicolato lungo il corso della storia, è, tuttavia, relativo. In vari momenti, il concetto di grasso o magro ha assunto diversi significati e interpretazioni distinguendo da un punto di vista morale e valoriale classi sociali, aree geografiche, generi, etnie e nazionalità. Se l'aristocrazia dell'Europa medievale valorizzava un'immagine della donna esile e fragile, quella del Rinascimento prediligeva un modello di estetica corporea in cui le rotondità apparivano come segni di ricchezza, di successo e di raggiungimento di una posizione sociale agiata.

Nell'Ottocento con la figura del *Fat Cat* - uomo grasso ricco e potente - e della *matrona* - l'anziana ricca e formosa - la magrezza rappresenta la consunzione, la malattia e addirittura la cattiveria ed è, all'eccesso di peso, che viene associato lo stare in salute, la prosperità, la tranquillità e la rispettabilità. Attributi di pochi, questi ultimi, poiché per mantenere un corpo pesante bisognava potersi permettere di comprare il cibo e la corpulenza così come una grande dimora, rivelava quanto abbondante fosse il proprio patrimonio (Meloni, Mibelli, 2021; Farrell, 2020).

Tuttavia, già in questa cultura, in alcune situazioni, la corpulenza veniva derisa e biasimata. In particolare, si stigmatizzava la "stranezza". Le forme del corpo estreme, che differivano dalle dimensioni normali, erano sfruttate, specie negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, negli spettacoli cittadini o itineranti come le fiere, i circhi, le *vaudeville*. Le persone, enormemente, grasse, in questo caso, erano percepite come grottesche al pari dei nani, dei gemelli siamesi, delle donne con la barba e dei corpi scheletrici. In questo tipo di ambiente, il corpo veniva esibito senza dignità giocando sul disagio e sulla non adattabilità all'ambiente circostante (Meloni, Mibelli, 2021; Farrell, 2020).

La presenza di uno stigma sociale e morale, verso il corpo obeso, diventa più frequente negli ultimi decenni dell'Ottocento, prima negli Stati Uniti e poi in Europa. Le connotazioni negative intorno alla visione del grasso, tuttavia, sono precedenti alle preoccupazioni mediche sugli evidenti rischi per la salute associati all'eccesso di peso. I medici, infatti, per tutto il XIX secolo e per gran parte del XX secolo, sono, tendenzialmente, non curanti nei confronti del peso. Le malattie diffuse come la tubercolosi e la malnutrizione che facevano perdere molto peso ai pazienti, portavano i dottori a preoccuparsi più di incoraggiarli a mangiare piuttosto che di farli dimagrire. Considerando, inoltre, naturale che il peso fosse un effetto collaterale dell'avanzamento dell'età (Meloni, Mibelli, 2021; Farrell, 2020).

A partire dalla fine dell'Ottocento, la civiltà inizia a costruire un'avversione lipofobica, in ambito medico, della moda e dell'estetica corporea. Nonostante ciò, tale avversione non implicava, ancora, che un corpo magro fosse visto in modo positivo. Per molti, l'ingrediente fondamentale di un corpo sano ed esteticamente piacevole era l'equilibrio e si richiedeva di ridistribuire il grasso in luoghi desiderabili ma non di eliminarlo completamente (Meloni, Mibelli, 2021; Farrell, 2020).

Progressivamente, però, la crescente insofferenza culturale per il grasso diviene un vero

e proprio marchio di discredito. Se prima della fine del XIX, solo i privilegiati specie se uomini potevano ingrassare risultando questo, ancora segno di rispettabilità, ricchezza economica e salute, il nuovo imperativo di comprare, spendere, godere vi entra ben presto in conflitto. E in una società volta agli eccessi, l'ideale culturale diviene la ricerca di un'etica di contenimento di impulsi e desideri, di gratificazione differita e di lavoro continuo e diligente che si riflette su un corpo magro. In questo senso, il grasso viene associato ad avidità e materialismo o persino a corruzione dei governi e delle banche.

Tra la fine del XIX secolo e l'inizio del XX secolo, anche conseguentemente ai profondi rivolgimenti nello sviluppo della civiltà negli strati sociali più elevati, le connotazioni relative al peso corporeo continuano gradualmente a cambiare. A livello medico, il miglioramento dell'assistenza sanitaria e la scoperta delle funzioni biologiche del tessuto adiposo quali elementi inutili e parassitari portarono, gli astuti guru dell'imprenditoria delle diete, a pubblicizzare prodotti dimagranti. A livello sociale, un numero sempre crescente di persone, raggiungeva la stabilità economica ed aveva accesso a cibo più abbondante e alla possibilità di condurre una vita più sedentaria e un lavoro fisicamente meno faticoso. Di conseguenza, sempre più persone aumentavano e mantenevano peso. Pertanto, quando fu comune a molti e non più prerogativa di pochi, il grasso venne visto come un problema culturale, oggetto di critiche, preoccupazioni pubbliche e segno di distinzione di status. A differenza del passato, quindi, salire la scala sociale significava aspirare a un corpo magro. L'enfasi sulla superiorità del corpo sottile mostrava moderazione e autocontrollo di fronte all'eccesso della nuova vita urbana e commerciale. In una sorta di teoria dell'evoluzione, il grasso rappresentava un segno di inferiorità, del peccato di gola, di una cattiva relazione con Dio finanche un sintomo che faceva presagire problemi come l'omosessualità, la criminalità, le malattie mentali. La tendenza endocrina ad aumentare di peso etichettava le donne, gli immigrati, la classe operaia, gli afroamericani e altre minoranze come esseri "primitivi", pertanto, era necessario insegnare loro, anche con la violenza, la disciplina (Farrell, 2020; Poulain, 2008; Fischler, 1992).

Nel simbolismo dell'epoca, il corpo esile, fragile, inappetente significava trascendenza spirituale dei desideri della carne ma anche ascetismo sociale. In tale contesto culturale, in cui il rischio costruito era quello di perdere insieme lo status di bellezza e di potere, dunque, prosperarono le industrie dietetiche.

Sebbene la nascita della grassofobia si sia sedimentata lungo il corso delle epoche, l'opinione pubblica associa le origini del culto della magrezza contemporanea alle *flappers* degli anni Venti del Novecento. Tali iconiche donne si mostravano con seno e vita inesistenti, fianchi stretti, corpo asciutto e magro. Un modello che si imporrà, nelle classi agiate, negli anni '50 e soprattutto '60, dove forte sarà il desiderio di allontanarsi dall'immagine del "capitalismo con la pancia" (*Fat Cat*) per denunciare lo sfruttamento coloniale e post-coloniale dei paesi ricchi e sovra-alimentati. Nel XX secolo, inoltre, dopo le Guerre Mondiali, l'obesità anche quella infantile inizia ad essere, in parte giustificata, con la teoria della civiltà. Secondo tale approccio, in alcune famiglie, culturalmente ed economicamente svantaggiate o che avevano subito periodi di fame e carestie, le persone conservano ricordi inconsci di quei momenti che li spingono a mangiare eccessivamente anche in periodi di abbondanza (Farrell, 2020; Poulain, 2008; Fischler, 1992).

Lo stigma del corpo grasso, quindi, ha radici molto profonde che sono mutate nel corso del tempo, hanno assorbito una complessa strutturazione, di senso e dissenso, e che, oggi, continua a manifestarsi in forme nuove.

I significati culturali che attribuiamo al grasso influiscono sulle esperienze di vita e nei percorsi di salute delle persone. L'obesità viene rappresentata, oggi, mediante uno stigma fisico per la visibile ingombranza, caratteriale trattando il suo portatore con meno umanità e rispetto definendolo pigro, avido, goffo, imbranato, inetto ma soprattutto colpevole. Di conseguenza non c'è spazio a comprensione, gentilezza, rispetto, dignità. Essere grassi e non fare niente per cambiarlo è ritenuta, infatti, una scelta comoda. Ma essa identifica anche uno stigma tribale riconoscendo il problema di un territorio, di una nazione, dell'intero globo.

Il messaggio simbolico è immediato se si osserva la copertina del *The Atlantic* (Fig.7) di qualche anno fa. Lo stigma tribale, infatti, mira al cuore identitario di una società e ne mette in luce il nuovo stato caricaturale. Il grasso (*fat nation*) trasforma, non solo fisicamente, la Statua della Libertà ma la ricopre di vergogna e dell'ansia di vincere l'obesità (*to beat obesity*). L'obiettivo è, infatti, quello di eliminare un attributo di discredito che denigra non solo gli individui ma la cultura intera come sottolineato da un linguaggio apocalittico *it's worse than you think* - è peggio di ciò che pensi - che crea allarmismo e azzerà qualsiasi capacità di giudizio positivo.

Fig. 7 – Nazione grassa. È peggio di ciò che pensi. Come vincere l'obesità



Fonte: The Atlantic, maggio 2010.

Tali significati stigmatizzanti hanno effetti sociali reali per le persone obese come ritardare la mobilità intra generazionale e aumentare quella intergenerazionale discendente, il reddito inferiore, la difficoltà a sposarsi, il maggiore isolamento sociale, rispetto alle cerchie amicali, un indice di pigrizia svogliatezza e mancanza di disciplina nel mercato del lavoro (Kwan, Trautner, 2011; Cavanna, Stagi, 2009; Conley, Glauber, 2006; Kutcher, Bragger, 2004).

Fig. 8 – Eufemismi che descrivono i corpi fuori misura



Fonte: propria elaborazione

Il *fatism* (Crosnoe *et al.*, 2008), più attualmente popolare come grassofobia o *fat shaming*, è il pregiudizio che la società nutre verso le persone grasse. Il *body shaming*, la

marginalizzazione che i corpi subiscono a causa delle loro forme non conformi. La sterminata ricerca di eufemismi che descrivono i corpi obesi (Fig.8), a tal proposito, diagnostica il livello di disagio e di discriminazione che la società nutre nei confronti delle persone grasse e, di conseguenza le opportunità che offre loro.

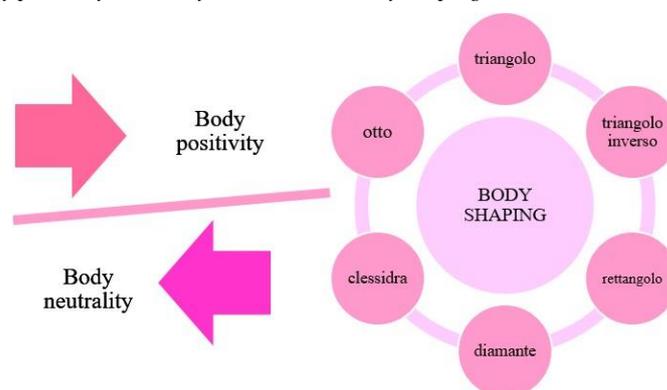
In ogni epoca, le rappresentazioni sociali dell'obesità sono segnate dall'ambivalenza culturale. Come ogni altra forma di stigma, quella del grasso è relativa e dipende dal contesto storico e culturale, dalle percezioni (bello, brutto, pericoloso, sano, ricco, povero) dai luoghi e dalle epoche. Mentre oggi, nella gran parte del globo occidentale, lottiamo contro lo stigma del grasso, gli standard corporei di alcune culture, come quelle delle giovani donne in Namibia o quelle arabe che vivono in Mauritania, vedono l'eccesso ponderale desiderabile e attraente (Farrell, 2020).

Inoltre, se dimagrire sembra la soluzione ciò non vuol dire che tutti soffrano nella stessa misura e nello stesso modo, lo stigma. In linea con quanto analizzato da Goffman (2018; 2009; 2003), il *body shaming* ha un rovescio della medaglia in tutte quelle forme di resistenza che i corpi, con un'identità stigmatizzata, hanno messo e mettono in atto. Dallo spirito attivo della seconda ondata del movimento femminista, di liberazione omosessuale, per i diritti sociali, studenteschi e pacifisti, del *black power*, infatti, si sono originati dei movimenti di *fat activism* che si pongono in antitesi con le rappresentazioni degli standard corporei considerati "civili". E la sfida è, sempre più, quella di eliminare lo stigma, non il corpo grasso (Wann, 1998).

Il *fat activism* emerge come movimento sociale, nel 1967, con il primo sit-in o meglio *fat-in* grasso-positivo che riunisce circa 500 persone, a Central Park (New York City), per protestare contro i pregiudizi verso le persone grasse. Quello stesso anno, poi, viene pubblicato l'articolo, per il *Saturday Evening Post*, intitolato "più persone dovrebbero essere grasse" che Llewelyn "Lew" Louderback scrisse per difendere, pubblicamente, la discriminazione che la moglie aveva subito in quanto obesa. A partire da questo momento, si pose attenzione sui modi in cui la società discrimina le persone obese. Nel 1969, sempre negli Stati Uniti, viene fondata la più importante di queste associazioni, la NAAFA (National Association to Aid Fat Americans). Si trattava di un'associazione che puntava a combattere lo stigma del peso, ma che metteva anche un forte accento sui *bias* medici (pregiudizi che al momento della diagnosi di un paziente grasso si riscontrano nei dottori).

Negli anni '80, diventando progressivamente sempre più politico e diffusosi su scala sempre più ampia, cambiò il nome in National Association to Advance Fat Acceptance. Il movimento a cui si legò maggiormente il *fat activism* fu il femminismo. Nel 1973, poi, esso venne supportato anche dalla nascita, a Los Angeles, del movimento *fat underground* formato da attiviste nere, donne lesbiche e persone queer. Quest'ultime, evidenziarono l'importanza di fare ricerche sui legami tra obesità e salute. Nello stesso anno, le attiviste della *fat underground* diedero vita al *Fat Liberation Manifesto* che consacrò la natura politica e militante del movimento e che in 7 punti sostenne i diritti delle persone grasse come esseri umani. All'inizio degli anni '80, la divisione sociale, le ostilità, l'isolamento, le pressioni, portarono a sostenere che *fat* o *bodyshaming* aveva un impatto sui problemi di salute mentale delle persone. Le comunità di *fat acceptance* incoraggiarono, allora, i membri a prendere sempre più parte alle varie forme di attivismo iniziando a diffondere l'idea che ogni corpo era unico e rispettabile. Tale percorso, porterà, negli anni Novanta, alla *body positivity*, un concetto, coniato dalle attiviste Elizabeth Scott e Connie Sobczak, con lo scopo di dare vita a una sensibilizzazione sociale sul tema dei disturbi alimentari. Il termine voleva allargare l'attivismo includendo "ogni corpo" indipendentemente dalle caratteristiche. La *body positivity* diviene, ben presto, popolare e rimbalza da un medium all'altro facendo molta presa nel tessuto sociale contemporaneo.

Fig. 9 – Dalla *body positivity/neutrality* alle forme del *body shaping*⁵²



Fonte: elaborazione propria

⁵² Per una corretta lettura del *body shaping* le forme del corpo individuate sono sei: triangolo (o pera) in cui la parte superiore del corpo è più sottile di quella inferiore; triangolo inverso in cui la parte alta del corpo è più ampia di quella bassa; rettangolo rappresenta un corpo poco curvilineo, androgino; diamante (o ovale) con la zona centrale del corpo più voluminosa; clessidra con punto vita stretto; e otto con il punto vita visibile ma più alto della clessidra. Cfr. Migliaccio (2020).

Nel 2004, la *Dove* si appropria, come brand, di tale pensiero attivista dando origine alla narrativa *Amati con le tue imperfezioni* che, ancora oggi, è itinerante in tutto il mondo. Tuttavia, diversi studi hanno dimostrato come, negli ultimi anni, i diversi (social) media rilascino milioni di spot pubblicitari, post e hashtag sulla *body positivity* la cui narrazione si è arenata intorno al *Self Love* senza raccontare più niente dell'attivismo in senso puro. Già dal 2015, quindi, si parla sempre più di *body neutrality*, un nuovo modo di concepire il corpo, che non si concentra sull'estetica in sé ma sull'apprezzare le cose che con esso si possono fare senza negatività ma nemmeno con ostentata positività. In un'ottica di accettazione, che non escluda nessuna delle due visioni del corpo (Fig.9), si propone, in questa sede, di parlare di *body shaping* ossia di guardare al corpo valorizzandone l'unicità, la funzionalità e la varietà delle sue forme. Le stesse forme, individuate da Migliaccio (2020), che abbracciano il concetto di conoscenza del proprio corpo e che, come avviene in natura, non associano la bellezza al conformismo ma alla diversità.

La diffusione di un'attenzione, particolarmente, positiva, neutrale e "modellata", è divenuta così radicata da non riguardare solo i corpi delle creature umane. Lo stesso principio si tenta di abbracciare, oggi, nel mondo delle fiabe e dell'animazione, dal cinema alla televisione, alle piattaforme digitali. I personaggi grassi, infatti, non sono mai stati degli eroi, anzi, al massimo rappresentano la spalla comica dei più fortunati, sono dei buoni amici ma buffi e inetti. Nel 2022, finalmente, arriva Bianca (Fig.10), la prima eroina *curvy*, della Disney, che combatte il riflesso del proprio corpo allo specchio incanalando le paure in una nuova energia fatta di grazia e potenza che diventa un messaggio di *body shaping acceptance* già da bambini.

Fig. 10 – Bianca cerca di prendere fiducia nel suo corpo



Fonte: Cortometraggio *Reflect*, Disney (2022).

PARTE SECONDA

LA RICERCA EMPIRICA SUL TERRITORIO RIMINESE

CAPITOLO 4

IL DISEGNO DELLA RICERCA

Premessa: pianificare il percorso

Pianificare un percorso di ricerca è come programmare un viaggio. Identifichiamo una meta di interesse, iniziamo ad approfondire la conoscenza sul luogo che vogliamo raggiungere, sul suo tessuto umano, sociale, culturale, politico, sanitario, gastronomico, climatico, tecnologico e immaginiamo come possa essere interagire in quel contesto che sentiamo vicino o lontano. Scegliamo, poi, i mezzi con cui raggiungeremo la meta (auto, bus/treno, aereo) e gli strumenti utili per affrontare quel viaggio in base ad una serie di obiettivi e ipotesi: “vorrei salire sul vulcano oppure fare un bagno nella Spa della baita di montagna o, ancora, mi piacerebbe passare una giornata in un’isoletta incontaminata da raggiungere via mare” e a quel punto sarà freddo? sarà caldo? serviranno degli scarponcini, degli infradito o entrambi? E cercheremo, poi, di provare a prevedere qualche imprevisto prendendo un k-way che “non si sa mai”. Ma al di là della scelta della valigia, di massima portata o dello zainetto, con cui decideremo di partire, l’ideale sarebbe restare con il “solo il bagaglio a mano” abbandonando progressivamente «una serie di convinzioni come fossero indumenti superflui» (Romagnoli, 2015, p. 16). E intraprendere un percorso in cui ai passi rigorosi ne potrebbero seguire di altrettanti, non sempre lineari, cui sarà necessario prendere decisioni, adattarsi e lasciare che le “fotografie” prendano, maggiore, spazio nel viaggio di ritorno.

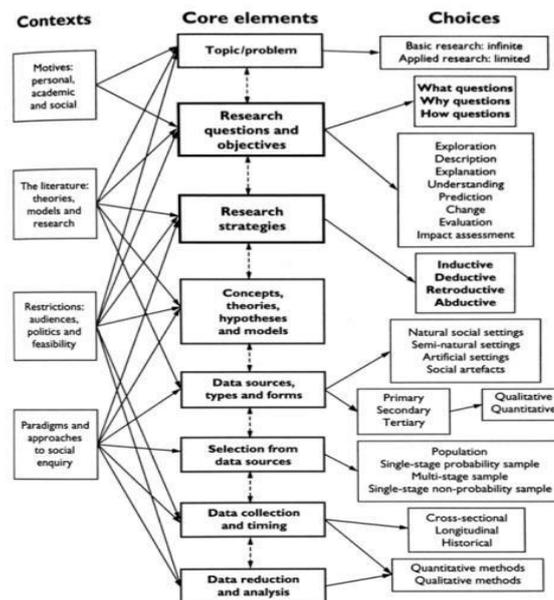
Questo capitolo metterà in luce l’insieme degli strumenti, delle tecniche, delle strategie di rilevazione e analisi che hanno costituito il percorso metodologico ovvero la “cassetta degli attrezzi” funzionale ad argomentare la ricerca sociale empirica, oggetto del lavoro di dottorato. In queste pagine, pertanto, verrà esplicitato il disegno della ricerca, insieme agli

obiettivi conoscitivi, le domande, le ipotesi e le tecniche ritenute più adatte a legittimare, scientificamente, un fenomeno in una lettura sociologica approfondita (Palumbo, Garbarino, 2006).

Nella prima fase del lavoro empirico, la ricerca è stata “disegnata” mediante una serie di scelte, operate sulla base del tempo a disposizione, i tre anni del percorso dottorale. Dopodiché si è definito dal problema da indagare sino all’analisi del materiale raccolto attraverso specifiche tecniche, vagliate nel rigore metodologico delle procedure considerate valide dalla comunità scientifica e sulla base degli obiettivi da raggiungere (Palumbo, Garbarino, 2006; Cardano, 2003).

Il disegno della ricerca si fonda su elementi fondamentali che mettono in moto un processo circolare la cui realizzazione, articolata in fasi interdipendenti e adempimenti stabiliti, rendono necessaria una coerenza metodologica (Palumbo, Garbarino, 2006).

Fig. 1 – Fasi del disegno della ricerca sociale



Fonte: Blaikie (2000, p. 33)

Come si evince dalla schematizzazione di Blaikie (2000) (Fig. 1), al centro si collocano i passi fondamentali del percorso di ricerca e, per ognuno di essi, si prevedono scelte metodologiche (a destra) e possibili contesti (a sinistra) entro cui operare a cui

corrispondono fattori che possono influenzarle. Le frecce bidirezionali sottolineano il rapporto di interdipendenza tra i fattori ma anche l'idea di complessità e di potenziali difficoltà che si potrebbero incontrare nella fase di progettazione. L'immagine della ricerca come processo lineare, infatti, costituisce un modello astratto, la concreta attività è, al contrario, caratterizzata da fasi che si sovrappongono (anche solo in parte), che si svolgono in parallelo che generano ripensamenti o revisioni e provocano retroazioni. Ma soprattutto, vengono, spesso, ricostruite a posteriori (Palumbo, Garbarino, 2006; Fleck, 1983).

Una volta identificato il tema oggetto di interesse ovvero l'approccio sociologico all'obesità infantile, con particolare attenzione all'influenza che i fattori sociali hanno sulle abitudini alimentari e gli stili di vita, nel contesto italiano, e al fine della definizione degli obiettivi, l'attenzione si è orientata verso la costruzione della cornice teorica. Mediante analisi di sfondo, preliminarmente, si è raccolto materiale, bibliografico e documentale, disponibile, dati statistici, report, indagini, ricerche, già effettuate su temi analoghi, utili per conoscere l'argomento con lo scopo di delimitarlo e concentrarvi nel prosieguo del lavoro. Inoltre, si è reso necessario delimitare i confini anche da un punto di vista territoriale alla regione Emilia-Romagna e al caso studio di Rimini. Come nota Bagnasco (1986), infatti, in base ai problemi che ci poniamo, i confini cambiano e sono, inevitabilmente, spazio-temporalmente e socio-culturalmente situati.

In tal modo, si è attivato, sin da subito, uno scambio tra teoria ed empiria che, come scriveva Merton (2000), non è a senso unico bensì nutre la scienza in modo interdipendente.

L'inquadramento teorico, mediante l'osservazione del fenomeno sociale da punti di vista scientifici esterni, e l'interpretazione che ne è derivata, ha condotto, poi, ad una personale riflessione orientata alla definizione concettuale e territoriale di riferimento. Tale decisione ha rappresentato la fase iniziale del percorso empirico: una "ricerca nella ricerca" che ha permesso di accedere alla formulazione delle ipotesi (generali e operative), da confermare o confutare, attraverso i risultati derivanti dall'analisi dei dati raccolti (Marradi, 2007).

Tuttavia, in questo «processo cognitivo» (Marradi, 2007, p. 16), le idee, già formulate, non si sottopongono ad un semplice meccanismo di conferma piuttosto a un complesso cammino molto articolato e non sempre lineare. Per riprendere la metafora iniziale del viaggio, nella ricerca scientifica, dalla progettazione alla conduzione, si prendono decisioni importanti su quale sentiero, dalle molteplici diramazioni intraprendere (Marradi, 2007). In

più, come osserva Cardano (2020), si tratta di un viaggio attraverso i territori del parzialmente visibile: ciò che sappiamo sui fenomeni sociali, infatti, è in minima parte osservabile. Se nessuna sequenza rigida di passi potrà dire qual è la decisione giusta, il *modus operandi* del sociologo - quantitativo o qualitativo - si misura sul grado di fiducia che riesce a instaurare nel dialogo, diretto o indiretto, con i suoi interlocutori. L'accesso a determinati contesti, mediati dai *gatekeeper*, la quantità e la qualità delle informazioni acquisite, dalle persone coinvolte negli studi, dipende (ed è dipesa) dal livello di fiducia conquistata che, conseguentemente, determina (ed ha determinato) anche la misura della loro cooperazione (Cardano, 2020).

Nei prossimi paragrafi, pertanto, verranno esplicitate le scelte metodologiche, compiute durante il percorso di ricerca dottorale, orientate alla comprensione dell'obesità infantile secondo un paradigma, prevalentemente, postpositivista (realismo critico) e un approccio *life course* (Cappellato, Moiso, 2020). L'obiettivo è quello di cogliere le modalità di azione di abitudini alimentari e stili di vita, durante il corso biografico, attraverso tecniche di natura sia qualitativa che quantitativa (Corbetta, 2015; Marradi, 2007; Cardano, 2003).

1. Obiettivi, domande di ricerca e ipotesi

La cornice delineata, all'interno dei capitoli teorici, ha permesso di ricostruire gli aspetti socio-epidemiologici della condizione, globalmente endemica, in cui si colloca, attualmente, l'obesità infantile la cui prospettiva eziologica e interpretativa presenta molteplici sfumature interdipendenti e non mutuamente esclusive. La pressione sociale che tende a responsabilizzare gli individui e, in particolare, le madri in relazione alle scelte quotidiane, già nella vita intrauterina ma anche la naturale quanto necessaria propensione da parte dei genitori di prendere decisioni, per conto dei figli, in base ad una serie di determinanti sociali che possono condizionare lo stato di salute, prossima e futura, del bambino, ha orientato l'importanza di spostare il focus dal vissuto del bambino a quello dell'intera famiglia.

La decisione di intraprendere un percorso empirico, nel contesto Emilia-Romagna, e - per il caso studio - nella città di Rimini è stata, poi, maturata in quanto se da un lato i

risultati regionali dell'indagine Okkio alla salute (SSRER, 2019a) evidenziavano un 26,4% di bambini con eccesso ponderale; dall'altro un recente rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2019a) valutava la regione quale *italian country example* per la risposta dei sistemi di assistenza sanitaria nella prevenzione all'obesità infantile. Inoltre, in un lasso temporale di poco più di 10 anni, Rimini, è passata dall'essere la città magliana dei dati, su scala regionale, per sovrappeso e obesità infantile a promuovere l'educazione alimentare a partire dalle scuole offrendo cibo per la gran parte biologico e a km zero e stili di vita orientati al benessere fisico e mentale, già in giovane età.

L'obesità infantile, da taluni considerata malattia cronica recidivante e da talaltri un fattore di rischio: (1) è uno dei più urgenti problemi di salute globale, responsabile del 5% delle morti mondiali che, in Italia, colpisce il 30,6% della popolazione infantile con cifre che sono destinate ad aumentare entro il 2030 (2) è più incisiva, soprattutto, nella fascia d'età fra 5-7 anni e la pre-pubertà, a causa del rischio di *adiposity rebound* (rimbalzo adiposo), un momento in cui si registra un fisiologico accrescimento dell'IMC e del numero di cellule adipose presenti nell'organismo, fortemente, influenzabile in negativo da scorretta alimentazione e sedentarietà (3) si origina, nella fascia d'età individuata, anche a causa di un allentamento educativo - sia a livello familiare che scolastico - verso l'alimentazione a favore di una maggiore autonomia del bambino (4) è, come si evince, strettamente correlata ad abitudini alimentari e stili di vita del bambino, supportate o limitate, dalle scelte della famiglia in cui è inserito. L'inadeguata alimentazione e la sedentarietà, sono fattori che possono contribuire o esacerbare i problemi di eccesso ponderale. Tuttavia, è necessario considerare che il mutamento degli stili di vita, la *political economy* delle industrie alimentari e le diseguaglianze sociali giocano un importante ruolo nel mantenimento di un contesto obesogeno che può impattare, a vari livelli, sui problemi di peso di adulti e bambini (5) necessita impegno, costanza ma soprattutto coerenza tra i vari ambienti della socializzazione: famiglia, scuola e altri contesti istituzionali nel supporto a specifiche attività quotidiane orientate all'educazione alimentare e agli stili di vita attivi (6) nelle situazioni critiche di sovrappeso con comorbidità e di grave obesità, il bambino viene preso in carico insieme alla sua famiglia. Tale strategia, sollecitata per situazioni specifiche di eccesso ponderale, richiedono un percorso multidisciplinare, a più livelli, dove il supporto, della famiglia al bambino, è fondamentale.

Per tutte le ragioni sopraelencate, l'indagine nasce dall'idea di osservare lo stato di salute delle famiglie con figli in età scolare, 6-11 anni, sul territorio riminese al fine di comprendere gli effetti che i fattori sociali e gli attori della socializzazione (primaria e secondaria) possono avere sulle scelte alimentari e di vita. L'obiettivo perseguito nel lavoro di ricerca, quindi, è stato duplice:

(1) in primo luogo, si è cercato di comprendere quali fattori influenzano le scelte alimentari e gli stili di vita dei bambini di età 6-11 anni (verosimilmente, delle loro famiglie) sul territorio riminese. Più precisamente:

- in quali famiglie si presentano le maggiori problematiche relative al sovrappeso e all'obesità infantile?
- Qual è il grado di consapevolezza delle famiglie e, nello specifico, delle madri nella percezione del peso dei figli?
- Quali fattori sociali possono promuovere il consumo di cibi biologici?
- Quali fattori sociali stimolano consumi alimentari ipercalorici?
- Qual è il livello di attività e sedentarietà dei bambini all'interno delle famiglie considerate?
- Come influiscono i media e il digitale negli stili alimentari e di vita dei bambini?

(2) Sul territorio riminese nelle scuole primarie il cibo fornito presso le mense è 70% biologico e a km zero mentre, a livello extra-scolastico, l'attenzione ai problemi di peso si esplicita in una strategia di presa in carico del bambino sovrappeso o obeso a livello medico-sanitario e molte iniziative locali per la promozione di stili di vita e abitudini alimentari corrette. Il secondo obiettivo della ricerca è stato cercare di comprendere come le famiglie percepissero questi punti di forza provenienti dal contesto scolastico, extra-scolastico, medico e istituzionale. Più specificatamente, si è trattato di analizzare:

- il grado di consapevolezza delle famiglie di un *plus* nell'offerta alimentare delle scuole dei propri figli e nelle opportunità medico-sanitarie ed educativo-culturali a livello locale;
- gli effetti pratici di questa peculiarità territoriale nelle abitudini alimentari delle famiglie (ad es. l'orientamento totalmente bio delle scuole stimola pratiche di imitazione anche nelle famiglie? Le stimola a informarsi? La presenza di iniziative

- e di programmi di presa in carico a livello sanitario condiziona le famiglie?)
- quanto le politiche socio-sanitarie e le attività di prossimità incoraggiano ai corretti stili di vita? In che modo, eventualmente, tali politiche hanno modificato le rappresentazioni sociali (idee, opinioni, credenze) del vivere “sano” nelle famiglie?

Gli obiettivi, quindi, sono stati definiti sulla base di valutazioni scientifiche e tenuto conto anche che alcune parti del lavoro si inseriscono all’interno di una ricerca del Dipartimento di Sociologia e Diritto dell’Economia dell’Università di Bologna dal titolo *Gradimento del biorispetto nell’alimentazione scolastica e stili alimentari delle famiglie. Un’analisi sociologica sul territorio riminese* condotta per il Comune di Rimini e diretta dal Prof. Antonio Maturo.

A pochi mesi dall’inizio del percorso di dottorato, l’indagine ha dovuto far fronte alle criticità imposte dalla situazione di emergenza sanitaria nazionale da COVID-19. Nello specifico, tra la primavera del 2020 e l’intero 2021 la ricerca ha subito una serie di battute d’arresto. Dal primo *lockdown* del 9 marzo 2020 a cui sono seguite le varie riaperture solo a partire da maggio o giugno 2020, alle misure di contenimento ristabilite dal 6 novembre 2020 (DPCM 3 novembre 2020) che hanno diviso l’Italia in zone di rischio ed hanno limitato, se non azzerato, la possibilità di spostamento nonché il divieto - in alcune scuole aderenti al progetto - di accedere ai locali da parte di personale esterno. Un nuovo *lockdown*, cosiddetto *di Natale* (dal 24 dicembre 2020 al 6 gennaio 2021 DPCM 3 dicembre 2020) e un’Ordinanza della Regione Emilia-Romagna (n. 28 del 6 marzo 2021) hanno, poi, decretato una ulteriore chiusura delle scuole primarie dall’8 al 21 marzo 2021. Per tali ragioni, e anche per osservare la realtà in divenire che stavamo vivendo, gli obiettivi sono stati integrati con ulteriori domande di ricerca:

- (3) quali effetti sono stati provocati dal COVID-19?
 - come le determinanti sociali di salute hanno condizionato le scelte delle famiglie durante i *lockdown*?
 - in quali famiglie, si sono avvertite le maggiori criticità?
 - il contesto riminese ha rappresentato un modello resiliente e di *empowerment*?

2. Il paradigma realista (postpositivista) e l'approccio *life course* per la comprensione del fenomeno

Nella prima parte, del presente lavoro di ricerca, è stata definita la cornice teorica che supporta l'intero studio. In particolare, si è cercato di mettere in evidenza la natura contraddittoria nella definizione di obesità e, nello specifico, obesità infantile ma anche tra le varie scuole di pensiero che, sociologicamente, la analizzano. In particolare, le visioni dei realisti e dei costruzionisti creano polarizzazioni, talvolta, fortemente contrastanti che però non escludono la ricerca di punti in comune e di un potenziale dialogo. Pur ritenendo importante che per parlare in modo esauriente di sociologia dell'obesità sia necessario mettere in evidenza sia le analisi offerte dalla cornice realista che da quella costruzionista, confutandone le concettualizzazioni dominanti, il percorso intrapreso, in questa ricerca, ha privilegiato il paradigma realista. Il paradigma realista (critico) o postpositivista analizza l'obesità a partire dal discorso medico. Esso orienta la discussione sulla consapevolezza individuale, pubblica e del rischio allargandosi alla realtà sociale e osserva il modo in cui determinati fattori strutturali impattano sullo sviluppo futuro della persona (Patterson, Johnston, 2012; Poulain, 2008). Tale paradigma, poi, in ottica comparativa, è anche quello adottato dalla sorveglianza europea (Childhood Obesity Surveillance Initiative) e questo ha, certamente, agevolato la possibilità di sostenere riflessioni comuni.

Il paradigma realista (critico) o postpositivista, come delineato da Kuhn (1970), è calzante per l'elaborazione di strumenti concettuali in cui la "realtà" risulti conoscibile anche in modo probabilistico. Tale paradigma permette di avvalersi di una molteplicità di teorie, per analizzare il medesimo fenomeno, prestandosi alle tecniche quantitative con apertura a quelle qualitative. Inoltre, preme esplicitare che per la parte qualitativa, è stato necessario sconfinare in una prospettiva più vicina all'interpretativismo (Corbetta, 2015) che supporta un avvicinamento micro all'oggetto studiato al fine di cogliere e far emergere i significati che la popolazione attribuisce al fenomeno e alle relative e conseguenti pratiche sociali.

Le scelte in fase di progettazione della ricerca sono dipese, quindi, da una «sottomissione all'oggetto» (Cardano, 2003, p. 19). Non si deve, infatti, dimenticare che è l'oggetto specifico dell'indagine a «dettare al ricercatore le condizioni alle quali è possibile

osservarlo» (Ivi).

La prospettiva adottata per analizzare l'obesità infantile, in relazione ad abitudini alimentari e stili di vita, è quella del *life course* o corso di vita (Moiso, Cappellato, 2020). Sviluppata nelle scienze sociali, a partire dalle ricerche di inizio Novecento, di Thomas e Znaniecki (1918-20), la *life course perspective* considera l'ambiente fisico e sociale, in cui è inserita una persona, come causa determinante dell'insorgere di alcune patologie.

In una dimensione sia dinamica che trasversale, essa si concentra sulle traiettorie biografiche individuali (sequenze di eventi, ruoli ed esperienze) in una visione sociografica (contesti storici, culturali, politici, economici, sociali) considerando tutti quegli eventi, già della vita intrauterina, che hanno effetti che rimbalzano sulla salute fisica, cognitiva e sociale, nel corso degli anni successivi.

Specialmente nei primi anni di vita, l'esposizione a disuguaglianze strutturali, da parte dei genitori (reddito, istruzione, quartiere di residenza) può influenzare, in modo significativo, la qualità della vita e i livelli di benessere (Corna, 2013; Hoffman, 2011; Hertzman, Power, 2006). In una logica accumulativa di esposizione (Ben-Shlomo, Huh, 2002; Kim, 2011), essere, più o meno, regolarmente esposti a varie situazioni di svantaggio, durante l'infanzia o addirittura prima della nascita, può produrre esiti negativi rispetto alla salute e diminuire l'aspettativa di vita. E, siccome non tutti i rischi sono, immediatamente, visibili, la prospettiva del *life course* mette l'accento sulle conseguenze negative di condizioni sociali lontane nel tempo che possono manifestarsi con effetti, diretti e indiretti, durante una fase di vita successiva.

Le narrazioni, riportate insieme ai dati ottenuti, non solo riferiscono e ricostruiscono le esperienze e gli eventi, fotografando uno spaccato di presente parziale, ma aiutano a proiettarsi nei limiti e nelle opportunità future organizzando strategie di supporto che possano migliorare il sistema esistente. Le esperienze vissute e il modo in cui i soggetti osservano e percepiscono la realtà hanno una relazione complessa con le storie di altri soggetti (individuali o collettivi) che li attraversano. Non solo l'ambiente familiare, quindi, ma anche quello scolastico ed extra-scolastico, quello medico-sanitario e politico-amministrativo appaiono soggetti significativi nel processo di apprendimento o ri-educazione di adeguate abitudini alimentari e stili di vita in età pediatrica. Tenendo in considerazione l'approccio *life course*, che ha guidato il percorso di ricerca, i successivi

paragrafi entreranno nel merito del reclutamento dei partecipanti e delle tecniche scelte per raggiungere gli obiettivi preposti.

3. Le scelte metodologiche e il reclutamento dei partecipanti

Il presente paragrafo ha l'obiettivo di esplicitare le scelte di carattere metodologico, le tecniche individuate per condurre il lavoro di ricerca e il reclutamento dei partecipanti.

Data la sensibilità della tematica di ricerca e la necessità di indagare fattori altamente soggettivi ma anche di generalizzare dati esperienziali, fondamentali, si è scelto di avvalersi di una metodologia in parte qualitativa e in parte quantitativa. Le due Muse della ricerca sociale, come le chiama Cardano (2020), vengono affiancate, per agevolare la raccolta dati, mediante strategie che talvolta necessitano di tecniche uniformi, standardizzate (quantitative) e talaltra flessibili che possano adattarsi al contesto cui si applicano (qualitative).

La ricerca ha preso avvio mediante le narrazioni che i vari *problem-centred expert* (Döringer, 2021) individuati hanno fornito rispetto all'obesità, alle abitudini alimentari e agli stili di vita all'interno degli ambienti indagati. Questa è stata la base esplorativa per scegliere i principali concetti di tipo orientativo o "sensibilizzanti" (Blumer, 1969) che fungessero da guida per avvicinarsi alla realtà empirica e suggerire le direzioni in cui guardare al fine di definire l'assetto quantitativo, nucleo fondante del lavoro. Il questionario, uno strumento standardizzato preciso ed esaustivo, per l'interrogazione dei soggetti coinvolti nel fenomeno da indagare, è stato costruito con l'obiettivo di evidenziare correlazioni e modelli causali (Marradi, 2019; Corbetta, 2015). Nella fase successiva all'analisi statistica, invece di ingabbiare la realtà in una definizione meramente numerica dei concetti stessi (Blumer, 1969), si è optato per un'interpretazione dialogica tra "variabili" e "soggetti" provando a restituire un quadro, il più possibile, veritiero della realtà oggetto di studio (Palumbo, Garbarino, 2022).

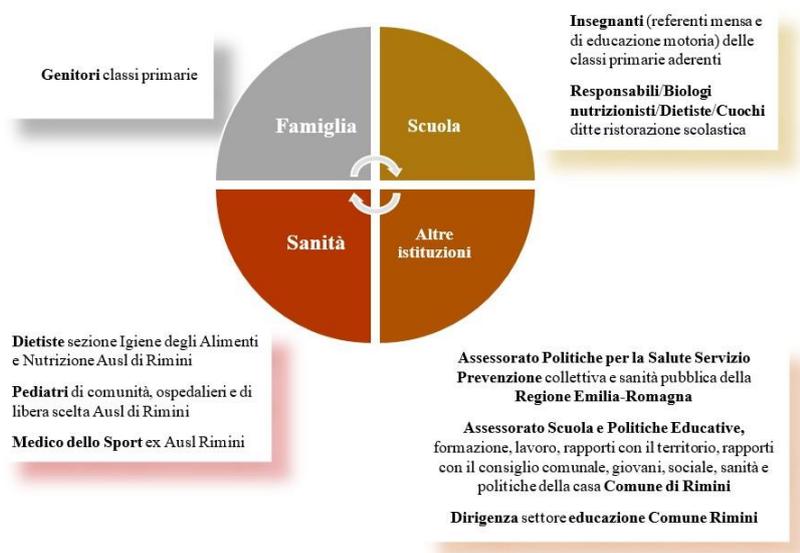
All'interno della ricerca sociale, la scelta dei metodi non è una mera definizione degli ingranaggi tecnici, che compongono la macchina, al fine di raggiungere gli obiettivi conoscitivi e rispondere alle domande di ricerca. Tale scelta implica una riflessione sullo stralcio di realtà, implicita o esplicita, che si vuole mettere in luce e le possibilità che si

hanno per conoscerla (Palumbo, Garbarino, 2022; Dal Lago, 1989). Per tali ragioni, si sono effettuate 15 interviste semi-strutturate, 8 focus group, 5 esperienze etnografiche e un questionario da cui sono state raccolte 361 risposte da parte dei genitori.

Dal campo di studio e dal periodo di *visiting* all'estero, inoltre, sono emerse ulteriori suggestioni rispetto a quelle assunte in partenza (Schwartz-Shea, Yanow, 2014). Per tale ragione, si è pensato di effettuare un'analisi su dati secondari statistici pre-esistenti senza procedere ad un'ulteriore rilevazione diretta. Nello specifico, si è operata una riflessione su scala europea, a partire dai dati desunti dall'ultima pubblicazione della sorveglianza europea *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (Ramoset al., 2021).

La ricerca si è avvalsa del coinvolgimento di tutti gli attori e gli ambienti considerati, strettamente, legati al tema dell'obesità, delle abitudini alimentari e degli stili di vita.

Nello specifico:

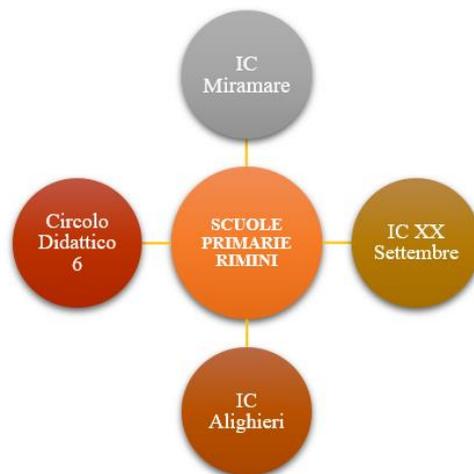


Il reclutamento è iniziato grazie alla collaborazione con l'Assessorato alla scuola e alle politiche educative e alla Dirigenza del settore educazione del Comune di Rimini che sono stati i *gatekeepers* per relazionarsi con la Dirigenza scolastica. La scuola, ambiente di socializzazione secondaria, è stato il luogo centrale per la costruzione dei contatti secondo un campionamento a valanga (*snowball sampling*⁵³ e per la realizzazione della

⁵³ Il campionamento viene definito a valanga in quanto ad ogni stadio i soggetti coinvolti hanno individuato

sorveglianza. Per ragioni di efficienza operativa e di attenzione pratica, anche da un punto di vista del ruolo delle famiglie, la scuola è stato l'ambiente principale da cui è iniziata la raccolta delle informazioni.

A tal proposito i plessi delle scuole primarie riminesi che hanno aderito sono:



Si tratta di Istituti che delineano, territorialmente e demograficamente, aree eterogenee e variegatae divise tra centro storico, periferia e litorale. Inoltre, è stata data priorità alle classi dei Plessi che offrono, per almeno 1 volta alla settimana, il servizio mensa.

Ciascun Dirigente Scolastico ha designato, poi, un'insegnante referente che si è sottoposta ad interviste semi-strutturate periodiche e a focus group (esplorativi, di approfondimento e aggiornamento). Ciascuna insegnante, a sua volta, ha fatto da *gatekeeper* per tutte le attività di coordinamento relative al proprio ambito. Tra i vari, le insegnanti referenti, sono state il collegamento, fondamentale, per la somministrazione dei questionari (sia online che cartacei) ai genitori attraverso i canali web e tradizionali individuati, la sollecitazione e la raccolta finale ma anche per l'accesso all'interno dei locali per le etnografie dirette e per la partecipazione all'istituto delle Commissioni Mensa.

Il reclutamento, poi, si è allargato, contemporaneamente, in più direzioni: l'ambiente della refezione scolastica, quello medico-sanitario territoriale e quello, più strettamente,

nuove unità con cui interloquire. Questa modalità è stata utile soprattutto, inizialmente, in ambienti non accessibili a chiunque e temi delicati per i quali è difficile ottenere risposte dirette come in Palumbo, Garbarino, op. cit.

politico-amministrativo esplorando e approfondendo la tematica da più punti di vista anche al fine di ricostruire pratiche e processi evoluti dal contesto riminese raccontati attraverso le parole dei suoi testimoni diretti. In questo caso, il campionamento è avvenuto “per esperti” o “campione sociologico” (Palumbo, Garbarino, 2022; Mongardini, 2002; Guala, 2000) selezionando individui, particolarmente, competenti in base al problema da affrontare ma soprattutto per ottenere informazioni significative e specifiche. Questi testimoni hanno, successivamente, identificato, *a palla di neve*, altre unità di soggetti sensibili che potevano approfondire, ulteriormente, pratiche e concetti.

3.1. L'analisi qualitativa

Nonostante le difficoltà, causate dal periodo pandemico, è stata effettuata un'ampia indagine esplorativa e una successiva di approfondimento. Come si è anticipato, la metodologia qualitativa è stata un importante mezzo per delineare la ricerca di sfondo e analizzare aspetti, questioni, criticità, particolarmente, cari agli interlocutori da un punto di vista locale, nazionale e sovranazionale. Nello specifico, per avere un buon quadro d'insieme, sono state utilizzate sia la *desk analysis* che indagini partecipative di varia natura (Palumbo, Garbarino, 2022; Corbetta, 2014). Lo studio della letteratura, grigia e scientifica, con particolare attenzione verso l'analisi di dati epidemiologici e demografici e la partecipazione a diversi *webinar*, locali e (inter)nazionali, hanno permesso di dare corpo al tema dapprima secondo un profilo macro e successivamente posizionarlo su una traiettoria micro locale-territoriale. A ciò, è seguito un approccio mosaico (Clark, Moss, 2011) composto da 15 interviste semi-strutturate a insegnanti, medici, esperti del settore ristorazione, testimoni istituzionali; 8 focus group con genitori, insegnanti, medici e 5 esperienze etnografiche: 2 in presenza durante il pranzo a mensa e 3 durante le Commissioni mensa (1 in presenza e 2 mediante piattaforma online).

All'interno della fase qualitativa, in cui ci si è orientati alla comprensione piuttosto che alla spiegazione, le logiche di campionamento sono state focalizzate su specifici casi, non statisticamente rappresentativi (Corbetta, 2015). Si è trattato, quindi, di individuare i soggetti appropriati da intervistare e la procedura empirica che consentisse di raggiungere gli scopi conoscitivi della ricerca (Cardano, 2003). Tali casi, definiti “insiemi logico-

significativi” (Altieri, Mori, 2003), piuttosto che “campioni”, sono scelti «sulla base della loro significatività sociologica (...) e sulla base di motivazioni portate dal ricercatore» (Altieri, Mori, 2003, p. 162).

Inoltre, al fine di garantire l’anonimato dei soggetti partecipanti, si è scelto di riportare i contenuti testuali con il ruolo sociale che i soggetti hanno all’interno della ricerca seguiti da un numero progressivo (es. Insegnante 1, Insegnante 2... oppure Dietista 1, Dietista 2 ecc.) che possa distinguere, le diverse voci, senza che alcun riferimento di dettaglio conduca all’identità del partecipante. Al fine di contestualizzare la modalità e il periodo di acquisizione della testimonianza, poi, ad ogni voce segue “intervista” o “focus group”, il mese e l’anno in cui è stata effettuata (es. Insegnante 1, focus group - giugno 2020).

3.1.1. Interviste semi-strutturate e focus group

All’interno delle “famiglie di approcci non standard” qualitativi (Marradi, 1996), in questo paragrafo, verranno approfonditi i metodi d’indagine mediante interviste semi-strutturate e focus-group.

La tecnica dell’intervista semi-strutturata, con i vari esperti coinvolti, è stata scelta al fine di sollecitare una narrazione che consentisse di «raccolgere informazioni dettagliate sull’universo di valori, sulle rappresentazioni sociali, sul profilo di personalità» (Cardano, 2003, p. 56) degli interlocutori. L’obiettivo preliminare è stato quello di volersi mettere nella prospettiva del soggetto studiato per poterne cogliere le categorie mentali, le interpretazioni, le percezioni, i sentimenti e i motivi delle sue azioni (Corbetta, 2015). L’intervista qualitativa, in linea con la definizione di Corbetta (2015), è una conversazione sollecitata (e guidata) dal ricercatore, rivolta ad un numero consistente di soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione, avente finalità di tipo conoscitivo, sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato.

Tra le varie tipologie di intervista discorsiva (Cardano, 2003), sulla base della relazione, del tipo di comunicazione e del contesto dove è avvenuta l’interlocuzione è stata utilizzata, prevalentemente, l’intervista semi-strutturata condotta in videoconferenza (via *Google Meet* o *Whatsapp*) a causa del periodo di restrizioni pandemiche.

Per le interviste semi-strutturate sono stati individuati i temi da trattare e per ognuno di

essi si sono ipotizzate una serie di domande da porre agli intervistati. Coerentemente con le caratteristiche dell'intervista semi-strutturata, i temi sono stati trattati senza un ordine prestabilito, lasciando che fosse il partecipante a condurre la relazione, per quanto possibile. Le interviste semi-strutturate, infatti, sono caratterizzate dal minimo intervento del ricercatore che non segue un ordine prestabilito di trattazione degli argomenti, piuttosto, si limita a mettere sul "tavolo della conversazione" i vari temi che vuole toccare (Corbetta, 2014). Il ruolo del ricercatore, infatti, nell'ambito di una intervista di questo tipo, è quello di fornire stimoli o spingere l'intervistato ad approfondire argomenti che paiono interessanti per gli obiettivi dello studio (Corbetta, 2014). I temi che si è inteso, quindi, indagare, più nel dettaglio, sono così riassumibili:

- le diverse prospettive (familiare, scolastica, medica, politica e sociale) sull'obesità infantile;
- l'alimentazione biologica e l'educazione alimentare (a casa, a scuola e nei contesti istituzionali);
- gli stili di vita attivi, sedentari e la relazione con la tecnologia;
- il ruolo dei genitori, della scuola e del territorio in relazione al tema dell'obesità, agli stili alimentari e di vita.

I focus group sono una tecnica di gruppo «preziosa per documentare le complesse e mutevoli dinamiche attraverso cui si formano, si elaborano e si applicano le norme e i significati propri del gruppo (...) sono un campo di ricerca autonomo che permette di studiare gli aspetti di (...) società tardo moderne contraddistinte da identità sociali di tipo riflessivo ma anche da comportamenti che rimangono orientati normativamente» (Bloor *et al.* 2002, p. 32).

In questo caso, si è trattato di invitare un gruppo di persone a parlare, discutere e confrontarsi riguardo l'atteggiamento personale (in termini di *expertise* o *lay expertise*)⁵⁴ nei confronti di alimentazione, attività, obesità infantile e di come, nella realtà riminese, siano percepiti dai bambini e dalle famiglie con quali consapevolezza,

⁵⁴ Con *expertise* si indica il contributo fornito da esperti tecnici dell'argomento trattato mentre *lay expertise* è l'apporto informativo degli interlocutori "non tecnici" che hanno acquisito una competenza specifica sul tema a causa della loro, diretta o indiretta, esperienza. Come in Collins, Evans (2002).

vantaggi o, al contrario, limiti.

L'intervista di gruppo è stata moderata mediante stimoli verbali, in modo interattivo, lasciando i partecipanti liberi di comunicare anche con gli altri membri e facendo originare ed evolvere la discussione. Indicativamente, i vari focus group, hanno avuto una durata da 60 a 90 minuti e la composizione è stata variabile da 5 a 10 partecipanti.

Prevalentemente, i focus group, sono stati condotti online, via *Google Meet*, dove la discussione è avvenuta tramite interfaccia web (anziché seduti intorno ad uno stesso tavolo nella medesima stanza), in modalità sincrona, riproducendo la stessa simultaneità di partecipazione tradizionale. Queste sessioni sono state effettuate mediante *nominal group technique* ossia aggregando i partecipanti in base ad uno specifico obiettivo conoscitivo e decisionale con un'interazione strutturata in modo da sollecitare alcune dinamiche con gli esperti coinvolti. Inoltre, sono stati effettuati anche focus group (sia online che in presenza) mediante *brainstorming*, sollecitati alla fine di alcune Commissioni mensa, dove l'insegnante referente ha lasciato che si attivasse, mediante il ricercatore, una nuova discussione intorno ad alcuni temi di specifico interesse per le tematiche oggetto di questo studio (Palumbo, Garbarino, 2022).

Sia le interviste semi-strutturate che i focus group sono stati corredati da una minima traccia per rendere la conversazione flessibile ma, anche, sufficientemente direttiva al fine di esplorare il campo. Tuttavia, specie per questi ultimi, si è lasciato, soprattutto, che il gruppo di persone parlasse, discutesse e si confrontasse anche con gli altri membri riguardo l'atteggiamento personale, nei confronti del tema, in base ai ruoli ricoperti e, quindi, alle percezioni delle differenti prospettive da cui inquadrare la realtà sociale (Palumbo, Garbarino, 2022; Corbetta, 2014; Frisina, 2010; Semi, 2010; Kaufmann, 2009). È stato utilizzato il software NVIVO, finalizzato all'analisi qualitativa computer-assistita, che consente di organizzare il materiale empirico e gestirlo con maggiore facilità (Coppola, 2011) prima per la trascrizione *clear verbatim* del materiale testuale acquisito e, successivamente, per la fase di analisi del contenuto (Glaser, Strauss, 1967). Il materiale raccolto è stato analizzato applicando le categorie teoriche sviluppate preliminarmente ma anche sollecitate in itinere (Cardano, 2003).

3.1.2. Esperienze etnografiche

Attraverso l'approccio etnosociologico (Palumbo, Garbarino, 2022), si è cercato di cogliere le logiche di azione e le configurazioni, dei rapporti, all'interno del mondo sociale delle realtà scolastiche riminesi. Nelle scuole primarie di Rimini, durante l'orario del pranzo così come partecipando alle Commissioni Mensa, l'obiettivo è stato quello di cercare di esaminare come gli adulti (nei loro diversi ruoli) e i bambini attribuissero un senso a ciò che accadeva.

Partendo dal presupposto che lo studio sul campo arricchisce il lavoro di ricerca restituendo una realtà caratterizzata da valori introiettati, credenze e rappresentazioni, i processi interpretativi sono qui attivati sulla comprensione empatica delle situazioni. Le esperienze etnografiche, infatti, sono state affrontate da *insider* ossia partecipando completamente e interagendo ai processi - sia durante il momento del pasto a mensa sia durante le Commissioni mensa - (DeWalt, DeWalt, 2002) prediligendo un modo di vivere il contesto scevro da giudizi di valore e preconcetti. A tal proposito, si è imparato a familiarizzare con quanto accadeva sul campo e a usare la conversazione quotidiana, non strutturata, come tecnica di intervista. Per le interviste, completamente, non strutturate, all'interno delle esperienze etnografiche, non sono state costruite delle domande con un ordine predefinito ma si è proceduto per argomenti generali in base al momento vissuto. L'intervista si è adattata alla e alle persona/e che si sono incontrate modulando il linguaggio e l'atteggiamento in base al ruolo, alle competenze, e al grado di apertura che l'interlocutore mostrava nel dialogo.

L'utilizzo della prospettiva *emic*⁵⁵, poi, è avvenuto, principalmente, per attenuare il più possibile quel ruolo di regia del ricercatore che rischia di snaturare il quadro di riferimento studiato. In tal modo, ci si è allontanati dalla creazione di una sorta di asimmetria di potere, tra chi chiede e chi risponde, sia da un punto di vista cognitivo che comportamentale (Palumbo, Garbarino, 2022). Soprattutto nell'approccio con i bambini, è stato fondamentale non far percepire loro la presenza di un esterno, in maniera marcata, adattandosi il più possibile nel creare un clima disteso e cordiale.

⁵⁵ Nell'approccio "emico" il ricercatore si avvicina alla prospettiva della popolazione osservata cercando di carpire significati e comportamenti dal punto di vista delle persone che vivono all'interno di quella cultura (Mostowlansky, Rota, 2020).

Il resoconto etnografico, definito dal suo pioniere (Malinowski, 1922) come una attività olistica, è stato trascritto, successivamente, distinguendo ciò che era stato rilevato da ciò che veniva interpretato. Tale materiale è stato, inizialmente, sistematizzato compilando una griglia di osservazione secondo modalità in parte predefinite e regolamentate per costruire e raccogliere materiale eterogeneo in una fase iniziale (es. impressioni, appunti, fotografie etc.) e analizzarlo in itinere.

Per la disseminazione dei resoconti delle Commissioni Mensa si è deciso, qui, di utilizzare dei *graphic facilitators* che all'interno dell'onda dei metodi creativi, sono utili a evidenziare il dialogo tra i partecipanti con i loro diversi ruoli durante gli incontri consentendo una rappresentazione "semplificata" della complessità (Giorgi *et al.*, 2021). A seguito della trascrizione, *clear verbatim*, dei dialoghi tra i partecipanti alle varie Commissioni Mensa, infatti, se ne sono estrapolate le narrazioni principali valutando i temi, maggiormente, discussi, ripetuti e resi incisivi dagli stessi attori intervenuti. In secondo luogo, si sono trasposti i testi in dialoghi e le persone in immagini (Giorgi *et al.*, 2021; Harper, 2002). A tale scopo è stato utilizzato *Canva*, strumento di progettazione grafica, che permette l'utilizzo di modelli preimpostati per modificarli a proprio piacimento.

La facilitazione grafica è utile per favorire il processo di lettura, mediante stimolo sensoriale visivo-testuale, permettendo di accedere a rappresentazioni identitarie, sociali ed esperienziali sia in modo simbolico che materiale (Giorgi *et al.*, 2021).

3.2. L'analisi quantitativa

Il materiale raccolto e i relativi risultati emersi hanno permesso di porre le basi per un questionario, un metodo quantitativo che è il nucleo fondante del lavoro, qui, presentato. L'indagine *Scuola, salute e stili alimentari delle famiglie prima e durante il COVID-19. Un'analisi sociologica sul territorio riminese* è stata orientata, principalmente, alla raccolta di informazioni legate ai fattori di rischio modificabili - abitudini alimentari e stili di vita - e al conseguente impatto che le attività, presenti sul territorio, avevano sulle famiglie con figli in età scolare.

Il questionario è stato realizzato secondo un approccio critico-costruttivista (Marradi, 2019; 2007) che presuppone un'attenzione costante alla fedeltà del dato costruito, nel corso

del suo svolgimento, e che è dipeso da una pluralità di fattori: il disegno del questionario, la preventiva validazione attraverso interviste e pre-test a genitori e insegnanti⁵⁶, l'addestramento e la motivazione dei rilevatori, il controllo dell'intero ciclo metodologico della ricerca. Il questionario è stato costruito avvalendosi, prevalentemente, di *Survey Monkey*, una piattaforma di compilazione d'interviste/formulari online che si rivela, particolarmente, utile quando si tratta di esaminare campioni auto-selezionati, e non statisticamente rappresentativi della popolazione. La versione a pagamento della piattaforma ha permesso di poter inserire, nella fase di costruzione, un alto numero di quesiti (n. 96) strutturati secondo una sequenza logica, prevalentemente, chiusi *multiple choice* alternati da *box* a risposta aperta con risposte precodificate e salti di domanda per filtrare meglio le risposte (Marradi, 2019; Corbetta, 2014). Il questionario si suddivide in 7 sezioni⁵⁷ e comprende domande riferite ad un periodo di tempo limitato precedente al COVID-19 e durante i lockdown (APPENDICE C). Inoltre, per evitare problemi di comprensione delle domande e di chiarezza, dovuti all'autosomministrazione senza assistenza la cui compilazione è lasciata per intero all'intervistato, sono state inserite delle istruzioni di compilazione ossia esempi, direttamente, nel testo della domanda.

Per rendere possibile la richiesta di uno degli Istituti aderenti alla ricerca, inoltre, è stata predisposta anche la versione tradizionale cartacea del questionario in cui sono stati evidenziati, in grassetto, gli eventuali filtri alle domande in base alle risposte fornite.

Sia i questionari online che quelli cartacei sono stati somministrati ai genitori o ai tutori legali dei bambini che frequentano le primarie, incluse nello studio, garantendo l'anonimato così da rendere più autentiche le risposte. Utilizzando la tecnica CAWI (Computer Assisted Web Interview), i questionari online (Palumbo, Garbarino, 2022; Lombi, 2015) sono stati trasmessi, mediante link, ai referenti dei singoli plessi che lo hanno condiviso e diffuso sul sito web della scuola, all'interno del registro elettronico o nei gruppi whatsapp con i genitori. Ciò ha offerto multimedialità e dinamicità - elementi importanti che riducono il tasso di abbandono - ma anche abbattimento dei costi e analisi più celeri.

⁵⁶ A tal proposito è stato selezionato un apposito campione di intervistati cui sottoporre il questionario all'interno delle classi aderenti al progetto che facciano la mensa almeno una volta alla settimana.

⁵⁷ Nello specifico oltre alla *scheda antropometrica di bambina/o e genitore*, troviamo *colazione e merenda; la mensa scolastica; i pasti a casa; uso di strumenti digitali e attività fisica; educazione alimentare e altri componenti familiari e abitudini alimentari durante i vari lockdown*.

I questionari cartacei (Palumbo, Garbarino, 2022; Marradi, 2019), invece, sono stati consegnati alla referente dell'Istituto e da questa distribuiti nelle varie classi. Ai fini della compilazione, le domande sono rimaste le medesime, si sono altresì riadattate solo alcune istruzioni per semplificare la compilazione autonoma (ad esempio le indicazioni sui salti di domanda). Sebbene, in questo caso, il lavoro successivo sia stato più oneroso poiché i questionari sono stati visionati uno per volta ed inseriti, manualmente, nella piattaforma *Survey Monkey*, questa modalità tradizionale e "sorvegliata" (i genitori sapevano di dover riconsegnare i questionari alle insegnanti) ha visto un tasso di risposta altissimo, 103 compilazioni su 125, includendo anche quei genitori che non utilizzano Internet o, in generale, gli strumenti informatici con disinvoltura. Premesso che un questionario non può pretendere di osservare con eccessiva profondità il mondo interiore e complesso di ogni realtà sociale, ha, però, permesso di trovare un minimo comun denominatore ad atteggiamenti, orientamenti, comportamenti per rilevare dati tra loro comparabili ed utilizzabili nella ricerca. Le scuole aderenti al progetto, poi, sono state l'ambiente ideale mediante cui realizzare questa indagine: le famiglie sono risultate meglio raggiungibili tramite i canali istituzionali e autorevoli messi a disposizione abbracciando tutti i gradi di istruzione primaria. La popolazione adulta, che ha compilato online il questionario, come si è visto, non è stata casuale, ma, all'interno dei singoli plessi che hanno condiviso il questionario, si è in parte auto-selezionata partecipando su base volontaria.

La popolazione studiata prende in considerazione bambini nella fascia d'età 6-11, quindi, che frequentano dalla prima alla quinta classe della scuola primaria. In questa fase della crescita, infatti, secondo la prospettiva sociologica del corso di vita - *life course perspective* (Cappellato, Moiso, 2020) - gli stili alimentari e di vita influenzano in modo consistente lo sviluppo futuro della persona. Tuttavia, l'importanza di spostare il focus dal vissuto del bambino a quello dell'intera famiglia risiede nel fatto che l'obesità infantile è una problematica che viene sviluppata in un'età in cui la gestione della persona dipende dalle scelte degli adulti.

Il metodo di campionamento è non probabilistico, di convenienza cioè le classi appartengono agli Istituti Comprensivi di Rimini con mensa che hanno aderito al progetto. La numerosità campionaria, pertanto, è stata individuata sulla base della popolazione di bambini delle primarie con mensa, dal primo al quinto grado, in modo da avere un gruppo

omogeneo con un'estrazione territoriale variegata - centro, periferia, zona litoranea. Tra le altre, sono state richieste le caratteristiche antropometriche e alcune variabili socio-economiche relative alla famiglia.

Per stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità è stato utilizzato l'IMC, ottenuto come rapporto tra peso espresso in chilogrammi e il quadrato dell'altezza espressa in metri. Se la formula dell'IMC (Indice di Massa Corporea) è uguale per adulti e bambini ciò che varia sono i parametri entro cui si classificano i livelli di sovrappeso e obesità di un bambino. Seguendo le curve definite dal WHO (2007a), pertanto, per la popolazione infantile l'IMC è stato calcolato sui percentili di crescita anche tenendo, specificatamente, conto di genere maschio/femmina ed età.

La raccolta è avvenuta tra maggio e novembre 2021. Le domande rivolte ai genitori o ai tutori legali hanno indagato nello specifico: colazione e pasti a casa, merenda e mensa a scuola, attività fisica e sedentarietà, educazione alimentare prima e dopo i *lockdown*.

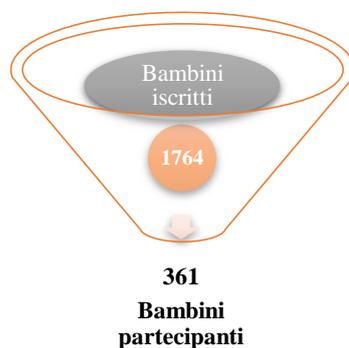
La disponibilità e l'efficienza delle Dirigenze scolastiche, coadiuvate dall'importante supporto delle referenti da essi designate, ha consentito di raggiungere un buon livello di adesione delle famiglie.

I questionari - online e cartacei - sono stati compilati da 361 genitori, prevalentemente, madri (Tab. 4) italiane (Tab. 5) in una fascia d'età media di 41 anni (Tab. 3) con un titolo di studio alto, occupate e in una relazione (Tab. 5).

L'analisi dei dati - finalizzata alla stima delle prevalenze delle variabili rilevate - è stata effettuata usando il software SPSS. Per alcune variabili è stato utile calcolare l'intervallo di confidenza al 95% e sono stati realizzati test statistici in cui sono state evidenziate le eventuali differenze statisticamente significative.

Tra maggio e novembre 2021, a Rimini, hanno partecipato all'indagine 4 Istituti Comprensivi su 7 che offrono la mensa sul territorio. Tra questi sono stati coinvolti attivamente 10 plessi di cui 2 facenti parte del centro storico di Rimini, 3 insediati nella zona litoranea e 5 in periferia.

Su 1764 bambini frequentanti la mensa di tali istituti, il 20,46% ha partecipato all'indagine, un dato importante se consideriamo il contesto, precario e non sempre lineare, creato dal COVID-19 in cui tale somministrazione è avvenuta.



3.2.1. Caratteristiche dei bambini partecipanti

Tab. 1 – Età della popolazione infantile indagata

ETA'	N	%
6-7	121	33,5
8-9	155	42,9
10 O PIÙ	85	23,5

Tab. 2 – Genere della popolazione infantile indagata

SESSO'	N	%
Maschi	192	53,2
Femmine	169	46,8

3.2.2. Caratteristiche dei genitori partecipanti

Tab. 3 – Fasce d'età genitore rispondente

Età genitore rispondente	N	%
25-30	10	2,8
31-39	121	33,5
40-45	156	43,2
46-50	65	18
51-57	9	2,5

Tab. 4 – Genere genitore rispondente

Sesso genitore rispondente	N	%
Uomini	31	8,6
Donne	330	91,4

Tab. 5 – Caratteristiche socio-demografiche famiglie indagate

Caratteristiche	MADRE		PADRE	
	N	%	N	%
GRADO DI ISTRUZIONE				
Basso	36	10	74	20,5
Medio	151	41,8	189	52,4
Alto	174	48,2	98	27,1
NAZIONALITA'				
Italiana	309	85,6	326	90,3
Straniera	52	14,4	35	9,7
LAVORO				
Occupata/o	298	82,5	333	95,7
Non Occupata/o	63	17,5	15	4,3
NUCLEO FAMILIARE				
Monogenitoriale	49		13,6%	
Bigenitoriale	312		86,4%	

4. Analisi della percezione su dati secondari

L'analisi sulla percezione del peso dei bambini da parte dei genitori, a livello europeo, è stata acquisita mediante ricerca secondaria ossia avvalendosi di dati già raccolti ed elaborati per scopi simili a quelli che orientano il presente percorso di ricerca (Palumbo, Garbarino, 2022). I dati secondari, pertanto, rappresentano le informazioni che sono state estrapolate e utilizzate nella parte finale di questo lavoro. In questo tipo di analisi, l'asse dell'attenzione si sposta sul contesto facendo assumere al fenomeno sociale un significato a livello aggregato. Si tratta di una ricerca ecologica in cui l'oggetto di analisi sono le percezioni dei genitori nei paesi europei. Tali dati, infatti, non sono facilmente reperibili direttamente. Tuttavia, durante il periodo di *visiting*, presso il Centre for Studies and Research in Social Dynamics and Health (CEIDSS) di Lisbona, centro principale della

sorveglianza *Childhood Obesity Surveillance Initiative* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, si è assistito al processo di costruzione e di raccolta dati. I criteri che hanno preceduto la scelta dei dati da utilizzare e, quindi, delle fonti da monitorare possedevano le seguenti caratteristiche: rappresentatività, affidabilità, cadenza temporale e confrontabilità (Palumbo, Garbarino, 2022).

All'interno dello studio *Parental Perceptions of Children's Weight Status in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI 2015/2017* (Ramos *et al.*, 2021), ai genitori, dei 22 paesi coinvolti, è stato chiesto di identificare le proprie percezioni sullo stato di peso dei figli come "sottopeso", "normopeso", "un po' sovrappeso" o "estremamente sovrappeso"⁵⁸. La classificazione del peso dei bambini si riferisce ai riferimenti del WHO (2007a). Per ogni paese, incluso nell'analisi e nelle stime aggregate, è stata calcolata la distribuzione in base alla percezione dei genitori dello stato di peso del bambino, percentuali di percezioni accurate, sopravvalutate o sottostimate (Ramos *et al.*, 2021).

4.1. La scelta della popolazione "secondaria"

All'interno dell'analisi secondaria sono stati considerati i 22 paesi europei che hanno aderito alla sorveglianza europea all'obesità infantile del WHO da cui se ne osserva l'andamento dei valori reali e percepiti di sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesità.

Da una prima osservazione, si sono rilevate somiglianze e differenze polarizzate territorialmente e suddivise tra i paesi dell'Europa meridionale, del Nord e Orientale. Con l'obiettivo di allargare la riflessione, a livello europeo, in merito alle pratiche e ai processi socio-culturali che impattano sulle percezioni ma sempre restando in traiettoria con quelle italiane e nello specifico riminesi, si è deciso di estrapolare ed analizzare, da questo studio, solo i 9 paesi considerati appartenenti alla regione dell'Europa meridionale, secondo la definizione geopolitica dell'ONU⁵⁹. Nello specifico, si tratta di Albania, Croazia, Italia,

⁵⁸ Per correttezza nella conoscenza dell'approccio all'obesità infantile è utile specificare che nelle indagini rivolte ai genitori non si usa quasi mai la parola "obeso" poiché intrisa di significati spesso stigmatizzanti che possono inibire il genitore dal rispondere correttamente o provare a farlo. Pertanto è usuale trovare "estremamente o molto sovrappeso" intendendo i valori che si associano all'obesità.

⁵⁹ Cfr. *Standard country or area codes for statistical use (M49)* - Geographic Regions, disponibile al sito: unstats.un.org.

Malta, Montenegro, Portogallo, San Marino, Spagna, Turchia.

4.2. Analisi del delta di scostamento e diagramma alluvionale

Evidenziati i paesi da analizzare, si è scelto di concentrare l'attenzione sui soli valori di normopeso da un lato e sovrappeso e obesità, dall'altro. È stato, pertanto, calcolato in modo aggregato il delta di scostamento ossia la variazione percentuale tra il valore di peso reale dei bambini e quello percepito dai genitori per ogni variabile normopeso, sovrappeso, obeso relativa ai paesi europei considerati. Lo scarto è andato a creare valori di sovrastima o sottostima. Tendenzialmente, risulta sovrastimato dai genitori il peso "normale" dei figli e sottostimato l'eccesso ponderale rispetto ai dati reali emersi dal calcolo dell'IMC.

Per rendere immediata la visualizzazione di questo scostamento percettivo, i dati sono stati inseriti in un diagramma alluvionale o di flusso (*Sankey diagram*) la cui distanza è disegnata in maniera proporzionale al maggiore o minore livello di sottostima (per i flussi di normopeso) e di sovrastima (per i flussi di sovrappeso e obesità). I diagrammi alluvionali sono utili per accentuare visivamente i flussi all'interno di un sistema individuandone i contributi dominanti (Lupton, Allwood, 2017; Schmidt, 2008).

Tali grafici sono stati creati mediante *Flourish app*, una piattaforma di visualizzazione di dati e *storytelling* che trasforma le variabili in grafici, mappe e storie (anche interattive).

L'analisi degli scostamenti ha messo a confronto le distanze di sovrastima e sottostima nella percezione genitoriale sul peso dei figli dando origine ad un'ulteriore riflessione in merito alle cause sociali e culturali che generano tali differenze.

4.3. L'analisi "terziaria" del modello educativo europeo

A questo punto, con l'intento di offrire una panoramica il più esaustiva possibile, è stata effettuata una cosiddetta analisi "terziaria" ossia si è spostato l'esame dall'elaborazione al processo di costruzione (Palumbo, Garbarino, 2006; Colombis, 1991).

Partendo dai valori di scostamento sulla percezione, se ne è voluto comprendere i tratti socio-culturali comuni ai paesi europei che influenzano il modo di percepire il peso da parte della popolazione che vi risiede. Riprendendo la distinzione tra i 22 paesi, si è, proceduto

con una revisione della letteratura estrapolando alcuni concetti chiave: la dieta alimentare prevalentemente seguita, la figura di riferimento in cucina, il livello di attenzione verso stili di vita attivi, la tipologia di welfare sanitario presente e il grado di radicamento di canoni estetici di magrezza. A partire da questo schema onnicomprensivo, il focus dell'attenzione si è, poi, nuovamente concentrato solo sull'Europa meridionale andando a rilevare quali, tra questi tratti, fossero più determinanti nella ricostruzione di un modello ideale socio-educativo dell'Europa meridionale che, in misura maggiore o minore, possa influenzare le errate percezioni genitoriali sul peso dei figli. Conseguentemente, si è, poi, proceduto con la più ampia riflessione finale su come le traiettorie, sovranazionali comuni, siano collegabili anche a quelle in cui si inserisce il caso studio riminese, qui, affrontato.

CAPITOLO 5

IL RUOLO DELLE FAMIGLIE NELLA SOCIALIZZAZIONE AL CIBO E ALL'ATTIVITÀ FISICA

La dimensione sociale dello spazio familiare

La famiglia è, in senso ampio, uno *spatium* sociale dinamico (Fanci, 2018; Condominas, 1980) in cui il contesto fisico si connette a quello socio-culturale e trasmette dei sistemi di rappresentazione e delle strutture che vengono incorporate nell'*habitus* degli individui in modo inter e/o intra generazionale (Poulain, 2008). Il funzionamento delle famiglie è il riflesso dei significati e delle significazioni attribuiti alle strutture sociali, simboliche e storiche che generano «sistemi di disposizioni durevoli e trasferibili interiorizzati in modo non cosciente (...) ma è anche principio, relativamente autonomo, di organizzazione delle pratiche e della loro percezione» (Bourdieu, 2001, p. 174).

Le modalità di funzionamento sono influenzate dalla posizione occupata nella stratificazione sociale della famiglia che può essere misurata osservando il capitale economico (disponibilità di risorse materiali e finanziarie), sociale (livello di densità delle relazioni in cui si è inseriti) e culturale (istruzione, formazione, competenze extra-scolastiche). Alla costruzione di questa dimensione sociale, inoltre, contribuiscono anche quelli che sono, secondo Maurice Halbwachs (2001), due concetti fondamentali e strettamente correlati: il *quadro sociale*, l'insieme delle nozioni, i punti di riferimento collettivi ed esterni che l'individuo apprende e richiama attraverso un ricordo stereotipato nella *memoria sociale* ossia il perdurare, nel tempo, di un avvenimento (Fischler, 1992).

Gli stili familiari (alimentari e di vita) sono, inizialmente, prodotti e rinforzati da tutte queste componenti che si generano nell'ambiente di socializzazione primaria al punto da

influenzare il modo di pensare, percepire e fare, sin da bambini. Per il percorso di studi che si sta qui affrontando, le pratiche quotidiane e le traiettorie sociali familiari sono anche la chiave di volta nell'osservazione dell'obesità infantile. Secondo l'approccio realista, qui utilizzato, il focus è spostato dal bambino alla famiglia, ambiente in cui gli adulti dirigono le scelte alimentari dei figli e supportano od ostacolano gli stili di vita (attivi o sedentari) condizionandone il corso di vita futuro. I principali fattori che verranno, pertanto, affrontati nelle prossime pagine, sono i comportamenti adottati, abitualmente, per i quali si osserva una correlazione con il rischio di eccesso ponderale. Nello specifico:

- la regolarità dei pasti principali (colazione, pranzo e cena) e l'adeguatezza degli “spuntini” (merenda di metà mattinata e pomeridiana);
- i comportamenti alimentari “disturbati” e gli stili di vita “riempiti” dalla presenza di dispositivi elettronici;
- i livelli di attività e di sedentarietà.

1. Alimentare l'educazione infantile al cibo

L'alimentazione è un aspetto della vita umana che da «fatto biologico diviene e si realizza in prodotto culturale di una data società» (Meglio, 2017, p. 10). Essa rappresenta, socialmente, i comportamenti, sia individuali che di una comunità, mediante l'elaborazione di fatti sociali come il cibo. La comunità ha costruito e costruisce la coscienza culinaria e domestica, “educa” ai riti, costumi ed usi legati all'alimentazione che poi tramanda, di generazione in generazione, socializzando, sin da piccoli, alla conoscenza di prodotti considerati in grado di dare beneficio alla persona.

Definire dei criteri al fine di alimentare l'educazione infantile al cibo sottintende riconoscere che l'anima dei nostri “piatti” (Lupton, 1999) si insinua nella cultura mediante pratiche, esperienze sensoriali e linguaggi posti in essere già durante la vita intrauterina. Il primo contatto “indiretto” che i bambini hanno con il nutrimento, infatti, si origina nell'ambiente fetale. In questo periodo, alcuni studi (Au *et al.*, 2013; Gluckman *et al.*, 2008; Yajnik *et al.*, 2003) hanno dimostrato come sia la denutrizione che la malnutrizione delle madri incida sulla predisposizione genetica all'obesità e ad altre malattie non trasmissibili con effetti permanenti sulla crescita, sulla struttura e sul metabolismo. Non solo, ma sembra

che a partire dall'ottava settimana di gravidanza, il feto - dotato già di papille gustative - inizi a sviluppare il senso del gusto. Nel liquido amniotico, il feto, non solo "assaggia" i sapori sciolti ma, a partire dalla metà del secondo trimestre di gravidanza, evidenzia espressioni di soddisfazione se viene ingerito un alimento, particolarmente, gradevole. Perciò gli studiosi (Au *et al.*, 2013; Gluckman *et al.*, 2008; Yajnik *et al.*, 2003) ritengono che la conoscenza dei sapori, nella vita intrauterina, determini lo sviluppo di un senso del gusto che, in qualche modo, rimarrà impresso nella memoria del neonato facilitandone od ostacolandone lo svezzamento.

A partire dalla nascita, l'apprendimento dell'alimentazione - con le sue valenze sociali e culturali - avviene prima, ancora mediante la madre durante l'allattamento per poi separarsi, nei periodi successivi, e svilupparsi all'interno dei contesti famiglia, scuola, gruppo dei pari, altre istituzioni che scandiscono il tempo, narrano le giornate e le occasioni, creano il convivio - verticale o orizzontale⁶⁰ - nella vita del bambino. Tuttavia, il tratto fondamentale di questo apprendimento è quello di educare o ri-educare al cibo non solo come consumo, come appartenenza identitaria, come simbolo ma anche come mezzo per diffondere abitudini corrette prevenendo o riducendo il rischio di obesità infantile.

Pertanto, nella prima parte di questo capitolo, si analizzerà come le scelte educative alimentari familiari interagiscano con quelle scolastiche e di altre istituzioni nei contesti della quotidianità al fine di partecipare alla costruzione di alleanze nel supporto alla salute dei bambini. La sezione del questionario *Educazione alimentare e altri componenti familiari* guiderà il percorso d'analisi e sarà arricchito dall'insieme delle traiettorie narrative dei *problem-centred expert* ascoltati mediante interviste semi-strutturate e focus group (Döringer, 2020). In questo modo, si metteranno in luce, attenzioni e consapevolezze da parte degli adulti nell'alimentare l'educazione infantile con l'obiettivo di capire quanto, nel contesto riminese, siano presenti specifiche politiche e buone pratiche che guidino e influenzino le rappresentazioni sociali del mangiare "sano" nelle famiglie con figli in età scolare.

⁶⁰ Con convivio o commensalità verticale il riferimento è alla modalità gerarchica in cui durante il pasto vi è un personaggio principale che siede a capo tavola mentre la commensalità o convivio orizzontale allude all'informalità e all'uguaglianza nell'interazione dei partecipanti intorno al tavolo.

1.1. Dinamiche, strategie, metodi “primari”: le famiglie flessibili

La famiglia, mediante dinamiche, strategie e metodi differenziati e complementari, costruisce la socializzazione primaria dei figli in ambito alimentare. Socializzare al cibo significa far sì che un soggetto interiorizzi norme, valori, principi condivisi nel gruppo di riferimento distinguendo non solo comportamenti e tradizioni gastronomiche ma sviluppando e introiettando una conoscenza al cibo, più o meno, vasta, più o meno, aperta o selettiva. Attualmente, la socializzazione primaria alimentare si costruisce all’interno di “famiglie flessibili” ossia nuclei che sintonizzano il momento del pasto in funzione agli stili di vita - professionali e formativi - sempre più *hit and run*⁶¹. Questo incide, anzitutto, sul modo “fluido” con cui le famiglie educano i figli al cibo: modalità variabili in tempi e spazi negoziabili.

Molti genitori non sono attenti all’alimentazione dei bambini ma per questioni di tempo, non per non saper fare o poca voglia. Non abbiamo più i nostri genitori che cucinavano tutto in casa, la moglie lavora e non ha tempo di stare in casa e di fare qualcosa. Mia madre si metteva a far la pasta (Genitore 1, focus group - novembre 2020).

A tal proposito, il primo elemento che si analizza sono le soluzioni adottate dai genitori davanti ad una resistenza dei propri figli - parziale o totale - verso un cibo non particolarmente gradito (Tab. 1). La tipologia di soluzioni e strategie adottate dai genitori, infatti, rivela molto dell’attenzione e dell’importanza che essi, in prima persona, attribuiscono al cibo al fine di avvicinare i figli ad un’alimentazione salutare. A tal proposito si è ricodificato la tipologia di soluzioni in cinque *idealtipi*⁶²: “nessuna soluzione”, “proporre e trasmettere buono esempio”, “pressioni e decisioni negative”, “cibo come premio”, “strategie propositive”.

Il 32,5% dei genitori, rispondenti al questionario, utilizza quelle che potrebbero essere definite delle *strategie propositive* ossia dei metodi che propongono un avvicinamento

⁶¹ Tradotto “mordi e fuggi”.

⁶² In linea con il pensiero weberiano (2003), l’idealtipo è una costruzione metodologica teorica di cui ci serviamo per organizzare i dati della ricerca al fine di poter meglio misurare, comparare, controllare, pianificare la realtà che stiamo descrivendo.

positivo del bambino al cibo che non conosce o non gradisce, stimolandolo, attivamente, alla manualità, alla riflessione e al gusto. Nello specifico, tra le buone pratiche emerse⁶³ si menzionano:

- *fare la spesa insieme, cucinare insieme*: il coinvolgimento diretto dei bambini durante la spesa, decidendo quali verdure e/o frutta acquistare sfruttando anche l'ambiente mercato o reparto ortofrutta del supermercato che attira l'attenzione dei bambini per i suoi colori e le sue forme ma anche la preparazione di pietanze sane, guidandoli e incuriosendoli, può determinare un consequenziale entusiasmo e stimolo a mangiare (Allirot *et al.*, 2016; Caraher *et al.*, 2013);
- *almeno assaggiare; facendo assaggiare più volte, anche a distanza di tempo; spiegazioni sui benefici*: spingere il bambino, a poco a poco, nella giusta direzione ad esempio mettendo poco nel piatto o riproponendo un alimento a fasi alterne, con l'impegno di far provare tutto quello che viene proposto a tavola e invitandolo a riflettere sul perché della proposta alimentare permette di dare un senso al consumo non coercitivo e risulta un'ottima strategia educativa seppur necessiti di molto tempo e dedizione (Issanchou 2017; Patall *et al.*, 2008);
- *provo a creare polpettine; se non piacciono le verdure, le preparo in vellutata, passato o torte salate; li amalgamo con altri ingredienti (tipo frittata); li cucino di meno e al forno o li inserisco assieme ad altri cibi; li presento sotto forma di un suo cibo preferito. Ad es. hamburger di pesce; frullati*: presentare verdure, frutta, carne ed altre pietanze, in forma non *pura*, è un modo per abituare, senza impatto diretto, a nuovi sapori, soprattutto i bambini altamente reticenti. Questo risulta un primo *escamotage* per riuscire a somministrare colazioni, merende, pranzi o cene, comunque, nutrienti (Letona *et al.*, 2014; Elliott *et al.* 2013);
- *impiattamento divertente; servirlo insieme alle fiabe tipo: questo pasto lo mangiano solo nei palazzi i grandi re*: ai bambini piace avvolgere la quotidianità di magia, giochi, storie e personaggi. Con i giusti adattamenti, questa modalità può creare un'aura speciale che attrae, invita e incuriosisce il bambino verso alimenti poco graditi.

⁶³ Si riportano *clear verbatim* in corsivo alcune risposte aperte ritenute significative ed espresse dagli stessi genitori all'interno del questionario somministrato per questo studio.

Sulla medesima linea positiva, il 24,6% dei genitori cerca, in primo luogo, di trasmettere il buon esempio. Come più volte detto, i bambini imparano soprattutto osservando i comportamenti degli adulti, talvolta, provando a copiarli. Ritrovarsi a tavola e condividere il più possibile il momento del pasto insieme, *far provare ad assaggiare dal mio piatto*, diventare un modello per i propri figli, rispettando una sana ed equilibrata alimentazione, sono pratiche molto stimolanti per una buona educazione alimentare e rassicurano i bambini nel compiere dei passi verso nuove o poco gradite pietanze (Galloway *et al.*, 2006; 2005). A tal proposito, una madre, durante un focus group (novembre 2020), afferma:

faccio fare frullati e centrifughe a mia figlia con i vari frutti e le verdure. Diciamo che così la faccio appassionare al cibo sano-facendo.

Il 29,7% dichiara di non adottare alcuna soluzione sia perché la/il figlia/o *mangia di tutto*, sostenendo l'inesistenza di aspetti problematici relativi al cibo, sia perché *ho esaurito la pazienza!* evidenziando una rinuncia propositiva ed educativa. Tale risposta, apparentemente neutrale, pertanto, fa emergere, al contempo, sia l'efficacia che la complessità del ruolo genitoriale nell'educazione alimentare infantile.

Su un versante meno proficuo per gli scopi che stiamo illustrando, seppur espressa dal 3,5% dei genitori rispondenti, la considerazione del *cibo come premio*. La premialità riferita al cibo mina la motivazione interna del bambino creando un effetto-ricompensa che, se nell'immediato può essere molto efficace, nel lungo termine, distorce dalla corretta interpretazione dei pasti e dell'assunzione di cibo. Ciò, al contrario, favorisce un eccesso di introito calorico (Rogers *et al.*, 2015; Jansen *et al.*, 2008). Un'altra strategia adottata dal 9,8% rappresenta il gruppo *pressioni e decisioni negative* come "ricatto"; *dico che lo ripropongo al pasto successivo; obbligandolo; si mangia quello che c'è; o mangi questa minestra...* Tuttavia, l'imposizione potrebbe in un primo momento portare il bambino a mangiare ma, successivamente, egli assocerà quel tipo di cibo ad una situazione coercitiva che lo spingerà, nel tempo, ad assumerne sempre meno (Vaughn *et al.*, 2016; Gregory *et al.*, 2011).

Quanto sono, quindi, efficaci queste strategie?

In linea generale, il 61,7% fa emergere l'intermittenza delle soluzioni adottate. Da

un'analisi più complessa, che risulta anche statisticamente significativa ($p < 0.000$), però, le strategie pro-positive e la trasmissione del buon esempio avrebbero un impatto migliore sull'efficacia delle soluzioni nel lungo termine.

Tab. 1 – Tipologia di soluzioni ed efficacia per invogliare all'assaggio delle pietanze

Che soluzioni utilizza per invogliare sua/o figlia/o a mangiare cibi che non gradisce molto?		Le soluzioni che ha descritto sono efficaci?	
	%		%
Nessuna soluzione	29,7	Sì, sempre	32,5
Trasmettere buon esempio	24,6	Sì, a volte	61,7
Pressioni e decisioni negative	9,8	No, mai	5,8
Cibo come premio	3,5		
Strategie pro-positive	32,5		
Totale	100,00	Totale	100,0

Un altro elemento che si prende in considerazione, nell'alimentazione familiare, è l'aiuto che i genitori richiedono ai nonni o ad altri familiari (Tab. 2). In particolare, il 56,7% dei genitori riminesi si avvale di tale supporto per circa 1-2 giorni la settimana specialmente per trasporto e spostamenti. Ai fini dell'educazione alimentare, interessante richiamare quel 15,9% che delega la somministrazione del pasto a nonni o altri familiari.

Tab. 2 – Frequenza e modalità di aiuto nonni o altri familiari nella crescita dei figli

I nonni o altri famigliari la aiutano con la crescita dei suoi figli?	%	Per quanti giorni alla settimana?		In quale dei seguenti momenti della giornata, prevalentemente?	
			%		%
Sì	56,7	1-2 giorni	62,1	pasti	15,9
		3-4 giorni	16,4	sport/tempo libero	25
		5-6 giorni	15,8	compiti	6,3
No	43,3	Tutti	5,6	trasporto/spostamenti	52,8
Totale	100,00	Totale	100,0	Totale	100,0

Tab. 3 – Rimprovero nonni o altri familiari in relazione al cibo

Le è mai capitato di dover rimproverare uno dei nonni o altri famigliari per aver dato troppo cibo a sua/o figlia/o?	
	%
Si	45,2
No	54,8
Totale	100,0

Partendo dal presupposto che il cibo sia una calamita di simboli e ricordi, spesso, in contraddizione sia con il benessere che con l’etichetta qualitativa (De Matteis, 2020) e che la letteratura ci mostri come nonni, parenti e non parenti, dentro e intorno alle famiglie, abbiano un’influenza primaria sulle pratiche di nutrizione materna e infantile (MacDonald *et al.*, 2019; Aubel, 2012), si è ritenuto utile chiedere ai genitori se avessero mai considerato necessario intervenire con queste “terze persone” in relazione all’educazione al cibo somministrato (Tab. 3). Per quanto il 54,8% si esprima in senso negativo, vi è comunque un 45,2% che asserisce di essersi dovuto confrontare su tale questione

Anche in questo caso, quindi, si sono ricodificate le motivazioni fornite tra “somministrazione eccessiva di cibo, bevande zuccherate e junk food” e “atteggiamenti storico-culturali” ossia pratiche che rimandano alla memoria - diretta o indiretta - dei “terzi” individui coinvolti (Tab. 4).

Tab. 4 – Motivo del rimprovero nonni o altri familiari in relazione al cibo

Può motivare la sua risposta?	
	%
Somministrazione eccessiva di cibo/bevande zuccherate/junk food	71
Atteggiamenti storico-culturali	29
Totale	100,0

Se le motivazioni “troppa pasta e pane” “merende un po’ troppo sostanziose a base di nutella”, “troppi dolci e fuori pasto” coinvolgono la gran parte (71%), evidenziando una trasmissione di pratiche educative scorrette che sembra essere già radicata in quegli adulti che le propongono, il 29% che sostiene “devono crescere che vuoi che sia”; “concedono

tutto”; “mangia troppo poco” o “hanno paura che non mangi a sufficienza” si rifà ad una memoria - vissuta o mitologizzata - che assegna, in netta antitesi, scarsità a povertà, magrezza, cagionevolezza mentre abbondanza a ricchezza ed eccesso di peso a bambino “in salute” (De Matteis, 2020).

Il fenomeno viene approfondito da una pediatra di libera scelta intervistata (dicembre 2020):

Se il bambino viene affidato a qualcuno e quel qualcuno non ha attenzione all'alimentazione carica ancora di più il problema. Questo succede spesso. E, ad esempio, il nonno o la nonna fanno proprio fatica a comprendere, lo vedono come una punizione chiaramente. “Grasso è bello. Mangiare è bello. Tu figlio mio devi mangiare”. Però da ricordare che adesso abbiamo delle nonne e dei nonni nati magari negli anni '50 quindi cominciamo ad avere una generazione diversa da quella delle guerre e quindi dobbiamo puntare ad una educazione anche di queste figure. Io nella mia quotidianità, vedo tantissimi nonni o comunque 60-70enni camminano, vanno su e giù al parco e fanno cose quindi voglio dire questa è una generazione diversa dai nonni che poteva avere 10-20 anni fa un ragazzino. C'è un'evoluzione. Ma su questa evoluzione ci dobbiamo lavorare. Io mi raccomando sempre tantissimo: quando andate dai nonni non fate l'abbuffata perché sennò è un disastro.

Se entrambi i motivi avvicinano al rischio di eccesso di peso, da un'analisi più complessa si evince, comunque, che tra i bambini sovrappeso e obesi riminesi la somministrazione scorretta di alimenti e bevande insalubri incide al 75% sull'IMC sovrappeso e obeso rispetto agli atteggiamenti storico-culturali che, invece, impattano per un 25%.

2. Il ritmo dei pasti nella vita quotidiana

Quando programiamo di partire, vicino o lontano, una delle prime informazioni che controlliamo è l'orario dei pasti che caratterizzano il ritmo della vita a cui è sintonizzato il luogo che stiamo per visitare. Un ritmo che, nella quotidianità, accettiamo come naturale ma che realizziamo non esserlo quando, appunto, entriamo in contatto con pratiche diverse. Le abitudini alimentari sono scandite da tempi, costruiti culturalmente, che viaggiano e

differenziano paesi, il nord dal sud, le classi sociali, le epoche, le tradizioni sedimentate nei popoli. Che si tratti di colazione, spuntino, pranzo, merenda o cena, non è detto che i nostri riferimenti culturali siano universali e condivisi da tutti. Osservando l'Italia contemporanea, in Toscana, ad esempio il *desinare* (pranzo) è fissato tra le 12 e le 12.30 mentre al *tòcco* (le 13) il pasto è quasi terminato e la sera alle 19 in punto si cena. Tuttavia, spostandoci verso le regioni italiane del sud, il pranzo non inizia prima delle 14 e la cena si consuma tra le 21 e le 21.30. Varcando i confini, poi, dobbiamo ricordare che nel Regno Unito avremo difficoltà a trovare una colazione all'italiana e che le *English* o *Irish breakfast* possono sostituire il pranzo ma anche che alle 18 si cena; al contrario, in Spagna, la colazione si spalma, indifferentemente, tra le 7 e le 12 di mattina, tra le 12 e le 14 è tipico mangiare qualche tapa, con amici o colleghi, per poi andare a pranzo tra le 13 e le 16, e di conseguenza cenare tra le 20 e le 22:30.

Certamente, in tutto questo, anche l'età influenza tempi e contenuti dei pasti.

In linea col pensiero di Lévy-Strauss, (1971; 1966a;b), attraverso la cucina, è possibile, anzitutto, comprendere la cultura e la società in cui queste pratiche vengono agite ma anche il modo in cui sono arrivate a sedimentarsi nei nostri *habitus*. Tra le classi agiate del Settecento, ad esempio, il *déjeuner* indicava la colazione che si prevedeva appena svegli al mattino, a cui seguiva, poi, un *dîner*, pranzo molto abbondante fra mezzogiorno e le due ed infine, in serata, un *souper* (cena leggera). Nel XVIII secolo e nel corso del XIX secolo, il *dîner*, nella società agiata, slitta molto avanti nella giornata: «the dinner-bell rang at five o'clock» (Barbero, 2017, p. 173) attribuendo al mangiar tardi uno status di ricchezza. L'uso mondano ma anche l'esigenza lavorativa del periodo capitalista, tra Ottocento e inizio Novecento, arrivano a ritardare il pasto principale sino alle 18.30/19. Di conseguenza, scompare il *souper* e compare il *déjeuner à la fourchette*, una colazione abbondante non più consumata al risveglio ma a metà mattinata. Prima di allora, tale pratica, era attitudine dei vigorosi mangiatori americani e, in particolare, dei *planters* della Virginia, proprietari terrieri di piantagioni che si alzavano alle 8, bevevano brandy o whisky con zucchero ghiaccio e menta (*julep*) e poi, alle 10, consumavano la colazione “alla forchetta” composta da carne fredda, prosciutto, pane tostato e sidro. Lo stesso Pellegrino Artusi, autore del libro di ricette italiano più popolare di sempre, nel 1891, delineava un quadro in cui dopo il caffè del mattino si passava alla colazione solida delle 11 o del mezzogiorno per poi

consigliare di aspettare circa 7 ore di digestione e consumare il pranzo alle 7. In questo scivolare in avanti del tempo del consumo, i puristi francesi, tentano di salvaguardare lo spuntino di metà mattina (*collation*) ma anche la merenda (*goûter*) per arrivare meglio al pasto serale. Il *souper*, invece, sarà considerato alimento per plebei, se consumato di giorno, mentre nell'ambiente mondano diverrà un pasto, eccezionalmente, notturno servito dopo i balli di corte da mezzanotte alle tre (Barbero, 2017; Albala, 2002).

La progressiva costruzione sociologica del pasto è frutto non solo della scansione dei ritmi orari ma anche di riti, spazi e linguaggi (Simmel, 2006; Douglas, 1984; 1972). Le abitudini culinarie, in quanto ingranaggio di un sistema, poi, sono attecchite nei contesti in base non solo alle consuetudini, ai momenti di convivio, alla quantità di cibo consumato ma anche al progresso della scienza nel campo della dietetica che ha spostato l'organizzazione alimentare anche su un piano biomedico. È solo dopo il boom economico degli anni Sessanta che, nei paesi che seguono una dieta mediterranea, ciò ha delineato uno schema che distribuisce il tempo dei pasti su cinque momenti della giornata: colazione (*petit-déjeuner*), spuntino o merenda di metà mattinata (*collation*), pranzo (*déjeuner*), merenda del pomeriggio (*goûter*) e cena (*dîner*) distribuendo in modo equilibrato la quantità di alimenti da assumere (Barbero, 2017; Mortara, Sinisi, 2016). I significati attribuiti al pasto regolamentato, nel contesto familiare, inoltre, sono il modo in cui i bambini interiorizzano norme, valori, rispetto dell'altro, tempi di condivisione, definizione di ruoli (Poulain, 2008).

Cosa preparano le famiglie all'interno delle mura domestiche, quali valori, linguaggi e interpretazioni attribuiscono al cibo in base ai momenti della giornata in cui viene consumato? Nei prossimi paragrafi, andremo ad analizzare la socializzazione ai pasti, trasmessa in famiglia, con particolare riferimento alle abitudini emerse dal questionario e dalle narrazioni dei *problem-centred expert* (Döringer, 2021) coinvolti nelle interviste e nei focus group effettuati.

3. “Effetto colazione”: il primo pasto della giornata

La colazione, dal latino *disjejunere* o *disjunare* (non digiunare), rappresenta, etimologicamente, l'immagine dell'interruzione notturna del digiuno. Tuttavia, i significati

assunti, nel corso del tempo, sono i più diversi. Attualmente, in Italia, la colazione è considerata uno dei pasti più importanti della giornata. Tuttavia, non molti sanno che, per come la intendiamo oggi, la prima colazione si è affermata solo nell'immediato primo dopoguerra sulla scia dell'omologazione delle abitudini dal fronte⁶⁴. Inizialmente, infatti, la colazione non veniva consumata al risveglio ma dopo alcune ore di lavoro sia perché i moralisti, vedevano l'interruzione del digiuno notturno ad un'ora troppo mattutina come un peccato di gola (con eccezionale tolleranza per bambini, donne, anziani ed ammalati) sia per coprire meglio i tempi del mangiare in quanto quello era l'unico pasto prima di quello principale alla sera (Barbero, 2017; Aidepi-Doxa, 2015).

L'*effetto colazione* contemporaneo, inteso come beneficio nell'assunzione di nutrienti che forniscono equilibrio psico-fisico all'inizio della giornata, si afferma grazie al sedimentarsi di idee e credenze che corrono lungo i secoli. Da quelle per cui rinunciare a tale pasto riempiva lo stomaco di "cattivi umori" (SINU-SISA, 2018; Cogan, 1589), all'arrivo in Europa del tè, del caffè e del cacao, fino all'invenzione, da parte dei fratelli Kellogg dei cereali da prima colazione da mangiare col latte. Negli anni Sessanta, poi, complici il boom economico e la diffusione dei prodotti da forno (anche industriali) ma anche i principi della dietetica e la risonanza mediatica, si radica un immaginario in cui le famiglie, al risveglio e prima di andare a scuola e al lavoro, devono nutrirsi di una colazione, prevalentemente, dolce (Mortara, Sinisi, 2016; Adolphus *et al.*, 2013). Dall'importanza attribuita sul piano nutrizionale, nelle raccomandazioni alimentari, di molti Paesi ne emerge una pratica da non trascurare che, in Italia, viene condivisa dall'81,8% della popolazione dai 3 anni in su (Istat, 2021).

Specie per bambini e adolescenti, l'abitudine ad una prima colazione, nutrizionalmente, completa, infatti, fornisce un adeguato equilibrio energetico consentendo di avere meno sbalzi glicemici ed evitando la ricerca e/o il consumo compulsivo di cibo durante la giornata. L'adeguata introiezione di fabbisogno calorico è, poi, strettamente, correlata ad una migliore memoria e concentrazione, e, di conseguenza, ad un proficuo rendimento scolastico (Longo, 2020; Adolphus *et al.*, 2013; Rampersaud *et al.*, 2005). Non ultimo, consumare, quotidianamente, la colazione influisce positivamente sulla stabilizzazione del

⁶⁴ Ai soldati distribuivano latte, caffè, gallette e cioccolato come in Aidepi-Doxa op.cit.

peso corporeo e sulle scelte alimentari nei pasti successivi della giornata agevolando il mantenimento e la potenziale prevenzione di sovrappeso e obesità in età pediatrica (COSI, 2021). *L'effetto colazione*, come si evince, offre benefici sullo stato di salute in una prospettiva di corso di vita. Al contrario, saltare tale pasto produce il concatenarsi di pratiche deleterie - dalle abbuffate negli altri pasti all'assunzione di cibi iper-calorici fuori pasto - che possono far sviluppare al bambino un difficile rapporto con il cibo. Sovrappeso e obesità, fino ai disturbi da alimentazione incontrollata (*binge eating*), quali errate abitudini alimentari che si trascinano nel corso del tempo, non sono solo mere condizioni (psico)fisiche ma possono amplificare i rischi per la salute sfociando, precocemente, in malattie cardiovascolari, aumento dei livelli di pressione sanguigna, peggioramento del profilo ponderale, insulino-resistenza, sindrome metabolica, tumori (Monzani *et al.*, 2019).

3.1. La colazione a Rimini in età scolare

Il recente Report del *Childhood Obesity Surveillance Initiative*, relativo ai risultati del *quinto round* (2018-2020), sulle abitudini alimentari di bambini dai 6 ai 9 anni, residenti in 23 Paesi europei, riporta che solo il 3% non è solito consumare la colazione. Un dato nettamente migliorato dall'indagine precedente (2015-2017) che ne vedeva ben 21,2%. In calo positivo anche il dato nazionale che si attesta intorno al 4,7% (COSI, 2022) rispetto alla rilevazione del 2019 che si posizionava al 8,7%. Dovremmo, tuttavia, attendere, le rielaborazioni dei dati su scala regionale e locale, per aggiornare anche il dato sulle abitudini in Emilia-Romagna (7%) e a Rimini (9%). Come si evince da tabella 5, in questo studio, solo l'1,5% di bambini salta la colazione rispetto al 3,6% dei relativi genitori, e una percentuale del 5,5% (bambini) e del 7,3% (genitori) che la fa "raramente". Tale quadro fa emergere una rinnovata e strutturata consapevolezza circa il ruolo della colazione nell'alimentazione quotidiana appresa anche grazie a buone pratiche scolastiche e politiche socio-sanitarie sul territorio, promosse, negli ultimi anni. Aggregando i dati, si nota una percentuale, relativamente, alta (7%) di bambini che, tuttavia, non fanno una colazione regolare.

Quando facciamo il colloquio alimentare, molti non fanno la colazione del mattino o la fanno

malamente (2 biscotti e 1 bicchier d'acqua ad esempio o 2 biscotti in macchina). E questo, soprattutto, per mancanza di tempo (si alzano tardi), cattivo esempio familiare. Questa è proprio una cattiva abitudine che moltissimi hanno e dopo cosa succede? Che arrivano alle 10 e hanno una fame pazzesca e mangiano qualcosa di extra calorico oppure se mangiano poco hanno il rimbalzo glicemico e a mezzogiorno chiedono 120gr di pasta e non va bene (Pediatra 1, intervista - dicembre 2020).

Tra le motivazioni, riportate all'interno del questionario, emerge che la colazione non rientra tra le consuetudini del bambino a causa di *inappetenza mattutina* e *ha sonno* oppure *ci svegliamo un'ora prima dell'inizio di scuola*. Atteggiamenti che, qualora persistano nel corso del tempo, andrebbero approfonditi. In primo luogo, perché, in età infantile, il rapporto con il cibo si presta a continue elaborazioni simboliche. Dalle più articolate e patologiche alla semplice, “muta”, richiesta che aspetta un'interprete come quella di aver bisogno di più tempo per il risveglio prima di mangiare o di più ore di sonno. In secondo luogo, quella di evitare che la fretta e la frammentarietà della vita adulta, contemporanea, invadano e monopolizzino anche l'incontro in cucina al mattino con i più piccoli, spesso l'unico, nell'attesa di quello della sera. Gli adulti, infatti, hanno il potere di conferire al bambino la “magia capricciosa” dei loro sguardi e la frenesia può instaurare una dialettica in cui il bambino assorbe gli stati emotivi familiari creando, a lungo andare, un cortocircuito col cibo (Pace, 2021).

Tab. 5 – Colazione al mattino: abitudini genitore rispondente e abitudini figlia/o

Lei fa colazione al mattino? Sua figlia/suo figlio fa colazione al mattino?		
	Genitori	Figli
	%	%
Sì	89,1	93,0
Raramente	7,3	5,5
No	3,6	1,5
Totale	100,0	100,0

Il 93% dei bambini osservati usa fare colazione. Ma quanti ne consumano una adeguata? All'interno del questionario, è stato richiesto ai genitori di specificare i principali alimenti e bevande consumate a colazione e su tale base si è proceduto a ricodificare le specifiche in consumo adeguato e non adeguato. Tuttavia, per farlo, è stato necessario inquadrare cosa

si intenda, anzitutto, per colazione adeguata. In linea con quanto indicato dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (CREA, 2018), è stata considerata adeguata la prima colazione che fornisce, sia agli adulti che ai bambini, un apporto calorico ed energetico di alimenti in rapporto all'età evitando prodotti industriali con grassi idrogenati e zuccheri aggiunti (UniSalute, 2018). Nello specifico, si fa riferimento sia a carboidrati che proteine, come latte o yogurt insieme a cereali oppure pane o fette biscottate oppure biscotti oppure prodotti da forno non industriali, alternando integrali e non integrali. Agli adulti è raccomandato il consumo di circa 2-3 biscotti frollini o 4-5 biscotti secchi o 30 grammi di cereali o 30 grammi di fette biscottate o 1 brioche/croissant/cornetto/ciambellone/crostata, per al massimo 2 volte a tipologia, per settimana, incentivando la variazione. Per i bambini, nella fascia 7-10, è consigliata una colazione a base di latte vaccino (200ml), 1 volta al giorno oppure 1 vasetto di yogurt (125 gr) fino a 5 volte in una settimana insieme a frutta secca (20 gr) oppure 4 biscotti o 4 fette biscottate o 40 gr di cereali 1 volta al giorno, occasionalmente e fino a 3 volte in totale durante la settimana si possono concedere 50 gr di dolci da forno come crostata, ciambellone ecc., oppure 25 g cioccolato, miele, marmellata. Il consumo quotidiano di quantità elevate di brioche e merendine, infatti, tende ad alzare l'indice glicemico, pertanto, viene raccomandato - per un idoneo contributo di fibre - di sostituirli con cereali e carboidrati a basso indice glicemico. Oltre ad un apporto nutritivo ottimale, i benefici ai fini dell'assunzione di corrette abitudini alimentari, si moltiplicano se il pasto principale viene condiviso con la famiglia. Per quanto riguarda bevande nervine e tisane non confezionate e analcoliche (succhi di frutta, tè freddo) viene raccomandato un consumo occasionale e limitato. Tali alimenti, infatti, forniscono un'alta densità energetica, un basso contenuto di nutrienti oppure un alto contenuto di grassi e/o zuccheri e/o teina e altre sostanze che non sono indispensabili per le esigenze di macro e micronutrienti e che possono compromettere gli equilibri della dieta e della stessa salute (CREA, 2018). Inoltre, c'è da sottolineare come, nei succhi così come nelle centrifughe, negli estratti e nelle più ampie varianti, il frutto perda molti dei valori nutrizionali e delle fibre che consentono, tra gli altri, di ottenere anche maggiore sazietà, e rilascino molti "zuccheri liberi"⁶⁵ persino nei succhi di frutta

⁶⁵ Per "zuccheri liberi" si intendono saccarosio, fruttosio, sciroppi, miele, marmellate come in CREA op. cit.

100%. Tuttavia, gli zuccheri non sono gli unici potenziali pericoli sulla strada verso sovrappeso e obesità, ad essi si aggiungono le quantità di sale mimetizzate in prodotti da forno come i biscotti, le merendine e i cereali, comunemente, assunti a colazione, alimenti che, insospettabilmente, contribuiscono a far superare la quota di sodio, giornalmente, consentita.

All'interno della fase quantitativa di questo studio, le abitudini alimentari adottate a colazione dai bambini, prima e dopo i *lockdown*, sono in linea con quelle dei genitori. Più specificatamente, si predilige una colazione “dolce” composta da latte (per i bambini) e caffè (per gli adulti) accompagnati da biscotti, fette biscottate o altri prodotti da forno. Il luogo del consumo è un altro elemento importante. La stragrande maggioranza di genitori (90,6% PRE-lockdown; 92,7% POST-lockdown) e bambini (96,1% PRE-lockdown; 97,3% POST-lockdown) restano a casa propria radicando tale pratica con la famiglia. Solo il 3,9% dei bambini, diminuiti al 2,7% post-lockdown, e il 9,5% dei genitori, diminuiti post-lockdown al 7,4%, esce dalle mura domestiche. In particolare, a casa non propria (genitori: 1,2% pre-lockdown e 0,9% post-lockdown; bambini 2,4% pre-lockdown e 1,8% post-lockdown) o “al sacco” durante il tragitto casa-scuola (0,6% pre e post lockdown) e casa-lavoro (1,8% pre-lockdown e 2,1% post-lockdown). Tuttavia, le restrizioni dovute alla pandemia hanno comportato uno specifico calo nelle abitudini di consumo al bar: prima del lockdown solo 22 adulti e 3 bambini, dopo il lockdown 15 adulti e 1 bambino. Un atteggiamento, fortemente, positivo se pensiamo che il bar offre soluzioni ricche di grassi e di zuccheri che superano con grande facilità l'apporto di calorie consigliate per la colazione con un livello di sazietà che non perdura nel corso della mattina.

Al fine di avere un'idea anche in termini di adeguatezza, sono state processate le risposte “aperte” ottenute, inerenti la colazione dei bambini, emerse dal questionario. È necessario tenere presente, però, che i criteri di adeguatezza si sottopongono facilmente a *bias* di misurazione che, spesso, non riflettono fedelmente la pratica proposta (Lombi, 2015) e che le ricodifiche - sulla base delle linee guida sulla nutrizione - si attengono, strettamente, alla richiesta di specificare i cibi e le bevande assunti con maggiore frequenza.

A tal proposito, ne emerge un consumo, tendenzialmente, adeguato per il 64,5% dei bambini.

4. La merenda di metà mattina

La mattinata scolastica della scuola primaria, verso le 10.30, prevede che i bambini accedano a venti minuti di “ricreazione” durante i quali consumano quella che un tempo veniva detta *collation matinale* (merenda di metà mattinata). L’abitudine di inserire nella giornata scolastica un piccolo “spuntino” cerca di aiutare, specie a questa età, a reintegrare calorie e principi nutritivi riducendo il carico digestivo e ottenendo una migliore efficienza nel controllo della glicemia. Insieme con una prima colazione adeguata, infatti, la merenda di metà mattina, consente di preservare l’attenzione durante il lavoro scolastico ma anche di arrivare meno affamati all’ora di pranzo (CREA, 2018; Mathiot, 2015). Tuttavia, è necessario sottolineare come questa pratica sia investita di una grande autonomia sia nella preparazione da parte delle famiglie che di consumo da parte dei bambini.

Abbiamo proibito di portare le patatine a scuola, abbiamo usato come escamotage il fatto che si ungono tutti i quaderni (Insegnante 1, focus group - giugno 2020).

Mi era stato detto il primo anno di scuola che non si poteva dare cose con la cioccolata, i bambini a scuola, al contrario, hanno tutti la cioccolata: dal panino con la nutella alla merendina con la cioccolata (Genitore 1, focus group - giugno 2020).

Richiamiamo i genitori su questa cosa anche perché, in realtà, il Preside quando presenta la scuola molto spesso dice che la merenda va fatta senza utilizzare mortadelle, salami, tutto l’affettato romagnolo (Insegnante 2, focus group - giugno 2020).

In seguito a qualche richiesta, alcuni genitori pur di dirgli “ti do il succo di frutta come ce l’ha il tuo compagno di banco” gli comprano un succo di frutta che in realtà è pieno di zuccheri (Genitore 2, focus group - giugno 2020).

All’interno di questo “microcosmo”, poi, si osservano i bambini mettere in atto le regole che hanno incorporato senza che gli adulti presenti (le insegnanti o i collaboratori scolastici) possano intervenire (Mathiot, 2015; Delalande, 2001). In questo tempo ricreativo scolastico, i bambini consumano la merenda in modi differenti: soli, in gruppo, seduti al banco, sul muretto o per terra, fermi o in movimento. E creano relazioni

interpersonali, instaurano discussioni, aggiornano amicizie e si influenzano nella trasmissione di (buone o cattive) abitudini alimentari (Mathiot, 2015). A tal proposito, una delle abitudini, più notate, che emerge è che *quando il genitore da qualcosa che non piace se la scambiano la merenda!*⁶⁶.

Tuttavia “la merenda non è un pranzo” e uno spuntino troppo ricco non solo può incidere sul fattore ponderale e determinare un impegno digestivo più elevato ma influenza anche la capacità cognitiva, in termini di attenzione e apprendimento, nelle restanti ore scolastiche nonché riduce l’appetito alterando il ritmo alimentare quotidiano. A questa panoramica è, altresì, doveroso aggiungere che la merenda va comunque adattata allo stile di vita del bambino riflettendo anche sulla tipologia di giornate affrontate: molto attive oppure pressoché sedentarie (CREA, 2018).

4.1. La merenda di metà mattina a Rimini in età scolare

L’educazione alimentare dei bambini riguarda non solo i pasti formali condivisi ma anche quelli considerati informali come la merenda di metà mattina che costituiscono un consumo, particolarmente, favorevole all’espressione culturale dei bambini (Mathiot, 2015). Lo spuntino, non obbligatorio, dopo circa 3-4 ore senza mangiare, è efficace per ridare al bambino la giusta energia al corpo ma senza far “scoppiare l’insulina” o “rimanere sullo stomaco per ore” (Soreda, 2020).

Le linee guida (CREA, 2018) raccomandano che venga consumata una merenda contenente circa 100 calorie che dovrebbero, per esempio, corrispondere ad uno yogurt (125g) oppure a un frutto medio (100g) oppure a un succo di frutta senza zuccheri aggiunti oppure pane e marmellata (50g di pane e 20g di marmellata) oppure pane e pomodoro (50g di pane, pomodoro, olio 5g), frutta secca a guscio non salata e non zuccherata (30g). Saltuariamente, si possono includere anche alimenti come 1 fettina di ciambellone o una merendina tipo pan di spagna non farcita (50g) oppure pizza bianca o al pomodoro (50g) purché sia un’eccezione attenta alle quantità (CREA, 2018).

Nel contesto Emilia-Romagna, le abitudini dei bambini, in età scolare, sono state

⁶⁶ In *clear verbatim* le parole di un’insegnante durante un focus group di giugno 2020.

osservate dall'ultima rilevazione di OKkio alla Salute (SSRER, 2019a). Il 46% dei bambini, a metà mattina, mangia una merenda, eccessivamente, abbondante. In generale, se i bambini emiliano-romagnoli, quasi tutti i giorni, consumano, relativamente pochi, succhi 100% frutta (12%), *soft drinks* (7%) e snack salati (6%) una più importante percentuale si concentra, soprattutto, su snack dolci come merendine, caramelle, biscotti, torte (29%). All'interno della stessa indagine, a Rimini il 40% dei bambini non consuma una merenda adeguata. Il quadro di frequenza su quasi tutti i giorni dei bambini riminesi vede anche qui l'assunzione leggermente inferiore rispetto al dato regionale di succhi di frutta 100% frutta (10,1%), *soft drinks* (6,9%) e snack salati (3,5%) ma anche qui una più importante percentuale confluisce su snack dolci come merendine, caramelle, biscotti, torte (30,9%).

Nello studio, qui, presentato (Tab. 6), la merenda di metà mattina è quasi parimenti dolce (51,8%) o salata (47,9%) ed è accompagnata da un consumo di *soft drinks* relativamente elevato. Nello specifico, se il 69,3% dei bambini beve, giustamente, acqua, c'è un 28,9% che si divide tra succhi di frutta (17,9%), tè confezionato (0,9%) e altro (10,1%) spesso un bis di bevande composto da acqua e succo; acqua e tè.

Tab. 6 – Alimenti e Bevande consumate da figlia/o per merenda a scuola

Tipologia di <u>cibo/bevanda</u> , più frequente, consumato da bambina/o per merenda di metà mattina a scuola			
	CIBO		BEVANDA
	%		%
Dolce	51,8	Acqua	69,3
Salato	47,9	Succo	17,9
Nulla	0,3	Tè confezionato	0,9
		Altro	10,1
		Nulla	1,8
Totale	100,0	Totale	100,0

A proposito di idratazione, il tema viene affrontato all'interno di un focus group genitori-insegnanti. Nonostante la gran parte dei genitori fornisca l'acqua ai propri figli, a scuola, un'insegnante dichiara:

Vi sembrerà assurdo ma col Covid noi dobbiamo segnare l'ora in cui i bambini vanno in bagno perché poi quando ci sono le indagini epidemiologiche bisogna fare dei controlli incrociati. Ahimè,

mi sono resa conto, perchè sta su carta, che vanno poco in bagno e questo è segno che bevono poco ma bevono poco già da casa (Insegnante 1, focus group – febbraio 2021).

Considerando le bevande in rapporto alle raccomandazioni delle Linee Guida (CREA, 2018), si evince, immediatamente, che “adeguato” è portare a scuola solo acqua, tuttavia, c’è del lavoro ancora da svolgere per assicurarsi che quest’acqua venga, effettivamente, bevuta dai bambini. Nel caso della merenda di metà mattinata, poi, si è voluto procedere con l’osservazione dell’adeguatezza calcolata ricodificando le specifiche di elevata frequenza nel consumo espresse dai genitori nel questionario. Anche in questo caso, si deve tenere presente che si vuole fornire un’idea sommaria delle inclinazioni sulle merende, tenendo sempre presente che i criteri di adeguatezza si sottopongono a *bias* di misurazione che, spesso, non riflettono, fedelmente, la pratica proposta (Lombi, 2015). Il metro della non adeguatezza è stato misurato considerando l’assunzione di cibi ultra-processati, “pronti all’uso” e con più di 100 calorie quali merendine, biscotti, crackers salati, spianate, pizzette. Si tratta, infatti, di alimenti che stuzzicano i genitori per la praticità e attirano i bambini per il gusto *palatable*, molto dolcificato oppure estremamente saporito, tipo “umami”.

La frutta non viene quasi mai data a scuola ed è una merenda anche quella che uno può mangiare in modo pratico. Non viene proprio contemplata dai genitori. Sempre e solo cose veloci che possono essere il panino o addirittura peggio che peggio la merendina (Genitore 1, focus group - giugno 2020).

Rispetto al cibo consumato emerge che un quarto dei bambini non porta una merenda adeguata ai regimi alimentari suggeriti dalle istituzioni internazionali che fanno ricerca sul tema con effetti deleteri sui pasti successivi. L’appetibilità è il fattore che, più frequentemente, guida le scelte. Tuttavia, questi cibi, generalmente, sono composti da ingredienti poco salutari come amidi, sale, additivi che li rendono fonti altamente energetici ma, contemporaneamente, poveri di fibre e micronutrienti.

Le loro merende non sono adeguate, spesso hanno patatine piuttosto che cracker inondata di nutella. Per scelta educativa faccio un passo indietro perché non sono i miei figli e quindi più che dire all’Assemblea “mi raccomando non date merende che possono indurre troppa sete e

che rovinano un po' il pasto - i grandi hanno il pasto alle 12:45 mentre i piccoli a mezzogiorno. Se i piccoli fanno una merenda così calorica, così ricca di zuccheri, un po' rovina l'esperienza del pasto. Quelli che hanno le merende più inclini al discorso calorie, infatti, tendono anche meno ad assaggiare, materialmente hanno proprio un approccio diverso col cibo nuovo, molto diverso (Insegnante 2, focus group - giugno 2020).

I motivi di questo atteggiamento, oltre al senso pratico e alla scarsa educazione alimentare, sembrerebbero legati anche all'idea di cibo-amore (Pace, 2021). Nel processo di dis-unione che sigla l'ingresso a scuola, il genitore può incappare in ansie e paure nel delegare a un "terzo" le cure educative del proprio figlio:

Separarsi da un bambino per 8 ore, anche quando è molto piccolo, il fatto di dargli la merenda che gli piace di più anche se è nutella o patatine è un manifesto gesto d'amore, cioè ti do quello che vuoi (Insegnante 3, focus group - giugno 2020).

Un'altra motivazione che emerge, in merito alle merende di metà mattina, sono quelle fornite da genitori stranieri, prevalentemente dell'est europa, le cui tradizioni culinarie spesso si discostano da pasti considerati equilibrati:

nella mia classe ho una prevalenza straniera, solo 4 bambini italiani, gli altri perlopiù dell'est (Jugoslavia, Balcani e limitrofe). Loro hanno un'alimentazione molto particolare, nel senso che si alimentano con carni, affettati, pani in cassetta, fanno merenda con un packet lunch composto da yogurt, la mela, la barretta di cioccolata e il panino con l'affettato. Per anni abbiamo cercato di smantellare quest'abitudine in quanto a pranzo è poi impossibile affrontare un pasto (Insegnante 4, intervista - giugno 2020).

Tale atteggiamento denota non solo un quadro gastronomico-culturale differente ma anche una mancanza di educazione e informazione alimentare da parte di alcuni genitori cui spesso si aggiunge una impossibilità economica nel fare una spesa di "qualità":

c'è anche questo tentativo di cercare di equiparare la merendina del proprio figlio a quella degli altri. Magari gli altri comprano la merendina che so alla Conad, o al negozio invece tu

non puoi quindi la compri al Discount e alcune di queste merende (ho letto sulle carte) sono ricchissime di zuccheri, di grassi. La cioccolata è quasi tutta burro di cacao! (Genitore 2, focus group - giugno 2020).

Chiaramente, rispettare le rigide prescrizioni alimentari delle istituzioni sanitarie non è sempre facile, soprattutto per genitori che non siano relativamente affluenti o con una certa quantità di tempo disponibile. Ci sono condizioni di vita che rendono faticose certe presunte “scelte adeguate”.

4.2. Frutta e latte nella merenda di metà mattina a Rimini in età scolare

Le calorie in eccesso sono spesso dovute a ciò che viene ingerito al di fuori dei pasti principali. I francesi parlano di *grignotage* ovvero piccoli e/o frequenti pasti, durante la giornata, una zona di limbo inserita tra diverse classi di comportamento alimentare. In questo gioco del “mordicchiare”, i bambini possono apprendere il dovere del controllo e della restrizione o, al contrario, spingersi oltre i limiti (Soreda, 2020; Diasio, 2008). Se non sempre la famiglia riesce a educare e monitorare, attentamente, tutti gli spuntini consumati dai figli, in un'alleanza con la scuola, si sta cercando di agire sulla merenda di metà mattinata.

Secondo le linee guida europee e sulla scia del programma americano *Five-a-Day*, è, generalmente, suggerito ai bambini il consumo di cinque o più porzioni di frutta (e verdura) al giorno, a ciò si aggiunge, in età infantile, una particolare attenzione verso il latte e i suoi derivati. A tal proposito, i bambini, in questa età evolutiva, dovrebbero consumare almeno 400 gr di frutta e verdura al giorno, principalmente, nella sua forma originaria e latte o yogurt tutti i giorni, a colazione e a merenda, mentre per i formaggi non dovrebbero superare le 2/3 volte a settimana al fine di prevenire malattie croniche (CREA, 2018). Secondo l'ultima rilevazione della *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI, 2022), il 45,2% dei bambini italiani mangia frutta e verdura tutti i giorni, il 24,7% nella gran parte dei giorni (4-6 giorni a settimana), il 22% solo alcuni giorni (1-3 giorni a settimana) mentre si contendono abitudini insufficienti i bambini che lo fanno meno di una volta a settimana (4,6%) e quelli che non lo fanno mai (3,6%). In Emilia-Romagna (ER) e a Rimini (R), per

il solo consumo di frutta, sono state effettuate osservazioni più specifiche: 2% (ER) e 1% (R) 4 o più volte al giorno, 20% (ER) e 18% (R) da 2 a 3 volte al giorno, 25% (ER) e 27% (R) 1 volta al giorno, 26% (ER) e 23% (R) quasi tutti i giorni della settimana, 22% (ER) e 25% (R) solo alcuni giorni della settimana, 3% (ER) e 4% (R) meno di una volta a settimana e 2% (ER e R) mai. Analizzare le abitudini dei bambini su determinati *cibi sentinella* è stato definito, nell'indagine Nomisma del 2018, utile per misurare il grado di salubrità degli stili alimentari in età scolare.

I programmi promossi dall'Unione Europea Frutta e verdura nelle scuole e Latte nelle scuole si inseriscono in un orizzonte di opportunità nella gestione e contenimento del momento delle merende di metà mattina.

L'Asl di Rimini, le dietiste, quelle storiche hanno fatto una battaglia per togliere il pane a merenda di metà mattinata ai bambini sin dall'infanzia e sostituirla con la frutta (Dietista 1, intervista - ottobre 2020).

Seppur con qualche limite strutturale:

il discorso di frutta nelle scuole da noi ha sempre funzionato, purtroppo, non viene portata nei tempi richiesti dal tempo scolastico in quanto in realtà tu accedi al progetto già da settembre e poi la frutta arriva da gennaio. Quindi abbiamo da gennaio un grande smistamento di frutta e da lì proibiamo di portare la merenda (in pratica c'è sempre qualcuno che ha la barretta di cioccolato ecc.) però la frutta la mangiano. Io ad esempio gliela sbuccio, per loro già il fatto che gli sbucci la mela vuol dire condividere un momento insieme (Insegnante 1, intervista - giugno 2020).

Sono progetti limitati all'ultima parte dell'anno poi frutta nelle scuole è un po' più lungo, copre un po' più di mesi, quello di latte nelle scuole è molto breve, però anche noi abbiamo un po' sfatato questa cosa che mangiano anche per esempio lo yogurt che a casa non mangiano. Non possiamo sostituire la merenda perché purtroppo le date (abbiamo un calendario) sono aleatorie, nel senso che ci danno delle date ma in realtà poi non riescono sempre a rispettarle. Quindi non possiamo dire ai bambini di non portare la merenda, ci abbiamo già provato ma poi è successo che son rimasti senza mangiare a ricreazione (Insegnante 2, focus group - giugno 2020).

E di non aderenza e coesione da parte dei genitori nonostante il coinvolgimento e l'informazione delle regole da seguire:

noi in generale quando aderiamo ad un progetto li invitiamo [i genitori ndr]. Gli diciamo che stiamo partecipando a questo progetto, se possono darci una mano, se magari in quelle giornate o in quel periodo magari la merenda la fate un po' più ridotta perché tanto noi gli diamo lo yogurt e alcuni genitori sono coesi, altri ti dicono “vabbè io la merenda gliela do lo stesso poi sceglierà il bimbo/la bimba” (Insegnante 3, focus group - giugno 2020).

Tuttavia sembra che questi progetti comunque sono molto validi, è comunque del tempo frontale da dedicare, lo si fa perché ci si crede e perché si vedono i riscontri⁶⁷.

Tanto da aver portato alcuni genitori e insegnanti ad essere concordi sulla proposta di introdurre un “diario” anche per la merenda di metà mattinata:

rimango sempre della mia idea che come han dato il diario uguale per tutti sul menu se ci fosse la merenda uguale per tutti sicuramente si arriverebbe molto ad una conclusione di tutto questo [problemi di eccesso di peso, educazione alimentare, merende qualitativamente scadenti ndr] (Genitore 1, focus group – giugno 2020).

Un'idea che trova concordi anche le dietiste dell'Asl e che potrebbe non solo dare spazio ad un nuovo momento di educazione alimentare ma anche sostenere le famiglie e uniformare la somministrazione dello spuntino, qualitativamente adeguato e nutrizionalmente equilibrato, senza distinzione, a tutti i bambini.

5. Gli altri pasti a casa

Molti studi sostengono l'esistenza di una relazione tra frequenza al consumo dei pasti a casa e corretta trasmissione dell'educazione alimentare. Una relazione che ha il suo focus all'interno delle *food parenting practices* ossia azioni e/o comportamenti, posti in essere dagli adulti, che socializzano, intenzionalmente o casualmente, all'interno delle mura

⁶⁷ In *clear verbatim* le parole di un'insegnante, focus group – giugno 2020.

domestiche il bambino al pasto (Fanci, 2018; Melbye *et al.*, 2013; Burgess-Champoux *et al.*, 2009). Le pratiche e le strategie parentali vengono, poi, incorporate dal bambino, lo supportano e viaggiano con lui quando, in parallelo al processo di autonomizzazione, si relazionerà con le varie istituzioni e culture extra-familiari (Fanci, 2018).

Inoltre, stiamo assistendo - sulla scia del modello americano - ad una rivoluzione nel concetto dei pasti a casa: sale da pranzo, sempre più, inglobate dal soggiorno, riduzione del tempo quotidiano trascorso sia ai fornelli che a tavola. Non solo a pranzo ma anche a cena si mangia raramente insieme e spesso, in tale occasione, ognuno mangia una cosa diversa davanti ad uno schermo. Se nella realtà, la destrutturazione dei pasti sembra andare di pari passo con quella delle famiglie, sui *social network*, *l'eatertainment* (intrattenimento a tema cibo) sembra voler ricomporre il dialogo della convivialità. A tal proposito si è diffuso, dalla Corea del Sud, il fenomeno del *social eating* in cui mediante l'occhio della *webcam* ci si lascia osservare davanti a decine di migliaia di utenti che non vogliono mangiare soli o sono a dieta e vogliono gustarsi la sensazione di farsi una mangiata in compagnia⁶⁸. Si tratta di un nuovo modo di consumare il cibo che passa attraverso il gusto della vista apprezzato tramite numero di like/cuori o condivisioni.

5.1. Le abitudini alimentari delle famiglie riminesi

Il primo aspetto che, in questo studio, si è indagato è la frequenza di consumo a casa di alcuni alimenti per mettere in luce eventuali correlazioni tra i cibi proposti nei menu della refezione scolastica e il grado di influenza sulla scelta nell'alimentazione familiare. In accordo con le linee guida del Ministero della Salute (CREA, 2018), una dieta, qualitativamente e nutrizionalmente, equilibrata presuppone un bilancio fra grassi, proteine, glucidi distribuiti nell'arco della giornata. Inoltre, per conservare un benessere prolungato, una buona alimentazione dovrebbe essere ricca di nutrienti, completa e varia senza escludere nessun alimento né saltare alcun pasto. In ottica contemporanea, un'alimentazione salubre e sicura è orientata alla protezione dalle malattie cronico-degenerative, alla promozione di salute e longevità, alla sostenibilità sociale ed ambientale

⁶⁸ Per ulteriori approfondimenti vedasi il video della "Diva" Park Seo-yeon.

e soprattutto alla prevenzione all'obesità e all'eccesso alimentare sin dall'età infantile.

La tabella 7 mette in evidenza quanto emerge dai dati del questionario in riferimento al consumo settimanale del gruppo “fonti proteiche”: carne rossa e bianca, pesce e legumi. Le “fonti proteiche”, infatti, nella piramide alimentare (APPENDICE D) vengono, generalmente, viste come un unico insieme poiché all'interno vi sono nutrienti simili da poter consumare in circa 2 porzioni al giorno. Tuttavia, in accordo con le raccomandazioni internazionali per la prevenzione delle malattie croniche (e cronico-degenerative) e in base al diverso impatto sulla salute del loro consumo, ci sono delle distinzioni da fare. All'interno del gruppo “fonti proteiche” sono da preferire le carni “bianche” e magre (pollo, tacchino, coniglio) rispetto alle “rosse” e grasse di cui si raccomanda un consumo totale di circa 80 gr. per un massimo di 3 volte alla settimana. Le carni rosse, specie quelle che contengono proteine nobili sono ad elevato assorbimento e sono utili alla formazione e al mantenimento della massa muscolare. Esse, inoltre, sono coinvolte in processi di regolazione del metabolismo energetico. In generale, infatti, le carni - specie quelle dal taglio magro - avendo un basso indice glicemico, favoriscono un alto senso di sazietà aiutando a prevenire sovrappeso e obesità (Bramante, 2016). Anche il pesce, in età evolutiva, viene distribuito per un totale di 80 gr. su circa 3 volte la settimana, ed è raccomandabile di fare scelte orientate verso quello fresco o surgelato di piccola taglia ma ricco in acidi grassi polinsaturi omega-3 o, in alternativa, anche per la facilità di accesso e il basso costo verso quello conservato o trasformato, soprattutto, nella versione al naturale. I legumi, poi, sono un alimento, insieme ai cereali, fondamentale nell'alimentazione in quanto fonte di nutrienti ed energia. È bene, dunque, includerne da due a quattro porzioni (minimo) a settimana.

Dalle risposte fornite al questionario, la gran parte delle famiglie consuma sia la carne rossa (81%) che la carne bianca (76,6%) una o due volte a settimana. In generale, la carne bianca è consumata di più durante la settimana: il 21,2% dei bambini ne mangiano fino a cinque volte, mentre solo l'8,7% consuma carne rossa per tre-cinque giorni alla settimana.

La differenza rimane più tra i bambini che non mangiano mai carne bianca (2,2%) rispetto alla carne rossa (10,3%). Lievemente sotto quanto raccomandato, l'85% dei bambini mangia pesce una o due volte a settimana, il 6,5% dalle tre alle cinque volte, mentre l'8,4% non ne fa mai uso così come per i legumi che vengono consumati una o due

volte a settimana dal 73,2% dei bambini, cinque volte alla settimana dal 16,8% mentre il 9% mai.

Tab. 7 – Risposte alle domande che fanno riferimento al consumo durante la settimana rispettivamente di carne rossa, carne bianca, pesce e legumi.

	In famiglia, quante volte alla settimana mangiate carne rossa?	In famiglia, quante volte alla settimana mangiate carne bianca?	In famiglia, quante volte alla settimana mangiate pesce?	In famiglia, quante volte alla settimana consumate legumi? (lenticchie, fagioli, piselli, ceci, fave ecc.)
	%	%	%	%
1-2 volte	81,0	76,6	85,0	73,2
3-5 volte	8,7	21,2	6,5	16,8
Tutti i giorni	0,0	0,0	0,0	0,9
Mai	10,3	2,2	8,4	9,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

In linea con la grande attenzione che viene data a frutta e verdura a scuola, se ne osservano i riflessi sulle abitudini familiari. Il *Five-a-Day*, l'assunzione di almeno cinque porzioni al giorno per il giusto apporto di fibre, sali minerali, acqua, vitamine e per limitare la quantità di calorie introdotte, costituisce, come già detto, un importante fattore di protezione nei confronti di eccesso ponderale e rischi per altre malattie correlate. Frutta e verdura sono una componente imprescindibile nella dieta per la bassa densità calorica e per le azioni protettive e preventive.

Tab. 8 – Consumo settimanale di frutta e verdura in famiglia

	A parte il pranzo a scuola, a casa quante volte alla settimana sua/o figlia/o mangia verdura?	A parte il pranzo a scuola, a casa quante volte alla settimana sua/o figlia/o mangia frutta?
	%	%
1-2 volte	21,5	20,6
3-5 volte	28,0	26,2
Tutti i giorni	45,5	49,8
Mai	5,0	3,4
Totale	100,0	100,0

Senza considerare le porzioni, già assunte, durante la merenda di metà mattinata e la mensa scolastica, le risposte al questionario si focalizzano sulla specifica assunzione di frutta e verdura a casa. Nello specifico, come si può osservare in tabella 8, poco meno della

metà dei figli dei rispondenti consuma verdura tutti i giorni. Il 28% mangia verdura da tre a cinque volte, il 21,5% solo una o due volte a settimana mentre il 5% non mangia mai verdura nei pasti a casa.

Al contempo, una similitudine con un leggero incremento, si nota per quanto riguarda la frequenza di frutta nei pasti: il 49,8% afferma che i propri figli ne mangiano quotidianamente. Il 46,8% quantifica il consumo fino a cinque volte alla settimana mentre solo il 3,4% non è solito consumare frutta.

5.2. Le scelte nel “carrello” delle famiglie riminesi

Nel contesto attuale, i trend alimentari continuano a mutare e nei carrelli della spesa entrano le modalità di consumo, la tipologia di attenzione ai prodotti, il tempo da poter dedicare alla preparazione e, soprattutto, il budget di spesa. Ai rispondenti è stato chiesto di indicare il principale fattore di scelta nel fare la spesa (Tab. 9). La qualità del cibo (72,6%) sembra essere il principale elemento che influenza le decisioni delle famiglie riminesi a cui seguono la provenienza dei prodotti (7,6%) e il prezzo (6,1%). Un consistente 13,7% ha scelto l’opzione “altro” specificando di basare le proprie scelte di consumo su una combinazione tra i fattori proposti nel questionario: il 5,5% tra qualità e provenienza, il 4,6% tra qualità e prezzo, lo 0,9% tra prezzo e provenienza e il 2,7% fa una stima tra i tre fattori evidenziati.

Tab. 9 – Fattori di scelta nel fare la spesa

Nel fare la spesa considera maggiormente:	
	%
Qualità del cibo	72,6
Prezzo	6,1
Provenienza	7,6
Altro	13,7
Totale	100,0

Siamo abbastanza attenti a seguire la stagionalità e anche alla provenienza facciamo attenzione. Non acquisto se devo mangiare dei fagiolini che arrivano da un altro paese. Leggere etichette quando andiamo a fare la spesa per me è importante. Anche quando porto i miei bambini adesso soprattutto il primo che ha sei anni ed inizia un po' più a interagire

nell'aiuto pratico della spesa. Anche per aiutarlo nella lettura cominciamo a leggere insieme l'etichetta per fargli notare se c'è una stagionalità e soprattutto di cercare di mangiare le cose che arrivano il più vicino possibile a noi (Genitore 1, focus group – febbraio 2021).

Se posso non guardo il prezzo ma la qualità (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

Non faccio la spesa nelle catene di grande distribuzione mi affido al gruppo Rigas qui locale. E poi c'era anche il mercatino dell'SGA che adesso purtroppo è sospeso momentaneamente. Sono dei produttori che hanno dei prodotti organici biologici che non usano nessun tipo di trattamento. Devo dire che prima sono entrata con il discorso della frutta e della verdura e pian piano mi sono allargata a tutti i tipi di cibo sia latticini la carne e la prendiamo sempre al Rigas una azienda agricola della zona dell'Appennino di Forlì-Cesena. È un allevamento biologico dunque le mucche conigli polli mangiano mangime biologico e sono all'aria aperta. Questa cosa è stata una trasformazione che ormai sono già undici anni. All'inizio c'era un po' questa cosa della qualità e del prezzo da vedere, adesso, a Rimini c'è molta alternativa se uno vuole, di acquistare prodotti di altissima qualità a Km0 a un prezzo molto conveniente anzi molte volte più basso del prezzo della grande distribuzione. Perciò è una scelta più consapevole. Poi c'è anche la parte etica del consumo di sostenere i piccoli produttori che non entrano nella grande distribuzione (Genitore 3, focus group – febbraio 2021).

Io vado nella grande distribuzione, alla Coop, e lì compro bio quindi latte bio, burro bio tutto quello che posso. Anch'io preferisco il bio perché anche se non al 100% tanto meglio mezzi pesticidi che completamente (Genitore 4, focus group – febbraio 2021).

Il gradimento del biorispetto, in famiglia, anche in relazione all'influenza che il programma scolastico previsto all'interno delle scuole riminesi offre, viene indagato osservando le scelte, in termini di consumo, di prodotti biologici, integrali e senza glutine.

In poche famiglie (5,5%) nelle dispense non entrano mai prodotti biologici. Il 32,5% delle famiglie, durante i pasti consumati a casa, afferma di consumare “tutti i giorni o quasi” prodotti biologici, segue un 28,9% che lo fa “almeno una volta alla settimana” e il 33,1% “solo saltuariamente” (Tab. 4). Le motivazioni sono le più diverse:

per quanto riguarda il biologico noi per esempio siamo molto fortunati perché a casa abbiamo

il nonno che ha l'orto. Le verdure ci arrivano direttamente quindi i miei bambini mangiano tutte le verdure molto volentieri (Genitore 1, focus group – febbraio 2021).

Anche noi abbiamo per fortuna il nonno che a Misano c'ha il suo orto. Solo che lui fa quattro cose dunque sempre dobbiamo un po' integrare (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

Io invece ho avuto un approccio al biologico forzato nel senso che mia figlia maggiore da piccolina aveva delle allergie a livello dermatologico con problemi respiratori. Dunque dallo svezzamento sono entrata nel mondo del biologico, dell'organico pieno e sempre ringrazio perché alla fine è stato il fattore per cui posso dire che il 99% del cibo che consumiamo ogni giorno è non trattato e non industriale (Genitore 3, focus group – febbraio 2021).

Avendo lavorato in una azienda biologica, penso che il 100% biologico non esiste. Io sono più propensa a prodotti a chilometro zero, avere un piccolo orto, fare le conserve. Ogni tanto provo sul terrazzo a fare delle piccole cose per i bambini: la pianta di pomodoro oppure le fragoline... cose così adesso ho una pianta di mirtillo. Però mi sono resa conto che il biologico è una cosa bella se fosse al 100% e per i costi che ha sinceramente il fatto che non lo sia è un po' una delusione ecco (Genitore 4, focus group – febbraio 2021).

Tab. 10 – Consumo di prodotti biologici e integrali in famiglia

	In famiglia, consumate prodotti biologici?	In famiglia, consumate prodotti integrali (pasta, pane, farine)?
	%	%
Sì, tutti i giorni o quasi	32,5	37,1
Almeno una volta alla settimana	28,9	25,5
Saltuariamente	33,1	29,6
Mai	5,5	7,8
Totale	100,0	100,0

Per quanto riguarda i prodotti integrali, vengono inglobati all'interno delle scelte alimentari familiari in modo, più o meno, frequente: nel 37,1% “tutti i giorni o quasi”, nel 25,5% “almeno una volta alla settimana”, nel 29,6% “in modo saltuario” e solo nel 7,8% “mai” (Tab. 10). Un risultato importante, anche guardando alle indicazioni per una sana alimentazione (CREA, 2018), che sottolinea quanto i prodotti integrali sarebbero da preferire a quelli non integrali per il loro maggiore potere saziante e per il contributo al

controllo del peso corporeo. Tuttavia, nel caso dei bambini, è raccomandato alternare prodotti integrali e non integrali, in quanto un consumo smisurato dei primi può causare un eccesso di fibra e limitare l'assorbimento di altri nutrienti fondamentali per la crescita. In ottica di corso di vita, poi, il consumo di prodotti a base di cereali integrali ha un ruolo preventivo nei confronti di alcune malattie (diabete, malattie cardiovascolari, alcune tipologie di cancro) riducendone il rischio di insorgenza.

Per ciò che concerne, infine, i prodotti senza glutine, il 66,4% delle famiglie rispondenti dichiara di non consumarli mai (Tab. 11) facendo emergere, rispetto ai consumi precedenti, una netta inversione di scelte. Ciò, probabilmente, può essere dovuto anche alla dimensione ancora strettamente medica - intolleranze, allergie alimentari o celiachia - in cui sono connotati tali alimenti e che viene, appunto, evidenziato dal 4,7% dei rispondenti al questionario. Un 29%, quota piuttosto consistente, dichiara, invece, di consumare prodotti senza glutine per motivi diversi: il 9,7% perché li considera sani e il 19,3% per gusto personale.

L'attenzione verso le aggiunte di sale e di zucchero nelle pratiche alimentari familiari (Tab. 12, 13 e 14) sono altri due elementi meritevoli di attenzione, all'interno del questionario.

Tab. 11 – Consumo di prodotti senza glutine in famiglia

In famiglia, consumate prodotti senza glutine?	
	%
Sì, c'è qualcuno in famiglia celiaco	4,7
Sì, nessuno è celiaco in famiglia ma li utilizziamo perché li consideriamo sani	9,7
Sì, a volte per gusto personale	19,3
No	66,4
Totale	100,0

In linea generale, sembra esserci una maggiore attenzione verso l'assunzione di zucchero (20,2%) rispetto a quella di sale, a piacimento e senza regolazione (36,4%), a dispetto degli effetti indesiderati che possono conseguire ad un utilizzo eccessivo di sale come l'ipertensione arteriosa (CREA, 2018). Quanto alle strategie adottate da quelle famiglie che cercano di controllare gli additivi consumati, si menzionano la limitazione del quantitativo utilizzato, anche riducendo l'assunzione di alcuni prodotti ad alto contenuto di

sale o zucchero, oppure la sostituzione con altri ingredienti.

Tab. 12 – Consumo di sale in famiglia

	In famiglia, fate attenzione al sale?
	%
Nessuna attenzione particolare; usiamo il sale secondo il gusto	36,4
Aggiungiamo poco sale a tavola e scegliamo cibi poco salati (facciamo attenzione a formaggi, salumi, pane ecc.)	47,7
Usiamo le spezie per ridurre il consumo di sale	15,9
Totale	100,0

Nel caso del sale, il 47,7% delle strategie familiari sono orientate verso la scelta di aggiungere poco agli alimenti e di selezionare cibi che ne hanno un basso o assente contenuto, mentre il 15,9% sono volte a ridurre il consumo di sale compensando con l'utilizzo di spezie. Rispetto all'utilizzo di zucchero, il 70,4% sceglie cibi poco zuccherati o aggiunge poco zucchero a cibi/bevande, mentre il 9,3% cerca di sostituirlo con dolcificanti.

Tab. 13 – Consumo di zucchero in famiglia

	In famiglia, fate attenzione allo zucchero?
	%
Nessuna attenzione particolare; usiamo lo zucchero secondo il gusto	20,2
Cerchiamo di aggiungere poco zucchero e scegliamo cibi poco zuccherati (facciamo attenzione a torte, brioches, caramelle, cioccolatini ecc.)	70,4
Cerchiamo di sostituirli con dolcificanti	9,3
Totale	100,0

Tab. 14 – Consumo di bevande zuccherate in famiglia

	Sua/o figlia/o quante volte alla settimana consuma bevande zuccherate (coca cola, aranciata, succhi di frutta, tè confezionato)?
	%
1-2 volte	44,9
3-5 volte	21,5
6 o più volte anche ai pasti	2,8
Mai	30,8
Totale	100,0

Rispetto poi alle *soft drinks* o bevande zuccherate (Tab. 14), il cui consumo ridotto al minimo è raccomandato dalle linee guida (CREA, 2018), il 30,8% delle famiglie dichiara che i propri figli non ne consumano mai, il 44,9% 1-2 volte alla settimana, il 21,5% 3-5 volte e il 2,8% 6 o più volte.

5.3. L'influenza del programma alimentare scolastico sui pasti a casa

Come evidenziato anche in precedenza, la scuola può rappresentare un attore, fondamentale, nell'influenzare, almeno potenzialmente, lo stato ponderale dei bambini. Dal punto di vista alimentare può, infatti, mettere in piedi iniziative per promuovere sane abitudini e offrire occasioni di apprendimento regolare e strutturato. Secondo i dati OKkio alla Salute della Regione Emilia-Romagna relativi all'anno 2019, l'82% delle scuole della regione prevede l'educazione alimentare come attività curriculare. Inoltre, la scuola ha l'opportunità di comunicare, direttamente, con le famiglie per sensibilizzarle rispetto alla tematica dei sani stili di vita. Per quanto ci sia una progressiva e sempre maggiore attenzione al ruolo della scuola nell'ambito dell'educazione alimentare dei bambini, non è sempre chiaro come i programmi implementati si riflettano sul consumo di pasti a casa. Alcuni studi mostrano effetti incerti (Fairbrother *et al.*, 2016; Maher *et al.*, 2020), principalmente, in quanto i messaggi veicolati nell'ambiente scolastico faticano ad intersecarsi con i contesti e le pratiche alimentari familiari. Infatti, gli insegnamenti appresi a scuola si basano su un approccio, regolativo e strumentale, dove il concetto di "cibo sano" assume un ruolo centrale. Al contrario, il cibo consumato a casa o tramite la supervisione della famiglia è spesso frutto di un consumo relazionale e di un compromesso tra informazioni nutritive e piacere di mangiare, dove lo stesso concetto di benessere è inteso, in senso ampio, comprendendo non solo aspetti nutrizionali ma anche emozionali (Maher *et al.*, 2020). La selezione dei pasti a casa è, inoltre, influenzata dalle effettive opportunità di scelta della famiglia, direttamente collegate anche alle possibilità economiche, ma anche dall'effettiva disponibilità di tempo da dedicare alla preparazione dei pasti da parte dei genitori. In riferimento a quest'ultimo aspetto, infatti, alcuni studi sottolineano come all'aumentare delle ore di lavoro della madre si registri un aumento nel consumo di cibi poco sani da parte dei figli (Datar *et al.*, 2014) o nel loro indice di massa corporea (Brown

et al., 2010). Pertanto, tra gli altri obiettivi di questa ricerca, vi è quello di indagare gli effetti pratici del programma alimentare implementato nelle scuole riminesi sulle abitudini alimentari domestiche delle famiglie. Il programma nonché le abitudini alimentari, perseguite all'interno delle scuole primarie di Rimini, approfondito nel dettaglio in capitolo 6, si riflette nel 13,7% delle famiglie che dichiarano di utilizzare prodotti biologici grazie al servizio mensa scolastico. Tale dato mostra, quindi, un'influenza del programma scolastico sul consumo di cibi biologici a livello familiare. L'86,3% dichiara, invece, di consumare prodotti biologici a prescindere dal servizio mensa scolastico.

Per ciò che concerne l'influenza dei progetti sul consumo di frutta e verdura di stagione in famiglia (Tab. 15 e 16), nel 19% dei casi, le famiglie hanno dichiarato che l'attenzione verso il consumo di frutta e verdura di stagione a scuola ha determinato un incremento nel consumo di questi alimenti a livello familiare.

Tab. 15 – Influenza del programma scolastico sul consumo di verdura di stagione in famiglia

L'attenzione verso un consumo di VERDURA DI STAGIONE a scuola ha determinato un maggior consumo anche a casa?	
	%
Sì	19,0
No	29,6
Abbiamo sempre consumato molta verdura	51,4
Totale	100,0

Il 51,4% dei rispondenti ha, invece, affermato di aver sempre consumato molta verdura e il 49,5% di aver sempre consumato molta frutta.

Tab. 16 – Influenza del programma scolastico sul consumo di frutta di stagione in famiglia

L'attenzione verso un consumo di FRUTTA DI STAGIONE a scuola ha determinato un maggior consumo anche a casa?	
	%
Sì	19,0
No	31,5
Abbiamo sempre consumato molta frutta	49,5
Totale	100,0

Come si è già avuto modo di vedere, specie per la brevità dei progetti che si stanno osservando, l'impatto sul consumo di verdura e frutta di stagione a casa si attesta rispettivamente tra il 29,6% e il 31,5%. In altri casi, invece, il programma, implementato nelle scuole, sembra avere avuto un effetto inverso sui pasti a casa e giustificato il consumo di alimenti meno equilibrati. Come mostrato nella tabella 17, infatti, l'11,5% delle famiglie ha dichiarato di concedersi anche prodotti non particolarmente dietetici a cena dato che il/la figlio/a consuma un pasto equilibrato a scuola.

Tab. 17 – *Stile alimentare in famiglia*

	Quale delle seguenti affermazioni giudica più vicina al suo stile di vita?
	%
Visto che mia/o figlia/o consuma un pasto equilibrato a pranzo, a cena ci concediamo anche prodotti non particolarmente dietetici	11,5
Anche se mia/o figlia/o consuma un pasto equilibrato a pranzo, cerchiamo di mantenere uno stile alimentare equilibrato anche a cena	88,5
Totale	100,0

Stiamo attenti a mangiare bene però ogni tanto la serata asporto c'è (Genitore 1, focus group – febbraio 2021).

La maggioranza (88,5%) cerca, però, di mantenere allineate e coerenti le buone abitudini alimentari anche a cena in famiglia.

Io parlo molto con le mie bimbe sul discorso del cibo e dell'alimentazione è un tema che ci teniamo molto a cuore a casa nostra (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

6. Davanti agli schermi: i consumi mediiali sugli stili di vita

In questo paragrafo, si mette il focus sulla relazione, non di rado ambivalente, tra consumi, peso corporeo e tecnologia. Nello specifico, ci si concentra sull'esposizione agli schermi - televisione, PC, tablet, smartphone e videogames - durante i pasti e nel tempo libero, quantificata in ore giornaliere.

I dispositivi tecnologici e i media continuano ad essere una parte intrinseca della vita

quotidiana intrecciandosi alle esperienze soggettive e diventando, per gli individui, delle vere e proprie protesi *radicali* (Greenfield, 2017). In questo cosiddetto *global media boom* (Ryan, 2010), se alcuni autori (Piwek *et al.*, 2016; Swan, 2009) ne evidenziano il lato stimolante e terapeutico - pensiamo alle promesse della *digital health* e al *self-tracking* tramite *gamification* - altri autori (Chou, Chen, 2017; Arango *et al.*, 2014) ne sottolineano le criticità relative ai comportamenti alimentari, alla sedentarietà e al conseguente aumento di peso.

Gli elementi che, nelle prossime pagine, si intendono, indagare, dunque, sono:

- l’approccio comportamentale a tavola, in età infantile, durante i pasti con televisione e strumenti tecnologici;
- l’influenza delle cosiddette “determinanti commerciali di salute” (pubblicità, marketing) sulle scelte di consumo delle famiglie;
- le ore che i bambini trascorrono davanti alla televisione sia durante i giorni feriali (lunedì-venerdì) sia in quelli festivi (sabato, domenica e feste comandate);
- l’utilizzo in ore di PC/Tablet/Smartphone/Videogames sia durante la settimana che al weekend.

6.1. *Apparecchiare la tavola con le apparecchiature (elettroniche)*

Risulta sempre più frequente che il convivio familiare sia accompagnato dalla presenza di ospiti riflessi negli schermi dei dispositivi elettronici (televisione o altri *devices*) introducendo una situazione che, contemporaneamente, “apre e isola” (Silvestri, 2021, p. 18). Tra i diversi fattori che si correlano all’eccesso ponderale, conseguente ad abitudini alimentari poco salubri, alcuni studi evidenziano quello di guardare la TV durante i pasti. Ma in che modo i media possono influire sugli stili alimentari? Più nello specifico, sedersi ad una tavola apparecchiata da TV e apparecchiature digitali durante i pasti può avere un impatto sulla dieta e la salute fisica di un bambino?

In letteratura è stato dimostrato che guardare la TV durante i pasti spinge il bambino a mangiare “senza pensare” ma anche a sganciarlo dal clima nutritivo-affettivo e, potenzialmente, ad aumentare, in modo inconsapevole, la quantità di cibo ingerita e, dunque, anche la mole di calorie assunte.

Nel questionario, quindi, si è cercato di indagare in che modo il tempo trascorso davanti agli schermi a tavola - TV/tablet/smartphone - per guardare programmi per bambini e/o per adulti oppure per giocare durante i pasti nei giorni feriali e nei giorni festivi, possa riflettersi sugli stili alimentari.

Nei giorni feriali, il 48,3% dei bambini non guarda, in Tv, al tablet o sullo smartphone, programmi durante i pasti a cui si contrappone un 51,6% (di cui 22% solo “programmi per bambini”, 18,7% “sia programmi per bambini che per adulti” e 10,9% “programmi che guardiamo anche noi adulti”) che, al contrario, intrattiene i propri pasti e quelli dei propri figli con Tv/tablet/smartphone. Più decisa, l’avversione all’utilizzo di dispositivi per giocare durante i pasti nei giorni feriali (86,3%): in tale ottica solo un 7,5% ammette di concederlo “a volte”, un 5% “spesso” e un 1,2% “sempre”.

Questo quadro, si ricalca, con qualche leggero aumento, all’interno dei giorni festivi: i bambini che consumano pasti “senza schermi” sono il 47,7% mentre quelli che lo fanno sono il 52,3% (di cui 20,2% solo “programmi per bambini”, 19% “sia programmi per bambini che per adulti” e 13,1% “programmi che guardiamo anche noi adulti”). Nel caso del gioco, durante i pasti nei giorni festivi, i “senza schermi” aumentano all’86,9% mentre atteggiamenti permissivi riguardano il 7,8% “a volte”, il 4% “spesso” e l’1,2% “sempre”.

Tab. 18 – Tavola di contingenza: incrocio tra pasti festivi a casa e l’utilizzo del tablet e/o smartphone per il gioco da parte dei bambini

	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obeso	Totali
	%	%	%	%	%
Sì sempre	6,7	1,0	1,4	0,0	1,2
Sì spesso	0,0	3,5	5,7	3,1	4,0
Sì a volte	0,0	7,5	8,6	12,5	7,8
No mai	93,3	88,0	84,3	84,4	86,9
Totale					100

Al fine di osservare se vi fossero delle correlazioni interessanti tra l’IMC dei bambini e l’utilizzo di tecnologia durante i pasti, tali dati sono stati, ulteriormente, elaborati. I risultati che ne derivano, pur non statisticamente significativi, evidenziano alcune considerazioni utili in linea con la recente letteratura.

In tabella 18, si può osservare come dal rapporto tra uso di tecnologia per il gioco durante i pasti festivi e l’IMC, l’86,9% dei bambini (quasi la totalità) non gioca. Inoltre,

durante il pasto festivo, solo il 12% dei normopeso utilizza il tablet e/o lo smartphone, durante il pasto festivo, mentre il 15,7% di bambini in sovrappeso e il 15,6% di quelli obesi giocano durante i pasti. Risultati molto simili, con percentuali che variano solo di qualche punto, si ottengono in riferimento all'utilizzo della tecnologia per il gioco nei pasti feriali.

Per quanto riguarda la visione della TV, durante i pasti, nei giorni feriali, emersa dalla tavola di contingenza (Tab. 19) è necessario, anzitutto, premettere che i programmi per bambini fanno, su di loro, maggiore presa, distraendoli di più e distogliendoli, facilmente, dal pasto che stanno consumando potendo comportare un'assunzione maggiore di cibo e di calorie rispetto al dovuto. Al contrario i programmi per adulti, dal punto di vista dei bambini, sono meno attraenti e catturano meno l'attenzione. Guardare la TV sembrerebbe una pratica molto più consolidata rispetto al gioco sul tablet, infatti, più della metà dei bambini guarda la TV durante i pasti sia feriali (51,7%) che festivi (52,3%) privilegiando, in entrambi i casi, i programmi per soli bambini (22,1% nei giorni feriali e 20,2% nei giorni festivi). Tra i bambini che non guardano la TV, poco più della metà, 53,5%, è normopeso.

Tab. 19 – Tavola di contingenza: incrocio tra pasti feriali a casa e l'utilizzo della TV/tablet/smartphone per la visione di programmi da parte dei bambini.

	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obeso	Totali
	%	%	%	%	%
Sì solo programmi per bambini	6,7	22,5	25,7	21,9	22,1
Sì sia programmi per bambini che per adulti	33,3	15,5	17,1	31,3	18,7
Sì programmi che guardano anche adulti	20	8,5	14,3	15,6	10,9
No	40,0	53,5	42,9	31,3	48,3
Totale					100

Le stesse percentuali, con pochi punti di variazione, possono essere riscontrate anche nei giorni festivi. Possiamo, invece, dire che il 68,8%⁶⁹ dei bambini obesi guarda la TV, con un 31,3% che guarda, indifferentemente, sia programmi per adulti che per l'infanzia.

⁶⁹ Si tratta della somma delle percentuali di bambini obesi che guardano la TV.

Per coloro in sovrappeso, la maggior parte (25,7%), preferisce solo programmi per bambini.

Queste analisi, seppur non significative a livello statistico, illustrano il quadro già delineato dalla letteratura ossia che bambini e ragazzi sono sempre più esposti agli schermi di varia tipologia (TV, altri devices) nonostante sia noto che questa pratica sia poco raccomandabile (Martines *et al.*, 2019). E se l'esposizione, la diffusione e l'uso prolungato di apparecchi elettronici e digitali fin da bambini incide, profondamente, sui modelli di apprendimento e comportamento come i pasti quotidiani, la frequenza può, inoltre, esacerbarne il benessere psico-fisico generale nella delicata fase evolutiva (Jusiené *et al.*, 2019). Come emerso, guardare la TV, durante i pasti, è considerato un comportamento non sano poiché non si è concentrati sul pasto e si è esposti a continue pubblicità che, spesso, promuovono cibi grassi, *junk food* e bevande zuccherate (Avery *et al.*, 2016) rafforzando il desiderio di determinati alimenti poco salutari. La presenza-guida dei genitori, in questo contesto, è, dunque, importante poiché indirizza e accompagna le abitudini alimentari dei figli e la capacità di stabilire regole e limiti riguardo il “consumo mediale”.

Pertanto, si desume che guardare la TV e in generale avere un approccio con la tecnologia durante i pasti, influenzi, negativamente, la qualità della dieta e del pasto diventando una potenziale e *obesogena* cattiva abitudine concausa dell'aumento di peso dei bambini.

6.2. I determinanti commerciali di salute: medium culturali e pubblicità extra-large

L'entrata in scena della globalizzazione ha *mcdonaldizzato* la società (Ritzer, 2020), il modo di produrre, distribuire, consumare gli alimenti nonché sovrastimolato i bisogni dei consumatori. In tale ottica, il consumatore, adulto o bambino, diventa oggetto moltiplicatore di profitti e la sua salute è considerata esterna e secondaria ad ogni tipo di interesse razionale. Questo *modus operandi*, inoltre, influisce sugli stili di vita e sulle scelte del consumatore attraverso le più disparate strategie pubblicitarie e di marketing in cui è possibile che vengano propinati anche prodotti, potenzialmente, dannosi per la salute. Kickbusch *et al.* (2016) parlano, a tal proposito, di “determinanti commerciali della salute”.

Il marketing commerciale non risparmia, certamente, i bambini che sono un target appetibile nell'esposizione a pubblicità mirata.

La correlazione tra scelte alimentari dei più piccoli e *nudging*⁷⁰ pubblicitario di alimenti e bevande privi di micronutrienti è stata oggetto di numerosi studi raccolti dall'Ufficio regionale per l'Europa del WHO ed esposti durante la Conferenza sull'azione di contrasto all'obesità, tenutasi a Istanbul, nel 2006. Così «l'esposizione dei bambini alla pubblicità televisiva di alimenti ad alta densità energetica è associata a una maggiore prevalenza di sovrappeso» (Branca, 2007, p. 22). Per ridurre l'impatto della pubblicità sul tendenziale aumento dell'obesità nei bambini, è stato stimato che un divieto totale di pubblicità televisiva di questo genere ridurrebbe del 18% il numero di bambini di età 3-11 anni in sovrappeso (Chou *et al.*, 2008). Anche gli *advertisement*, che passano via Internet, contribuiscono, fortemente, ad essere concausa di sovrappeso e obesità infantile (WHO, 2019a). Pourmoradian e colleghi (2021), effettuando ricerche su database elettronici (tra cui PubMed, Web of Science, Scopus e Google Scholar), hanno identificato alcuni studi longitudinali che mostrano la relazione tra tempo di esposizione alla tv - compreso tra 1,5 e 3,5 ore al giorno - e influenza sensibile di contenuti fruiti (molto spesso legati al cibo). Dello stesso avviso, anche uno studio condotto da Gallus *et al.* (2021), all'interno del contesto italiano, che mostra come, mediamente, su 810 annunci pubblicitari, circa 90 (11,1 %) si riferisca a prodotti alimentari. Tra questi, l'84,5 % del cibo pubblicizzato non rispetta le linee guida proposte dal World Health Organization European Nutrient Profile Model e più del 55% va contro gli standard alimentari promossi con il Pledge Nutrition Criteria dell'Unione Europea. In Italia, gli annunci, prevalentemente quelli di snack dolci e salati, non risultano conformi agli standard nutrizionali europei e, spesso, vanno in onda proprio durante i programmi dedicati ai bambini. Non solo, ma sembrerebbe che le pubblicità rivolte ai bambini siano, paradossalmente, meno salutari rispetto a quelle rivolte agli adulti. A tal proposito, sarebbe opportuno intervenire con misure che possano aderire alle raccomandazioni internazionali in materia.

Una ricognizione, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2018b), osserva che circa la metà dei 53 paesi analizzati, nella Regione europea, hanno attuato misure per limitare la commercializzazione di alimenti ad alto contenuto di grassi, sale e zucchero

⁷⁰ Trad. "spinta gentile". Nelle scienze comportamentali, si identificano in modalità, strategie, tecniche per facilitare e influenzare le decisioni delle persone verso determinate opzioni di scelta senza imporle. Come in: Thaler, Sunstein (2022).

(HFSS - cibi composti da *High Fats, Sugar and Sodium*) per bambini. Alcuni paesi, sulla scia di Svezia e Norvegia, che già dagli anni Novanta proibiscono tutte le pubblicità televisive di qualsiasi prodotto prima, durante e dopo i programmi per bambini, si sono orientati su norme, giuridicamente vincolanti, che limitano il marketing alimentare in determinati media e in specifici momenti. Tra questi, Regno Unito, Irlanda (dove gli HFSS sono oggetto di regole di contenuto ed è proibito utilizzare determinati personaggi a scopo di promozione), Portogallo, Turchia, Lettonia, Lituania, Slovenia mentre altri paesi come Danimarca, Spagna, Francia e la stessa Italia non hanno una specifica regolamentazione che espliciti le restrizioni ma dei codici di condotta che co-regolano o autoregolano le azioni della pubblicità in televisione. Alcuni governi, poi, hanno introdotto regole (Regno Unito, Irlanda) o autoregolamentazioni (Danimarca, Norvegia, Spagna, Portogallo) che tentano di affrontare tali sfide anche sul piano del marketing digitale (WHO, 2018b).

La preponderante preferenza per l'autoregolamentazione da parte dell'industria alimentare e della pubblicità, come avviene per l'Italia, tuttavia, risulta un approccio insufficiente.

Un altro fattore, su cui si pone attenzione, è l'influenza dei personaggi dei cartoni animati contemporanei sulla valutazione soggettiva del gusto da parte dei bambini. L'uso di personaggi commerciali e autorizzati induce, infatti, i bambini a identificare e memorizzare il prodotto. È noto che, i bambini ricordino meglio le rappresentazioni non verbali e i segnali visivi rispetto alle parole, ecco perché, ultimamente, anche i cartoni animati cercano di stare molto attenti a lanciare messaggi in cui si renda visibile la dimensione alimentare sana. Peppa Pig e la sua famiglia, non a caso, mangiano ottime torte di frutta fatte in casa, bevono succo d'arancia appena spremuto e tutti i piccoli vanno matti per le verdure mentre i cuccioli dei Paw Patrol consumano crocchette certificate bio. Così come fioriscono i "cartoni della salute": dagli Elfoodz che sull'isola di Delisland promuovono l'importanza dei nutrienti e dell'ecosostenibilità, ai piccoli supereroi Dammi il Cinque che rappresentano i cinque colori della salute e del numero di pasti consigliati, alle avventure nell'arcipelago Health di Capitan Kuk che combatte Golosix con il congegno "cercafrutta", a Fruttino e Verdurina sino al recente Food Wizards i maghetti del cibo sano. Tuttavia, tutto questo sforzo si azzerà, se i prodotti in commercio li usano come sponsor o se gli orari in cui vengono trasmessi sono pensati per "quando i bambini sono a tavola".

Uno studio, in particolare, ha proprio analizzato le confezioni di food & beverage con confezioni brandizzate dai cartoons e solo 18 dei 500 prodotti considerati non contengono elevati livelli di zucchero e grassi e sono, pertanto, potenzialmente sani (Venturino, 2022; Prete, 2021; Bodkin, 2019; Lapierre *et al.*, 2011).

Il marketing e le pubblicità si sono, inoltre, espanse, durante i lockdown conseguenti alla pandemia da COVID-19, che hanno costretto bambini e l'intera famiglia a restare a casa per diverse settimane in compagnia degli unici mezzi informativi e di contatto con la realtà: social network e tv. Attraverso la *limited edition strategy*, in particolare, si è tentato di fissare l'unicità del momento all'attrazione verso il prodotto.

Consapevoli che *siamo di fronte ad un sistema pubblicitario che ci propone cibo bellissimo da vedere (io ho fatto vedere ai miei figli come vengono fatte le foto degli hamburger di mcdonald's che dentro non hanno niente di vero, hanno le palline di plastica che reggono l'hamburger messo lì perfetto)*. Forse potremmo usare le stesse strategie, proponendo ai bambini un cibo sano ma visibilmente congeniale e accattivante e *contrastare il mostro pubblicitario*⁷¹.

7. Attivi e sedentari: la salute fisica dei bambini nel XXI secolo

Attività, sedentarietà e obesità sono concetti diversi ma, strettamente, legati agli stili di vita. Nella quotidianità, effettuare una regolare attività fisica migliora la qualità della vita e lo stato "in salute" allontanando la sedentarietà e il rischio di obesità e sovrappeso. Certamente, il COVID-19, con i frequenti e persistenti lockdown, ha aumentato esponenzialmente questo rischio.

A livello mondiale, circa il 96% della popolazione non fa abbastanza attività fisica (Guthold *et al.*, 2018). Un dato importante che riguarda il 59% dei cittadini europei (Eurobarometro, 2018) e il 35,62% di quelli italiani (Uisp/Svimez, 2021). Conseguentemente, anche la salute "fisica" dei bambini si sta allineando a questo orientamento a causa della riduzione - sia nel tempo libero che in quello scuola - di momenti ricreativi "attivi" anche all'aria aperta, del massiccio uso di trasporti rotabili e di *digital*

⁷¹ In corsivo le parole di un'insegnante durante un focus group – giugno 2020.

screens. Tali tassi di crescita sono, pertanto, allarmanti e incidono sulla prevalenza di obesità e sovrappeso infantile (Whiting, Buoncristiano *et al.*, 2021; COSI, 2021; WHO, 2016).

La prospettiva del mutamento sociale (Sullivan, 2010) propone una prima interpretazione delle principali dinamiche intervenute sugli stili di vita: industrializzazione, transizione demografica, globalizzazione a cui si aggiungono la crescita dell'aspettativa di vita e l'avvento del welfare state che hanno migliorato le condizioni e il benessere individuale e collettivo. Perlopiù per effetto dei mutamenti nella sfera del lavoro, dello sviluppo tecnologico, dei trasporti e di un'alimentazione *fast* ad alto contenuto calorico, la quotidianità delle persone ha sistematizzato uno stile di vita "ipocinetico" che riducendo o azzerando il movimento è responsabile del proliferarsi di problemi di salute fisica già a partire dall'infanzia.

Le condizioni socio-economiche familiari (reddito e istruzione) ma anche i fattori ambientali e contestuali (morfologia e clima, presenza di strutture, impianti sportivi, parchi, piste ciclabili) forniscono un'ulteriore spiegazione. Alcuni studi dimostrano, come la tendenza, disomogenea, ad essere inattivi sia superiore: nei Paesi ad alto reddito, in Europa meridionale, nelle Isole e nel Mezzogiorno italiano, tra persone disoccupate e con un titolo di studio basso, tra appartenenti a gruppi etnici minoritari (Uisp/Svimez, 2021; Eurobarometro, 2018; WHO, 2016). Al contrario, stili di vita attivi sono favoriti in contesti che incentivano la *walkability*⁷², offrono impianti ricreativi e sportivi accessibili, anche *outdoor* (Balcetis *et al.*, 2020; Siqueira *et al.*, 2013; Prati, Pietrantoni, 2012). In termini di salute, pertanto, famiglie "attive", istruite e appartenenti a strati sociali più abbienti, riescono meglio a cogliere i benefici della regolarità fisica. Non solo, ma, a livello probabilistico, lasciano ai propri figli un *habitus* più salubre da ereditare. È stato rilevato, infatti, che avere genitori inattivi incida al 50% sulla possibilità di essere bambini inattivi (Maturo, Setiffi, 2021).

Lungo il *continuum* temporale verso la vita adulta, livelli adeguati di attività fisica determinano il corretto sviluppo delle abilità cognitive, motorie e sociali di base nonché della salute muscolo-scheletrica, cardiovascolare, respiratoria e metabolica del bambino.

⁷² Insieme delle caratteristiche morfologiche dell'ambiente urbano che consentono o incentivano l'andare a piedi.

Al contrario, livelli inadeguati favoriscono l'accumulo di peso, l'innescarsi di patologie cronico-degenerative in precoce età, gravi problemi di salute anche psicosociali, riduzione dell'aspettativa di vita ma anche perdita di più giorni a scuola, rendimento scolastico più scadente, maggiore probabilità di avere un lavoro a basso reddito (Maturo, Setiffi, 2021; Whiting, Buoncristiano *et al.*, 2021; Guthold *et al.*, 2020; WHO, 2020).

Attività, sedentarietà e obesità, quindi, interagiscono tra prevenzione e causazione nel delicato periodo tra infanzia e pre-pubertà in cui al rapido sviluppo, fisico e cognitivo, dovrebbe accompagnarsi una non trascurabile attenzione nel *life course* motorio. Le evidenze scientifiche sottolineano che la valorizzazione degli aspetti di qualità e quantità dell'attività fisica nei bambini come esperienze motorie accessibili, inclusive, aperte alla diversità, volte al divertimento e alla motivazione, guidate e supportate da insegnanti preparati, allenatori informati e genitori compartecipi, influenzino, significativamente, il loro avvicinamento al movimento e migliorino la salute "fisica" e cognitiva sul medio-lungo tempo (Cazzoli, Lanza, 2020).

Alla luce di queste premesse, nelle prossime pagine si analizzerà la sezione *Attività fisica e strumenti digitali* del questionario integrata dalle testimonianze dei *problem-centred expert* (Döringer, 2021) per cercare di capire il livello di attività e sedentarietà presente tra i bambini riminesi e le opportunità didattiche e sociali offerte sul territorio e colte da bambini e genitori.

7.1. Misurare la sedentarietà a Rimini tra TV e (nuovi) media

In questo paragrafo, si mettono in evidenza le ore giornaliere che bambini e bambine riminesi trascorrono alla televisione, sia durante la settimana che nei giorni festivi.

Tab. 20 – Dal lunedì al venerdì ore trascorre alla TV al giorno

Da lunedì a venerdì, ore al giorno trascorse bambina/o alla Tv	
ore	%
0-2	87,9
3-4	11,5
5 o più	0,6
Totale	100,0

Nello specifico, la tabella 21 illustra il numero di ore riferito dai genitori che i loro figli trascorrono alla Tv al giorno dal lunedì al venerdì. L'87,9% dei rispondenti riferisce che i figli hanno guardato la televisione per 0-2 ore al giorno, l'11,5% per 3-4 ore al giorno e lo 0,6% per 5 o più ore al giorno. In tabella 22, si osserva che il numero di ore riportate dai genitori che i loro figli trascorrono a guardare la televisione, durante i giorni festivi, si distribuisce: nel 59,5% dei casi tra 0-2 ore al giorno, nel 38,6% tra 3-4 ore nell'1,9% tra 5 o più.

Tab. 21 – Durante i giorni festivi ore trascorre alla Tv al giorno

Festivi, ore al giorno trascorse bambina/o alla Tv	
ore	%
0-2	59,5
3-4	38,6
5 o più	1,9
Totale	100,0

Comparando le due tabelle (20 e 21) ottenute, la televisione guardata durante i giorni festivi sembra avere un aumento generale considerando un improvviso calo del 28,4% tra i giorni feriali e i giorni festivi all'interno della categoria 0-2 (ore giornaliere). Questo coincide con un aumento del 27,1% nella categoria 3-4 ore trascorse a guardare la televisione, e una piccola crescita dell'1,3% nella categoria 5 o più ore trascorse a guardare la televisione.

Tab. 22 – Dal lunedì al venerdì ore passate davanti a dispositivi tecnologici

Da lunedì a venerdì, ore al giorno gioco bambina/o al PC/Tablet/Smartphone/Videogames	
ore	%
0-2	90,3
3-4	9,4
5 o più	0,3
Totale	100,0

I dati di frequenza cumulativa, tra entrambe le tabelle, mostrano un aumento complessivo delle ore trascorse davanti agli schermi. Ciò potrebbe indicare che i bambini che hanno guardato la televisione per un tempo limitato, tra lunedì e venerdì, saltano

significativamente ad una fascia più alta di ore trascorse a guardare la televisione nei giorni festivi. Considerando, invece, l'esposizione ad altri dispositivi tecnologici, tra cui i computer, i tablet, gli smartphone e videogames, la tabella 22, mostra come, dal lunedì al venerdì, il 90,3% (la quasi totalità) di bambini e bambine li utilizzerebbe fino a un massimo di 2 ore al giorno. La restante parte dei bambini ha un'esposizione variabile tra le 3-4 ore al giorno (9,4%) e le 5 o più (0,3%).

Attraverso la tabella 23, è possibile considerare l'esposizione dei figli a PC/Tablet/Smartphone/Videogames durante i giorni festivi. In questo caso, ed in riferimento alla tabella 22, si nota una distribuzione che cala sensibilmente ad un 73,4% tra 0-2 ore per confluire - con più del 14% rispetto ai giorni feriali - verso la fascia 3-4 ore (23,8%) e 5 o più (2,8%) anche se, quest'ultima percentuale resta ancora poco significativa.

Tab. 23 – Durante i giorni festivi ore passate davanti a dispositivi tecnologici

Festivi, ore al giorno gioco bambina/o al PC/Tablet/Smartphone/Videogames	
ore	%
0-2	73,4
3-4	23,8
5 o più	2,8
Totale	100,0

In ottica comparata e in linea con la letteratura sul tema, si osserva un aumento complessivo del tempo che i bambini passano utilizzando PC/Tablet/Smartphone/Videogames durante i giorni festivi. Con l'obiettivo di approfondire la relazione media-bambini sono stati creati, inoltre, due indici su base settimanale: il primo di esposizione o *screentime* inteso come tempo, *tout court*, d'utilizzo dei display da parte dei bambini; il secondo di rischio "della decisione" inteso - secondo la definizione di Luhmann (2002b) - come un evento che può accadere in un futuro anche prossimo (come obesità, aumento di disturbi psicosomatici, problemi legati al sonno, disturbi alla vista, hikikomori) che dipende da una reiterata (e negativa) decisione presa nel presente.

Per quanto riguarda l'indice di esposizione, esso si orienta verso il "basso" se sia nei feriali, sia nei festivi i bambini guardano fino a 2 ore di TV così come se sia nei feriali che nei festivi guardano fino a 2 ore di schermi digitali. Tale indice si orienta verso l'"alto" se

nei feriali o nei weekend (oppure in entrambi i casi), i bambini superano le 2 ore al giorno di Tv oppure di schermi digitali. Dall'unione tra i due indici (Tab. 24), la relazione interessante si osserva supponendo che la variabile del digitale influenzi quella della televisione. Ne consegue che l'85,1% dei bambini osservati ha una bassa esposizione settimanale sia di televisione che di digitale contro il 45,8% dei bambini che ha un'alta esposizione settimanale sia di televisione che di digitale. Il 14,9% ha una bassa esposizione alla televisione ma un'alta esposizione al digitale mentre il 54,2% si colloca all'interno del crocevia tra alta esposizione alla televisione e bassa esposizione al digitale.

Tab. 24 – Tavola di contingenza Indice esposizione settimanale Televisione/Digitale

Indice esposizione settimanale TELEVISIONE * DIGITALE				
		Indice esposizione settimanale DIGITALE		
		BASSA	ALTA	Totali
		%		
Indice esposizione settimanale TELEVISIONE	BASSA	85,1	14,9	100%
	ALTA	54,2	45,8	100%

L'indice di esposizione al digitale è, stato, poi, incrociato all'IMC dei bambini. A tal proposito, si nota che il 66,7% dei bambini normopeso ha una bassa esposizione al digitale mentre il 42% dei bambini sovrappeso o obesi ha un'alta esposizione al digitale. Parimenti, incrociando l'indice di esposizione alla televisione all'IMC dei bambini si nota una bassa esposizione per il 65,6% dei normopeso e un'alta esposizione per il 36,3% dei sovrappeso o obesi. Dalla comparazione, si può desumere che l'*over screentime* (eccesso di esposizione davanti ai display) non solo si correla ad un aumento del peso ponderale in età evolutiva ma viene favorito, leggermente di più, dai media digitali rispetto alla tradizionale televisione.

A partire dai due indici precedenti (esposizione settimanale TELEVISIONE e DIGITALE) si è creato un Indice di Rischio che propone una lettura dell'esposizione mediante queste combinazioni: sono a basso rischio coloro che sono a bassa esposizione

sia di TV che di digitale, a medio quelli che sono ad alta esposizione di TV oppure di digitale, e ad alto rischio quelli che sono ad alta esposizione sia di digitale che di TV. Osservando, ora, l'indice di rischio dei media (Tab. 25), possiamo vedere che il 50,2% dei bambini riminesi si colloca nella fascia bassa di rischio, tuttavia, la restante metà si distribuisce tra un 31% a medio rischio e il 18,8% ad un alto rischio. Provando a fare un'analisi più complessa, incrociandola con i dati di IMC del bambino, si nota che all'interno del rischio basso, il 69,4% è anche normopeso, nel medio rischio i normopeso diminuiscono al 55,6%, i sovrappeso e gli obesi si attestano ad un 36,4% ed infine nell'alto rischio, il sovrappeso e l'obesità infantile, cresce al 40%.

Tab. 25 – *Indice di Rischio MEDIA*

Indice Rischio MEDIA	
	%
Basso	50,2
Medio	31,0
Alto	18,8
Totale	100,0

Inoltre, all'aumentare del rischio da esposizione ai media, aumentano anche le scelte insalubri in ambito alimentare. Detto numericamente, il 53,2% dei bambini esposti ad un basso rischio media mantiene uno stile educativo alimentare nutrizionalmente equilibrato non solo a scuola ma anche a casa mentre il 73% dei bambini esposti ad un rischio medio-alto ai media sono inseriti in contesti familiari dove si nota una tendenza ad avere atteggiamenti non sempre adeguati in termini di corretti stili alimentari.

La relazione tra il tempo di esposizione ai media (tradizionali e digitali) e obesità, specie in età infantile, è stata studiata, a partire dalla metà degli anni '80, da numerose ricerche epidemiologiche (Robinson *et al.*, 2017). In uno studio, condotto tra il 1986 e il 1990, Gortmaker e colleghi (1996) coinvolsero, su un campione rappresentativo a livello nazionale, ragazzi e ragazze statunitensi di età compresa tra 10 e 15 anni rilevando che, in più del 60% dei casi, la condizione di sovrappeso era attribuibile ad un tempo eccessivo passato di fronte alla tv. Qualche anno più tardi, Hancox *et al.* (2004) stimarono, attraverso uno studio longitudinale, che in Nuova Zelanda, fino al 17% della prevalenza di sovrappeso osservata a 26 anni era attribuibile alla visione di più di 2 ore di televisione al giorno, nei

giorni feriali, durante l'infanzia e l'adolescenza (Council on Communications and Media, Strasburger, 2011). L'American College of Cardiology (2019) ma anche un precedente studio a Taiwan (Chou, Chen, 2017) hanno lanciato l'allarme anche rispetto all'utilizzo dello smartphone, in età sempre più precoce, nello sviluppare obesità e future malattie cardiache. In particolare, sembrerebbe che l'uso dei videogiochi e l'esposizione alla televisione ≥ 120 minuti al giorno, nei giorni feriali, vada fortemente ad influenzare il tempo "di qualità" dedicato all'attività fisica, alle abitudini alimentari e alla stessa percezione del fisico.

Inoltre, la modalità *touch screen* (interfaccia sviluppata per poter interagire con lo schermo tramite tocco) approssiata, già da piccolissimi, permette di entrare in contatto attivo con la tecnologia iper-eccitando mente e corpo e avendo degli effetti nefasti su sviluppo neuro-cognitivo, apprendimento, sonno, vista, udito, funzioni metaboliche, sviluppo linguistico ed emotivo (Silvestri, 2021).

Pertanto, sebbene siano necessari ulteriori studi, le famiglie dovrebbero essere incoraggiate a limitare, ai propri figli, la visione della TV e del tempo trascorso davanti ai dispositivi moderni.

7.2. Misurare l'attività fisica a Rimini: "every move counts"⁷³

A livello nazionale, l'ultima indagine dell'ISS (2019) rivela che il 20% di bambine e bambini non sono fisicamente attivi: un dato che riguarda il 20,3% di bambini dell'Emilia-Romagna e il 24% di quelli riminesi. Per interpretare i livelli di attività fisica dei bambini riminesi, aderenti a questa indagine, si è partiti dalle Raccomandazioni del WHO (2019b; 2016). Esse prevedono, per un sano sviluppo fisiologico e mentale, nella fascia 6-11 anni, di far eseguire attività da moderata a vigorosa per almeno 60 minuti al giorno oltre ad esercizi di rafforzamento dell'apparato muscolo-scheletrico almeno 3 volte alla settimana (COSI, 2018). Non vi è, inoltre, una tipologia di attività migliore di un'altra, dal gioco attivo, al trasporto in bici o a piedi, allo sport, *every move counts* - basta che si consumino energie (Borgogni, 2020).

⁷³ Tradotto "ogni passo conta" come ripetuto anche nelle linee guida del WHO (2020), op. cit.

L'attività - fisica, sportiva, motoria - è parte fondante del processo educativo del bambino per questo il suo ambiente - familiare, scolastico, sociale - dovrebbe essere organizzato in modo da supportare le sue competenze, abilità favorendo esperienze, culturalmente, significative (Moliterni, Magnanini, 2020; Cazzoli, Lanza, 2020). L'indagine, nello specifico, prende in considerazione l'attività fisica della popolazione infantile quale qualsiasi movimento corporeo - automatico o intenzionale - e il tempo libero dedicatogli distinguendo tra opportunità extra-scolastiche, organizzate o non organizzate, sostenute dalla famiglia cercando, infine, di capire quanto questo influisca sull'IMC di bambine e bambini.

7.3. La famiglia e le attività extra-scolastiche

La famiglia, *in primis*, mediante i genitori crea le condizioni e fornisce sostegno strumentale, motivazionale e informativo per permettere ai bambini di sviluppare stili di vita attivi (SSRER, 2019a).

Tab. 26 – Bambine/i riminesi fisicamente non o moderatamente attivi⁷⁴

CARATTERISTICHE	Non attivi	Moderatamente Attivi
Sesso	%	%
Femmine	0,7%	66,4%
Maschi	1,2%	69,6%

L'inattività fisica è stata studiata come abitudine, in termini di prevalenza, riferita al tempo extra-scolastico *outdoor* - invernale e primaverile - in cui bambina o bambino ha la possibilità di dedicarsi al movimento non strutturato come camminare, andare in bicicletta, giocare all'aria aperta; e al tempo extra-scolastico *indoor* in cui bambina o bambino ha la possibilità di praticare uno o più sport strutturati durante la settimana⁷⁵.

Nel tempo extra-scolastico dei bambini riminesi (Tab. 26) solo lo 0,7% delle femmine e l'1,2% dei maschi risulta completamente inattivo, tuttavia, più del 60% tra bambine e

⁷⁴ Sono considerati "non attivi" i bambini che non fanno "mai" attività extra-scolastica e "moderatamente attivi" coloro che fanno attività extra-scolastica da 2 a 7 ore settimanali.

⁷⁵ Si fa presente che al momento dell'indagine molte attività strutturate erano state temporaneamente sospese, pertanto la domanda fa riferimento al periodo precedente a quello pandemico.

bambini esegue un'attività che è stata definita “moderata” poiché riferita ad un *range* tra 2-7 ore a settimana. Ciò, se per il 58,8% dei bambini influisce positivamente su un IMC normopeso, non è, altresì, abbastanza per il 34,2% che continua ad essere sovrappeso (23,6%) o obeso (10,6%). Analizzando tale tempo, anche nella sua specificità stagionale, emerge (Tab. 27) che, se nella stagione invernale, complice anche il clima, le ore di attività fisica *outdoor* si concentrano, tendenzialmente, tra 2-4 osservando una netta lontananza alla fascia 8 o più, nella stagione primaverile alla migrazione verso le 5-7 e 8 o più ore non corrisponde una decisa diminuzione anche del *range* 2-4 ore.

Tab. 27 – Frequenza ore attività extrascolastica bambini in inverno

Durante il periodo invernale/primaverile nel tempo extra scolastico, può quantificare quante ore alla settimana sua/o figlia/o fa attività fisica (camminare, andare in bicicletta, giocare all'aria aperta ecc.)		
	INVERNO	PRIMAVERA
	%	
2-4 ore	57,4	30,1
5-7 ore	28,8	37,6
8 o più	9,4	30,7
Mai	2,8	0,9
Non so	1,6	0,6
Totale	100,0	

Da un'analisi più complessa, interessante notare che se nel periodo invernale la situazione socio-economica della famiglia riminese, in termini di titolo di studio e occupazione di madre e padre, non presenta differenze e anzi è concentrata quasi uniformemente nell'intervallo 2-4 ore; nel tempo libero primaverile, genitori occupati (67,4% padri; 69,5% madri) e con un'elevata istruzione (72,7% padri; 70,5% madri) agevolerebbero l'aumento delle ore trascorse all'aria aperta da parte dei figli. In tal senso, emerge l'importanza dello status socio-economico ma anche culturale della famiglia.

Sfruttare, il pomeriggio - specie quello primaverile - dopo la scuola per cercare di allargare la forbice dei momenti non strutturati, di gioco-movimento “simbolico” e informale aiutano il bambino sia ad allontanarsi dai processi di isolamento fisico e virtuale sia a costruire un equilibrio psichico e corporeo che lo accompagnino nell'età dello sviluppo (Moliterni, Magnanini, 2020).

Per ciò che concerne lo sport, l'85,3% dei bambini riminesi praticava sport - tra le 2 e le 4 ore la settimana⁷⁶ - prima che il Covid sospendesse temporaneamente le attività (Tab. 28). Un dato importante che indica, in primo luogo, la consapevolezza, da parte delle famiglie, dei benefici che lo sport attua sulla salute dei figli e, in secondo luogo, uno *status* socio-economico e/o una struttura amministrativa territoriale in grado di sostenere e favorire le attività organizzate durante l'infanzia. Rimini, infatti, promuove diversi progetti come "Back to Sport"⁷⁷, "Pillole di movimento"⁷⁸, laboratori gratuiti di gioco sport nei parchi. E, con "Borsa di Sport"⁷⁹, il Comune sostiene i costi, parziali o integrali, di bambini provenienti da famiglie indigenti.

Tab. 28 – Sport strutturato pre-Covid-19 bambini riminesi

Prima delle misure di contenimento, sua/o figlia/o pratica attività strutturata con un'associazione sportiva?	
	%
Si	85,3
No	14,7
Totale	100,0

L'educazione allo sport è sia *déport* - gioco, svago, divertimento - che *agon* - competizione - un nodo importante per la crescita dell'essere umano. Da questa indagine emerge che molti bambini riminesi si dedicano a sport di squadra⁸⁰ (26,6%) oppure artistici/su tappeto⁸¹ (20,8%) mentre sono numericamente inferiori i bambini che praticano più sport (14,4%) o sport individuali⁸² (13,6%) (Fig. 1).

Guardando all'IMC dei bambini sportivi riminesi, il 62,9% risulta normopeso. La rete familiare solida, formata da madre (titolo di studio medio-alto 91,9%) e padre (titolo di studio medio-alto 82,7%) istruiti e occupati (86% madri; 96,9% padri), conferma la correlazione positiva. Tuttavia, tale impostazione da sola non basta come si evince dalla

⁷⁶ In particolare 2 ore per il 24,7%, 3 ore per il 16,1% e 4 ore per il 13,9% dei bambini.

⁷⁷ Per ulteriori approfondimenti <https://www.comune.rimini.it/documenti/bandi/altri-bandi-e-avvisi/avviso-pubblico-la-promozione-di-attivita-sportiva-back-sport>.

⁷⁸ Vedasi <https://www.uisp.it/progetti/pagina/pillole-di-movimento>.

⁷⁹ Cfr. <https://www.comune.rimini.it/servizi/cultura-e-tempo-libero/partecipazione-al-bando-borsa-di-sport>

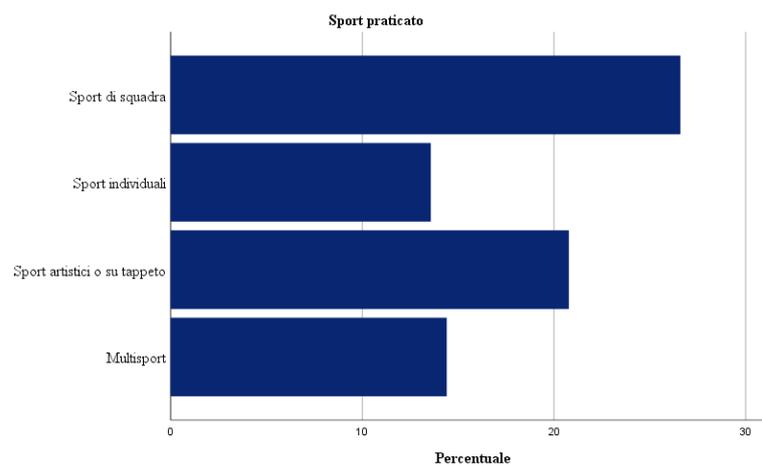
⁸⁰ Tra gli "sport di squadra": basket, calcio, volley e beach volley, rugby, pallanuoto, baseball.

⁸¹ Per "sport artistici o da tappeto" si intende: ginnastica ritmica/artistica, danza classica, moderna, contemporanea, hip hop, aerea, pilates, psicomotricità, karate e arti marziali, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle.

⁸² Gli "sport individuali" si riferiscono a: nuoto, tennis, ciclismo, arrampicata, equitazione e ippogrifo, atletica.

percentuale importante di sovrappeso (22,4%) e obesità (8,8%) tra i bambini sportivi. È necessario, pertanto, accompagnare alle opportunità strumentali una consequenziale educazione agli stili di vita e alle abitudini alimentari. La costruzione di una consapevolezza cosciente davanti ad un 36,8% di famiglie con figli che fanno sport non attenta all'uso del sale, ad un 20,2% non attenta all'utilizzo di zucchero e a un solo 6% di bambini - tra quelli sovrappeso e obesi - che segue una dieta, risulta tutt'altro che semplice e immediata.

Fig. 1 – Tipologia di Sport praticato dai bambini riminesi



CAPITOLO 6

IL RAPPORTO TRA SCUOLA E STILI ALIMENTARI DELLE FAMIGLIE

Nelle scienze sociali, la scuola svolge la funzione di socializzazione secondaria ossia quell'insieme di pratiche sociali che gli individui apprendono, sin dall'età evolutiva, per assumere competenze ed esercitare ruoli più specifici. La scuola è la prima istituzione sociale extra familiare con la quale il bambino entra in contatto al fine di imparare modelli di comportamento tra cui l'educazione alimentare e motoria (Bagnasco *et al.*, 2012). L'educazione alimentare a scuola così come ripensare agli spazi e al tempo educativo in cui curare il corpo e la corporeità riflettendo sul movimento, supportano le famiglie nella co-creazione di corrette e coerenti pratiche che possano sedimentarsi nel corso della vita evolutiva (Jung *et al.*, 2019, Sogari *et al.*, 2018). L'offerta del servizio di refezione scolastica ma anche la capacità di organizzare e riorganizzare in modo dinamico e creativo gli spazi educativi *indoor* - aula, palestra - o *outdoor* - giardino e/o cortile della scuola - lascia che gli ambienti scolastici assumano identità nuove, siano riempiti di senso e motivino le esperienze alimentari e motorio-educative. L'educazione alimentare e quella fisica (sportiva e motoria) sono, infatti, responsabilità collettive sia delle famiglie sia della scuola che del tessuto socio-istituzionale. Non è semplice mantenere con costanza uno stile alimentare e di vita adeguato vivendo in un ambiente, stilisticamente e nutrizionalmente, "obesogeno" così come sono stati gli anni del Covid e soprattutto dei lockdown. Tuttavia, è la stessa società che moralmente esalta il perseguimento psico-fisico del *wellness* già in età infantile. Come abbiamo visto, se le diseguaglianze sociali sono "incorporate" (Cardano, 2008) nelle famiglie e creano un divario nella possibilità di acquisizione di

corretti stili di vita e abitudini alimentari, la scuola è l'ambiente che può uniformare le differenze sociali educando e agevolando il consumo energetico, il desiderio e il bisogno di muoversi senza sosta che caratterizzano la natura del bambino (Cecilian, 2018). In questo capitolo, si proverà ad illustrare un quadro di opportunità proposte, nel contesto delle scuole primarie di Rimini osservate, strutture di socializzazione secondaria che, all'esterno del contesto familiare, negoziano, ridefiniscono e influenzano continuamente il processo di apprendimento del bambino.

1. Il «Patto» con la scuola che forma, regola, sostiene

La scuola è un ingranaggio educante fondamentale nella vita del bambino ma per mettere a segno tale obiettivo ha bisogno del sostegno della famiglia. Per questo, all'inizio del primo anno di primaria, gli insegnanti convocano i genitori e, oltre ad avviare la conoscenza, stringono un *patto di corresponsabilità* che, salvo eccezioni, siglerà le linee educative del quinquennio a seguire. Un patto in cui tutti, anche i bambini, si impegnano a collaborare per obiettivi comuni improntati all'interiorizzazione di valori e pratiche. All'interno di questo quadro, nelle scuole primarie riminesi, all'educazione alimentare e motoria sono riservate una serie di attività specifiche volte a valorizzare il ruolo attivo del bambino.

2. L'educazione alimentare nella scuola primaria

Nella tabella 1 sono state riassunte, all'interno della programmazione delle primarie aderenti allo studio, le attività curriculari e integrative dedite all'educazione alimentare.

Oltre all'importanza data, garantendo il servizio mensa per quasi la totalità delle scuole, per tutta la settimana, si promuovono anche programmi col sostegno dell'Unione Europea e del Ministero della Salute - quali "Frutta e verdura nelle scuole" e "Latte nelle scuole" - che offrono l'opportunità di gestire e contenere, in alcune parti dell'anno, il momento della merenda di metà mattina.

Coltivare all'aria aperta, mediante uno o più orti scolastici, il benessere alimentare, poi, è una attività innovativa che la gran parte delle scuole riminesi sta mettendo in pratica. Far

conoscere l'importanza delle api, piantare vasi di fiori ed erbe aromatiche nel giardino, allestire frutteti, seminare e coltivare ortaggi e cereali e prendersene cura, offre un modo semplice per avvicinare ad un'educazione alimentare consapevole e responsabile.

Tab. 1 – Attività curriculari e integrative per l'educazione alimentare⁸³

<i>Tempo pieno con mensa</i>	<i>Spazi outdoor dedicati all'educazione alimentare</i>	<i>Laboratori progetti sull'educazione alimentare ampliamento curriculare</i>
ZONA O PROSSIMITÀ CENTRO STORICO (n. 2 Plessi)		
2 volte per settimana	X	✓
tutta la settimana	X	✓
ZONA LITORANEA (n. 2 Plessi)		
tutta la settimana	X	✓
tutta la settimana	✓	✓
ZONA PERIFERIA (n. 5 Plessi)		
tutta la settimana	X	✓
tutta la settimana	✓	✓
tutta la settimana	✓	✓
1 volta per settimana	✓	✓
tutta la settimana	✓	✓

Secondo me sono cose buone queste, è giusto provarci perché non è detto che per forza sia un libro a dover insegnare. Si può andare nel bosco a vedere la pianta com'è fatta. È giusto dare anche questa opportunità ai bambini (Genitore 1, focus group - novembre 2020).

Tab. 2 – Considerazioni del genitore su educazione alimentare a scuola

Pensa che l'educazione alimentare debba avere maggiore attenzione nell'attività scolastica curriculare?	
	%
Sì sarebbe molto importante	90,9
No non è molto importante	2,2
Indifferente	6,9
Totale	100,0

⁸³ La tabella sintetizza le opportunità offerte dalle scuole primarie riminesi aderenti alla nostra indagine estrapolate dai Piani Triennali dell'Offerta Formativa 2022-2025 e dalle testimonianze delle referenti di Plesso.

Si tratta di attività che i genitori rispondenti al questionario ritengono debbano aver maggiore attenzione nella routine dell'attività scolastica (Tab. 2). Il coinvolgimento genitoriale nelle iniziative laboratoriali a e con la scuola sull'educazione al cibo, tuttavia, risulta da implementare sia perché agli incontri *purtroppo non tutti i genitori riescono a partecipare*⁸⁴ Sia perché *vengono sempre i genitori i cui figli non hanno molto bisogno*. Infatti, come emerge da Tabella 3, poco più della metà dei genitori non è a conoscenza dell'offerta che la scuola propone sul tema e, anche coloro che risultano più informati non vi hanno mai preso parte direttamente.

Tab. 3 – Conoscenza del genitore di progetti-laboratori organizzati dalla scuola

È a conoscenza di progetti e laboratori sull'educazione alimentare nella scuola di sua/o figlia/o?		Vi ha mai partecipato?	
%		%	
Si	48,3	Si	16,2
		No	83,8
No	51,7		
Totale	100,00	Totale	100,0

3. Il tempo (scuola) della mensa

Nei primi anni del 1900, il servizio di ristorazione nasce per convincere le mamme a portare i figli a scuola. In un'epoca in cui tantissimi alunni, in età scolare, disertavano la scuola per lavorare, alcune amministrazioni sensibili si interrogavano sul «dovere morale consequenziale all'obbligo dell'istruzione primaria di fornire agli alunni poveri i mezzi di alimentazione per porli in grado di profittare dell'istruzione, con vantaggio loro e dell'intero Comune» (Mantegazza, 2020, p. 94). Nel 1904, anno in cui con la Legge Orlando, lo Stato si impegna finanziariamente ad aumentare sussidi alle Amministrazioni territoriali e caldeggia l'istituto della mensa gratuita per i più poveri, il Comune di Rimini compare già tra i centri urbani aderenti (Fig. 1). La refezione scolastica nasce così dalla

⁸⁴ In corsivo le parole delle insegnanti (focus group - giugno 2020).

sensibilità di amministrazioni strutturalmente solide come servizio pubblico e sociale, *in primis*, a supporto del sostentamento di bambini e bambine ove le famiglie non fossero nelle condizioni per perseguire tale bisogno⁸⁵ (Mantegazza, 2020).

Nello specifico, la mensa riminese funzionò per cura del Patronato scolastico - ente morale ausiliario del sistema scolastico che faceva da ponte tra società civile e scuola - col sussidio del Comune. Gli alunni e le alunne delle scuole *elementari* che, nel primo anno, goderonο della gratuità del pasto, furono 2299, il 46,1% degli iscritti (Giusti, 1914; 1910; 1906 – APPENDICE E, F, G). Questa prima esperienza risultava già molto all'avanguardia per quei tempi: la refezione riminese, infatti, non distribuiva solo un “pasto freddo” (pane) ma anche uno “caldo” (minestra) presupponendo già, rispetto ad altre realtà, la presenza di cucine e refettori all'interno delle scuole che garantivano diete migliori a prezzi più contenuti (Giusti, 1910; Mantegazza, 2020).

Questi primi episodi, seppur temporanei e non sempre continuativi durante l'arco dell'anno⁸⁶, possono essere considerati “rivoluzionari” perché pongono le basi per uno dei due pilastri che guiderà le politiche scolastiche nel corso storico e sociale ossia colmare forme di diseguaglianze socio-familiari e squilibri territoriali.

La vocazione educativa che sorregge la struttura delle mense contemporanee, inizia a prendere forma tra la fine degli anni '70 e i primi anni '80. Con la prima “Conferenza Nazionale per l'Educazione Alimentare⁸⁷” del 1975 tenutasi a Roma e il convegno su “L'Educazione Alimentare in Europa⁸⁸” promosso a Bologna nel 1981 si inizia a riflettere sulle modalità di miglioramento delle abitudini alimentari infantili riconoscendo, all'atto nutritivo, valenze fisiologiche, psicologiche, sociali e culturali (Miur, 2015).

⁸⁵ Nello specifico, godevano della gratuità gli orfani di padre e di madre o di uno dei genitori, gli appartenenti a famiglie con quattro figli minori di 14 anni, i figli di genitori considerati impotenti al lavoro, disoccupati o in condizione di povertà e bisogno (Mantegazza, op. cit.).

⁸⁶ Analizzando le sole rilevazioni dell'Annuario Statistico delle città italiane del 1910-11 (Giusti, 1914 – APPENDICE G), si legge ad es. che la refezione scolastica funzionò quell'anno, a Bologna da novembre a giugno; a Cesena e Ferrara per 3 mesi; a Faenza dal 12 gennaio al 23 marzo; a Imola per 4 mesi; a Modena da novembre a maggio; a Parma per 5 mesi; a Rimini per 74 giorni.

⁸⁷ Conferenza organizzata da Istituto Nazionale della Nutrizione.

⁸⁸ Promossa da Cooperazione dei Consumatori.

Fig. 1 - Centri urbani dove è stata istituita la refezione scolastica

1) Alassio	11) Canneto sull'Oglio	21) Imola	31) Pavia	41) Spoleto
2) Alessandria	12) Casale Monferrato	22) Lecce	32) Pesaro	42) S. Remo
3) Ancona	13) Como	23) Livorno	33) Piacenza	43) S. Salvatore Monferrato
4) Arezzo	14) Conegliano	24) Matera	34) Ravenna	44) Torino
5) Bassano	15) Castel Goffredo	25) Volta Mantovana	35) Rimini	45) Tortona
6) Bologna	16) Castel d'Ario	26) Medicina	36) Rovigo	46) Treviglio
7) Boves	17) Ferrara	27) Milano	37) Schio	47) Valenza
8) Bozzolo	18) Firenze	28) Modena	38) S. Felice sul Panaro	48) Vercelli
9) Brindisi	19) Gubbio	29) Montepulciano	39) Siena	49) Verona
10) Canaro	20) Jesi	30) Mordano	40) Spezia	50) Vicenza
				51) Voghera

Fonte: Mantegazza, 2020, p. 72

L'attenzione, in particolare, inizia a posarsi su come alternare momenti informativi ad educativi all'interno dell'ambiente scolastico. Sarà, tuttavia, necessario attendere, gli anni Novanta, per vedere attivarsi i primi modelli di refezione scolastica basati su tale ideologia.

Sono insegnante da più di trent'anni nella seconda scuola di Rimini che ha proposto il tempo pieno in un quartiere di periferia vicino la statale... quartiere delle case occupate negli anni '80, quindi con gravi problematiche sociali di abbandono e che man mano si è trasformato in un quartiere residenziale. Quindi il tempo pieno all'epoca è servito, in qualche modo, per dare l'opportunità a questi bambini di avere più ore a scuola e anche di avere una tutela maggiore e una copertura maggiore durante la giornata visto che i genitori o lavoravano o erano impelagati con qualche guaio giudiziario (Insegnante 1, focus group - giugno 2020).

Da un lato alcune Pubbliche Amministrazioni, complice industrializzazione e globalizzazione, si sono orientate verso politiche di riduzione dei costi offrendo prodotti "processati" disponibili in qualunque momento dell'anno non tenendo conto né della stagionalità né della freschezza degli ingredienti impoverendo il potenziale educativo della mensa scolastica (Paltrinieri, 2019). Dall'altro, ed è il caso dell'Amministrazione riminese, si è sviluppata l'idea di educazione alimentare quale esperienza attiva, diretta e di qualità col cibo che pone al centro la salute e la sicurezza alimentare di bambine e bambini. A partire dal 2001, poi, complice anche la "Seconda Conferenza Nazionale per l'Educazione Alimentare" di Roma, quest'ultima esperienza fu sistematizzata ed ampliata (Miur, 2015). Per le Amministrazioni che seguono la prospettiva educativa dell'alimentazione a scuola, la somministrazione del pasto è pensata secondo criteri di sicurezza (non deve nuocere alla

salute del piccolo consumatore); sensorialità (deve soddisfare specifici requisiti di aspetto, forma, colore, odore, sapore, consistenza); nutrizione (deve contenere sostanze utili all'organismo) e gratificazione sia sul piano psicologico che sociale (Miur, 2015). A questo, si è aggiunta, progressivamente, anche un'attenzione in termini di impatto ambientale, sociale, etico ed economico verso l'attività di produzione alimentare su vasta scala. Il nuovo parametro qualitativo imprescindibile per la nutrizione a scuola è l'idea di bio-sostenibilità non solo come obiettivo virtuoso di benessere e di qualità ma come stile di vita.

A Rimini, il momento della mensa rappresenta il tempo-scuola dove si compie un'azione educativa alimentare sempre più sensibile: è l'incontro non occasionale di bambine e bambini con il cibo e con i suoi molteplici significati. Si tratta, altresì, di un momento di socializzazione, di apprendimento, confronto, emulazione e condivisione (anche e non soltanto del cibo) nell'ambito di un progetto formativo comune. Per tale ragione, il tempo della mensa è "tempo scuola".

Si propongono 40 ore con mensa perché hanno un significato. Se uno può non farle o fare diversamente è chiaro che c'è la negazione di un progetto... (Insegnante 2, intervista - giugno 2020).

Se, a livello nazionale, tale servizio non è orientato da una strategia uniforme e non rientra né in un ordinamento né in una riforma, trovare l'istituto della mensa all'interno delle scuole, prendersi la responsabilità di fare scelte e stanziare risorse, rappresenta anzitutto lo sforzo di Amministrazioni territoriali e scolastiche orientate a porre in essere politiche alimentari che avranno un impatto sulla crescita, nel medio-lungo termine, di bambini e bambine e del sostegno alle loro famiglie. Non solo, ma gli esempi virtuosi che ne possono emergere, appaiono sempre più lo specchio di contesti sensibili, aperti a prospettive nuove e di persone attente e particolarmente competenti.

Nei prossimi paragrafi, si riporteranno i risultati della sezione del questionario *La mensa scolastica* relativa alle scuole primarie riminesi, aderenti allo studio condotto, trasversalmente alle testimonianze di genitori, insegnanti e altri esperti e di alcune esperienze etnografiche. L'obiettivo è quello di illustrare, in linea generale, l'architettura

della refezione scolastica riminese ma anche indagare il punto di vista e, quindi, la percezione delle famiglie riminesi con bambine e bambini tra 6-11 anni, sul tema, il proprio grado di consapevolezza e gradimento relativo al bio-rispetto nonché gli effetti pratici e le conseguenze che possono assimilarsi nelle abitudini alimentari domestiche.

3.1. L'architettura con "3S" del menu riminese: sicuro, sostenibile, stagionale

Creare le condizioni per offrire delle opportunità a bambine e bambini, talvolta uniche, è fondamentale per limitare l'acquisizione di comportamenti insalubri e prevenire sovrappeso e obesità infantile non solo difficili da eliminare nella vita adulta ma che, secondo la prospettiva del *life course* (Cappellato, Moiso, 2020) ne potrebbero influenzare negativamente il corso. Tra queste «seguire le indicazioni per una sana alimentazione nel formulare i pasti scolastici» (Villarini, 2019, p. 82). In tale ottica, la ristorazione scolastica cerca di costruire e offrire un modello educativo sia sul piano nutrizionale che su quello psico-socio-culturale-ambientale in cui il pasto risponda al bisogno primario di nutrizione, convivialità e comunicazione interpersonale nonché di sviluppo di un rapporto positivo con il cibo, con lo spazio e il tempo in cui lo si consuma.

Attualmente, edificare una scuola attenta, dedita alla creazione di servizi per la popolazione infantile ma anche solida nel supportare le necessità lavorative e/o economiche delle famiglie è sinonimo di promozione del benessere, di corretti stili di vita e quindi di opportunità di salute. Proprio a tal proposito, e già a partire dagli anni Novanta, nelle scuole primarie di Rimini si è introdotta una politica alimentare che ha, progressivamente, implementato la costruzione di un menu sicuro, sostenibile e stagionale.

In primo luogo la sicurezza viene costruita, in linea con i concetti di *food security* - offrire cibo a sufficienza dando a tutti la possibilità di accedervi - e *food safety* - preservare igiene e salubrità di un alimento - (Miur, 2015). Corrette abitudini alimentari, veicolate mediante la possibilità di accesso e consumo di cibo e acqua sufficienti, insieme ad un piano d'azione - fondato sui principi di responsabilità, rintracciabilità, analisi del rischio, precauzione e trasparenza - volto a proteggere la vita e la salute umana dei consumatori «dal campo alla tavola» (SSRER, 2009, p. 46) guidano la sicurezza nei menu all'interno delle scuole.

Per costruire un pasto sostenibile, poi, la *conditio sine qua non* è la presenza di materie prime, completamente o per la gran parte, provenienti da coltivazioni biologiche, integrate, “da filiera corta” (detta km0), a indicazione e denominazione di origine del mercato equo e solidale, prodotti tipici e tradizionali regolamentati. Tale aspetto risulta imprescindibile sia per la valenza nutrizionale - assenza di residui pesticidi - sia per la promozione etica e sociale dell’ambiente. Il Green Public Procurement ossia i Criteri Ambientali Minimi (CAM), obbligatorio dal 2015, disciplina la presenza di quote percentuali sempre maggiori di prodotti biologici, in Italia, nelle mense scolastiche che si integra alle misure già regolamentate dalla Regione Emilia-Romagna del 2005 con lo sportello Mensebio, un servizio che informa e facilita gli enti pubblici titolari di servizi di ristorazione collettiva sulla reperibilità dei prodotti (SSRER, 2009). Questa impostazione ha già rivelato alcuni aspetti virtuosi. Per il quarto anno consecutivo, infatti, l’Emilia-Romagna è la Regione che si è aggiudicata la quota più alta prevista dal Fondo nazionale per le mense scolastiche biologiche e Rimini risulta la seconda città della Regione a cui andrà il premio economico più alto.

L’attenzione verso la stagionalità ovvero la scelta di prodotti che la natura offre ogni mese dell’anno e che il territorio locale o nazionale permette di coltivare in condizioni naturali, assicura, anzitutto, una dieta varia e ben bilanciata per l’organismo di bambine e bambini. Inoltre, scegliere prodotti di stagione riporta, in primo piano, l’attenzione verso la tradizione culinaria locale favorendo un tipo di produzione non esasperata dal modello intensivo (Francardo, Mariani, 2019).

Durante la pausa scolastica estiva, il servizio Ausl Rimini - sezione Igiene degli Alimenti e Nutrizione ripensa ed edifica i menu tenendo conto delle Linee di indirizzo del Ministero (2010), quelle strategiche della Regione Emilia-Romagna (SSRER, 2009) ma anche dei Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN, 2014). L’architettura di un pasto completo viene definita tenendo conto di “Quantità Benessere” (Q.B.)⁸⁹ - porzioni di cibo che la popolazione infantile può consumare, quotidianamente, misurati in grammi cercando di mantenere in equilibrio, in una “media collettiva”, fabbisogni dei nutrienti divisi per fasce d’età e sesso (SSRER,

⁸⁹ Cfr. Ministero della Salute, DM 01/09/2003.

2009). Il modello alimentare seguito è quello “mediterraneo” caratterizzato dal prevalere di verdure, ortaggi, frutta, cereali nonché dalla riduzione di grassi saturi, zuccheri semplici e sale.

La dieta non mediterranea rallenta la crescita a livello fisico. Quando il bambino diventa grande che ormai le ossa si sono calcificate, il cervello formato può scegliere però ha già una base fisica e mentale formata. Nell’età della crescita al bambino non puoi levargli cose. Se non dai il calcio come fai a calcificare le ossa di un bambino? Se non dai gli zuccheri presenti nei carboidrati come fa il cervello a recepire? Ti trovi un bambino stanco, non attento, ti trovi un bambino non ricettivo, che non sta sulle gambe. Un bambino che ti dorme sul banco. Anche l’Asl devo dire ha fatto un buon lavoro su questo (Dietista 2, intervista - ottobre 2020).

Il menu, tuttavia, prende forma, colore, odore, sapore all’interno della cucina centralizzata della ditta di ristorazione collettiva che si è aggiudicata l’appalto. Qui, si elaborano pasti completi, avvalendosi prevalentemente di materie prime Bio, circa il 70%, prodotti DOP, IGP provenienti dal mercato equo-solidale e da quello locale e, almeno una volta alla settimana, della distribuzione di pane integrale. Inoltre, le mense scolastiche riminesi hanno una tabella-menu suddivisa in 5 pasti settimanali, dal lunedì al venerdì, autunno-inverno e primavera-estate e in base alle celebrazioni previste in calendario - feste, giornate mondiali - e soprattutto ai prodotti del territorio - locali o regionali (Fig. 2). Recuperando, poi, sia la stagionalità che l’aspetto locale, i menu di Rimini esaltano l’offerta della tradizione romagnola prevedendo pesce azzurro del Mar Adriatico come alici, sardoncelli, cefali e sardoncini pescati la notte, passatelli, cappelletti, piadina, fornarina o squacquerone.

Personalizzare e variare l’offerta alimentare, come si nota, analizzando, ad esempio, il menu “verde”, quello dell’Emilia-Romagna, della Terra, della celiachia o quello di Pasqua⁹⁰ è una strategia educativa “inclusiva” importante.

⁹⁰ Si legge all’interno della Piattaforma ElixirXlascuola: il menu verde è composto da risotto con gli spinaci, frittata alle erbe, insalata verde, frutta e pane; quello regionale dell’Emilia-Romagna strozzapreti al pomodoro, piadina e crescenza, erbe cotte, quello della Celiachia Risotto alle zucchine, pollo al forno con erbe aromatiche, fagiolini, frutta fresca, pane; quello della Terra tagliatelle al sugo di lenticchie, patate al forno, carote a bastoncino e in quello di Pasqua si presentano tagliatelle al ragu, insalata verde, patate arrosto e colomba.

Essa tenta di invogliare l'assaggio di cibi nuovi evitando la monotonia nei sapori ed eventuali squilibri nutrizionali, educando alla diversità, sviluppando la sensibilità sensoriale e conoscitiva in età pediatrica, offrendo una esperienza positiva del tempo-scuola a tavola anche mediante la creatività nelle forme e nei colori.

Fig. 2 – Calendario 2021-2022 Scuole Primarie Rimini



Fonte: Piattaforma EliorxLescuole

Per tali ragioni, il lavoro che l'Ausl Rimini esegue insieme alle dietiste della ristorazione collettiva appaltante necessita di una continua comunicazione: dalle richieste di variazione nelle tabelle dietetiche per allergie, intolleranze, patologie, temporanee o croniche, o per motivi "etico-religiosi", allo studio di menu "speciali", sani e bilanciati, da sottoporre a «parere di conformità ai servizi dell'Azienda USL» (SSRER, 2009, p.56), alla opportuna distribuzione del pasto.

Le linee guida sono generiche sul tema della dietetica, l'ASL ci invia la dieta del tipo "etico-religiosa" piuttosto che "diabetico" piuttosto che "celiaco", noi facciamo le sostituzioni interne. Abbiamo la dietista qui che si occupa solo di Rimini, poi facciamo una tabella sulla base del menu ad hoc per singolo bambino con le varie sostituzioni. Quindi passatelli con brodo vegetale e parmigiano se è "no latte" ovviamente gli facciamo i passatelli senza parmigiano. La cosa principale a cui l'ASL tiene molto e questo lo riteniamo molto giusto, è quello di seguire il menu il più possibile quindi se ho un passatello in brodo non gli posso dare la pasta al pomodoro, gli darò magari una minestrina se non riesco a fare il passatello senza latte ma comunque in brodo perché i bambini devono più o meno mangiare sempre le stesse cose tra di loro. Quindi quella delle diete è una cosa interna. La dietista prepara il

prospetto settimanalmente, prepara le etichette. La cuoca della dietetica prepara tutti i piattini in monoporzione, la dietista li etichetta, controlla che il menu sia quello corretto e sarà la dietista a controllare anche la spedizione nella scuola giusta. Le ASM⁹¹ che sono nelle scuole devono servire la dieta prima degli altri – per evitare contaminazioni – ci sono delle linee guida anche in quel caso (Dietista 2, intervista - ottobre 2020).

Il monitoraggio sui menu, poi, richiede, una costante vigilanza interna sull'offerta:

andiamo a controllare nelle scuole quasi tutti i giorni per renderci conto. Vediamo cosa torna dalle scuole e le addette mensa che lavorano con noi giornalmente scrivono alla Responsabile soprattutto i problemi tipo non so *oggi il finocchio era scondito*. Abbiamo creato un gruppo WhatsApp dove tutti i giorni mi dicono *questo non è piaciuto*. Tipo ieri c'è stato cavolfiore e zuccina lessati e non le hanno mangiate nessuno. I bambini le verdure fan fatica, è una cosa che ho notato proprio da anni. Non abbiamo tanto spazio di manovra, non possiamo dire non faccio più quella pietanza. Siamo liberi solo dal punto di vista di frutta e verdura⁹². Questo anche per il biologico perché il nostro fornitore non ha sempre disponibilità di "tot" chili da poterci dare. Quindi magari se ha piovuto e sono andate tutte a male e ci dà soltanto metà mele e metà pere e poi siamo noi a dividerle nelle scuole. E anche sulla verdura è importante avere questa tipologia di spazio di manovra (Dietista 2, intervista - ottobre 2020).

Noi facciamo vigilanza per tutta la provincia. Si va nelle scuole a verificare il menu, come viene cucinato (troppo salato, freddo, caldo) questo fa parte della nostra attività che a Rimini abbiamo sempre fatto (Dietista 3, intervista - ottobre 2020).

Tale controllo, oltre alla valutazione interna alle Ausl e alla ristorazione collettiva, si avvale anche di quella esterna delle Commissioni Mensa.

La Commissione mensa è anche l'occasione per fare dell'educazione alimentare a genitori o insegnanti per poter diffondere un messaggio. E la cosa importante è che anche quando ci arrivano dei commenti a dei piatti che non piacciono, poi, c'è anche il controllo da parte nostra direttamente nella scuola dove effettuiamo la verifica immediata del piatto che non è

⁹¹ Acronimo di Addetta allo Sporzionamento Mensa.

⁹² Da menu si può leggere, in tal senso, "frutta di stagione" o "verdura cotta" senza specifica.

stato gradito. Quindi verificiamo che non sia solo un commento a voce alta ma lo ritroviamo sulla tavola fermo lì che il bambino non tocca. Ma anche lì ci siamo rese conto con le vigilanze che spesso assaggiando noi stesse l'alimento non è così male e il motivo per cui quel piatto non viene accettato dal bambino non è tanto la qualità organolettica del piatto in sé ma una serie di fattori (l'età ad esempio – le quarte e le quinte elementari sono abbastanza problematiche da questo punto di vista in quanto appena viene servito il piatto spesso il loro atteggiamento è quello di prenderlo e metterlo al centro della tavola e se lo fa il leader della classe poi tutti seguono questo atteggiamento). Quindi spesso il piatto non viene nemmeno assaggiato dal bambino e l'insegnante ha la percezione che quel piatto non va. E non va perché è lì sulle tavole quindi cerchiamo anche di spiegare questi concetti sia al genitore che all'insegnante e quindi lavorare su alcuni atteggiamenti che andrebbero moderati. La non gradibilità quindi non è sempre dovuta al piatto che non è buono ma dall'atteggiamento del bambino (Dietista 4, focus group - novembre 2020).

In tal senso, in ogni momento, i menu possono essere revisionati per aumentare la gradevolezza dei piatti, favorire l'uso di frutta e verdura di stagione, affrontare, tempestivamente, le difficoltà che si possono presentare nella popolazione scolastica ad accettare i piatti proposti, garantire, ulteriormente, la variabilità degli alimenti, rispondere ad esigenze nutrizionali e dietetiche emerse nel tempo, essere coerenti con i programmi di educazione alimentare sviluppati nell'ambito scolastico (SSRER, 2009, p.56).

3.2. *In Mens(a) Sana: un incontro educativo importante*

In Mensa si origina un osservatorio privilegiato del rapporto che bambine e bambini hanno col cibo, con i loro coetanei, con persone, che, a diverso ruolo, animano la “cucina” extra-familiare ma anche di conoscenze socio-familiari pregresse *perché comunque il bambino porta sempre con sé la voce interiorizzata del genitore e le abitudini che conosce*⁹³.

In Italia, tra le 2467 scuole campionate dall'ultima indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2019), il 75% possiede la mensa. L'Emilia-Romagna riesce a coprire il 91% dell'offerta ristorativa per il suo territorio e nell'80%, per almeno 5 giorni la settimana

⁹³ Dalle parole dell'insegnante 3, intervista - giugno 2020.

(SSRER, 2019a). Rimini, offre il 75% di scuole con mensa funzionante (AUSLR Rimini, 2019), nelle primarie indagate, in questa ricerca, l'83,3% dei bambini si avvale della mensa e l'87,5% ne usufruisce per tutta la settimana (Tab. 4). Segno che, nonostante alcune volte la mensa sia luogo di proteste e contestazioni, la gran parte dei genitori continua a considerarla un importante strumento di supporto alla quotidianità extra-familiare nonché un potenziale alleato nell'educazione alimentare dei figli.

Tab. 4 – Frequenza e utilizzo della mensa scolastica dai bambini delle primarie di Rimini

Sua figlia/sua figlio, a pranzo, usufruisce della mensa scolastica?		Per quante volte, in una settimana, sua figlia/suo figlio, usufruisce della mensa scolastica?	
UTILIZZO %		FREQUENZA %	
Sì	83,3	1 volta	9,3
		2-3 volte	3,2
		Tutta la settimana	87,5
No	16,7		
Totale	100,00	Totale	100,0

In un'epoca che vede l'atrofizzarsi del convivio domestico, partecipare alla mensa scolastica significa aderire ad un patto educativo. I rituali canonici della tavola, in tal senso, vengono calati nell'ambiente scolastico caratterizzato da regole, tradizioni, disciplina e affettività che azzerano le differenze, promuovono la sana alimentazione, educano a comportamenti sostenibili e alla responsabilità sociale (Colò, 2021).

L'esperienza che i bambini fanno, a scuola, col cibo origina un incontro educativo importante. In primo luogo con gli adulti, presenti ed assenti, che con i loro atteggiamenti e possibili pregiudizi, ormai radicati, influenzano il comportamento alimentare dei bambini (SSRER, 2009). La famiglia - anche se non presente fisicamente - è una voce interiorizzata nell'approccio al cibo da parte del bambino che può dar luogo a comportamenti propositivi o riluttanti. Gli Addetti allo Sporzionamento Mensa (ASM), poi, rappresentano gli adulti "esterni" che, in ragione della loro importante funzione, instaurano con i bambini un rapporto di riconoscenza e fiducia. In particolare, al momento della distribuzione è essenziale che l'ASM non solo tenga conto delle caratteristiche, fisiche e di età, del singolo bambino ma che conosca metodi ed *escamotage* per ovviare a disturbi dell'alimentazione e all'eccesso di peso come frazionare la porzione prevista per incoraggiare l'assaggio del

cibo o prevedere un “bis simbolico”. Gli insegnanti sono educatori ma anche consumatori. Il pasto condiviso a scuola è un complesso momento didattico da sviluppare con attenzione e costanza. Maestre e maestri, devono fare in modo che le norme prestabilite siano garantite e rispettate, insegnare come comportarsi a tavola, intercettare difficoltà e gradimento relativo a determinate tipologie di cibo, “mangiare e apprezzare”, essi stessi, stando attenti a contenere pregiudizi e spiegare le eventuali intolleranze cogliendo l’occasione di sensibilizzare ed educare alla civica dell’alimentazione, al valore nutrizionale e sociale del cibo.

In secondo luogo, all’appuntamento educativo sono presenti spazio, tempi e modalità in cui il messaggio educativo e culturale viene veicolato dando ai bambini gli strumenti per «esplorare il mondo, entrare in sintonia, scoprendo e riscoprendo saperi legati ad altri ambiti di azione e relazione» (Paltrinieri, 2019, p. 17). Le modalità di utilizzo della luce, dei colori, delle forme, delle pareti, degli arredi, delle attrezzature, dei tavoli, delle posate, delle stoviglie rappresentano lo spazio occupato dal pasto. A questo, è necessario contare un tempo, né troppo breve né troppo lungo, dedicato al consumo, sufficiente per lasciare che il bambino “ascolti” ed entri in relazione col cibo al fine di poterlo apprezzare. Il messaggio sociale e affettivo, infine, si origina dall’esperienza nel suo complesso data da un servizio che soddisfi i cinque sensi e che risponda al bisogno di *cosa, quanto e come* mangia il bambino. I significati e le interpretazioni che ne derivano, lasciano alla popolazione infantile il modo di “essere” attori del proprio “fare”. Sperimentando nuovi sapori e nuovi saperi, condividendo conoscenze e differenze in un ambiente al di fuori del nido casalingo, i bambini restano i protagonisti di questo incontro educativo. Non solo, ma capita spesso che essi siano il principale motore nell’influenzarsi, positivamente o negativamente, nella commensalità. Non stupiscono, pertanto, commenti come *mangia verdure o pesce ma a casa a volte fatica a mangiarle mentre a scuola li trova più gustosi* oppure *stranamente, a scuola, apprezza il pesce* emersi nel box commenti del questionario.

3.3. *Bimbi a tavola pre e post COVID-19: la mensa scolastica con e divisa*

Una ristorazione scolastica di qualità, oltre alla scelta delle materie prime, dovrebbe garantire e salvaguardare il *comfort ambientale* (SSRER, 2009), un luogo dove abbinare

dietetica e nutrizione alla convivialità. In una delle prime interviste semi-strutturate con le insegnanti delle primarie di Rimini, a inizio 2020, il momento della mensa veniva descritto come “un progetto con un significato educativo e conviviale”. La somministrazione “veicolata”, tra le ore 12/12.30 e le 13, a seconda delle turnazioni e della numerosità, avveniva, in refettori o spazi appositamente adibiti, spesso, molto rumorosi, dove bambine e bambini condividevano grandi tavoli da 6 o 8. A settembre 2020, il tempo scuola della mensa viene, necessariamente, ripensato “in classe” al fine di convivere con le nuove misure di sicurezza e la normativa regionale sull’alimentazione controllata (Fridel, Padovani *et al.*, 2020). Il complesso lavoro di riorganizzazione locali “mensa”, norme igieniche e precauzioni nella somministrazione, pulizia e disinfezione, igiene personale di adulti e bambini⁹⁴, formazione continua per ridurre il rischio di contaminazione delle superfici materiali e alimentari, ha portato a ricalibrare e personalizzare, al massimo, le soluzioni della ristorazione collettiva. In un’ottica orientata alla semplificazione dei menu e all’evitamento degli assembramenti, la proposta è divenuta un momento “a scacchiera” o “pasto al posto”. Con *i bimbi, in aula*, ma divisi dai banchi *predisposti in modo da non potersi girare (...)* Non c’è più che “hai fatto oggi?” o “vieni alla mia festa?” ma mangiare subito il pasto diventa l’ultimo ostacolo che divide dal giardino⁹⁵.

Stiamo tornando indietro...Diciamo sempre condividiamo, condividiamo e adesso? Oggi abbiamo spiegato perché tenere la mascherina tutto il giorno. Però tutti non hanno detto o fatto storie. Solo un bambino mi ha chiesto: ma se devo bere passo dalla mascherina? No, per bere, per fare ricreazione e per fare la mensa si abbassa e poi si rimette (Insegnante 1, focus group - novembre 2020).

Il pasto proposto viene distribuito unicamente dagli ASM rispettando il distanziamento e anticipato da una disinfezione tale che i bambini devono uscire dall’aula e attendere una decina di minuti prima di rientrare. Il servizio è modulato in diversi modi: con consegna tramite carrelli scaldavivande su un unico o più piatti di porcellana - per le classi e i plessi

⁹⁴ Nello specifico: lavaggio mani, uso di guanti e mascherine come in Fridel *et al.*, 2020.

⁹⁵ Trascrizione *clear verbatim* di intervista esplorativa con Insegnante 2, settembre 2020.

che possono usufruire della lavastoviglie - oppure in piatti bis o tris-scomparto laddove possibile compostabili.

Tab. 5 – Organizzazione servizio mensa primarie Rimini pre-COVID-19 e a causa del COVID-19

<i>Turnazioni Mensa</i>	<i>Spazio dedicato alla mensa pre-COVID-19</i>	<i>Spazio dedicato alla mensa a causa del COVID-19</i>
ZONA O PROSSIMITÀ CENTRO STORICO (n. 2 Plessi)		
I turno ore 12.30-13.30	Aula mensa	Classe
I turno ore 13.00-14.00	Aula mensa	Classe
ZONA LITORANEA (n. 2 Plessi)		
I turno ore 12.00-13.00	Refettorio	Classe
II turno ore 13.00-14.00		
I turno ore 13.00-14.00	Refettorio	Classe
ZONA PERIFERIA (n. 5 Plessi)		
I turno ore 12.00-12.40	Refettorio	Classe o atrio lungo i corridoi
II turno ore 12.40-13.20		
I turno ore 12.10-13.10	Refettorio	Classe
II turno ore 13.10-14.10		
I turno ore 13.00-14.00	Refettorio	Refettorio + 2 aule mensa
I turno ore 13.00-14.00	Mensa con adiacente locale di sporzionamento	Mensa e classi
I turno ore 13.00-14.00	Mensa con adiacente locale di sporzionamento	Mensa e classi

L'ambiente, tranne in qualche rara eccezione (Tab. 5), non cambia, i bambini mangiano dove hanno trascorso già tutta la mattina insieme all'insegnante di turno e gli ASM, spesso, numericamente inferiori rispetto alle classi da servire, hanno difficoltà a rispettare i tempi da dedicare alle varie classi disperse sull'intero plesso. Inoltre, per esigenze di distribuzione, almeno inizialmente, è stato necessario snellire il servizio di sporzionamento e alcuni cibi, come brodi e zuppe, sono stati limitati o eliminati.

Arrivo a scuola che è quasi mezzogiorno. I bambini della prima stanno uscendo dall'aula e con l'aiuto del maestro con cui hanno trascorso la mattina, si siedono sui gradini dell'atrio in

modo diligente e consapevole. Ormai esperti si danno il cambio per il bagno. Nel frattempo vedo una ASM entrare a igienizzare e apparecchiare i banchi. Dopo una decina di minuti la maestra che conosco e che è appena entrata in servizio mi fa cenno di entrare in aula. Circa una quindicina di bambini e bambine sono già seduti nei loro banchi a scacchiera apparecchiati con tovagliette di carta, posate e piatti di coccio (l'insegnante mi dice che sono "fortunati", il coccio e le posate in questo periodo vengono forniti solo nelle scuole e nei piani delle scuole dove è presente la lavastoviglie). Mi accomodo in un angolo dell'aula, sulla cattedra che l'ASM provvede ad apparecchiare. Abbiamo tutti le mascherine, si tolgono solo per mangiare (...). I bambini interagiscono piacevolmente con me e la maestra in un clima che appare rilassato e disteso. È strano non vedere la confusione del refettorio ma è molto bello poterci guardare negli occhi e poter condividere questo momento come se fossimo ad un pranzo di classe (...). Arrivano gli spinaci, la maestra sa che la verdura è un punto debole per i bambini così inizia a spiegargli l'importanza di alcuni nutrienti e coinvolgendomi gli raccontiamo qualche aneddoto su un marinaio simpatico chiamato Braccio di Ferro. Qualcuno assaggia e attira l'attenzione per farsi fare i complimenti (...). A fine pasto la maestra mi dà l'opportunità di interagire con la classe, intavoliamo un gioco dove io chiedo loro qualcosa sulle abitudini alimentari e i loro stili di vita, loro alzano la mano e poi riflettiamo insieme su quello che rispondono. Immagino che questo non sarebbe stato possibile in un classico refettorio. E a me questa nuova convivialità non è affatto dispiaciuta⁹⁶.

Questo necessario quanto urgente cambiamento, ha impattato sulla soddisfazione dei genitori nella gestione della refezione scolastica (Tab. 6) facendo emergere un calo dell'apprezzamento da *pre-Covid - a causa del Covid* passando i "molto soddisfatto" da 10,3% a 5,5% e i "soddisfatto" da 55,3% a 45,8%. Tale decrescita, tuttavia, deve tener conto anche del temporaneo allontanamento del genitore dalla vigilanza, durante il pasto a scuola, per motivi di sicurezza. In tale scenario, una lettura interessante, arriva dalle testimonianze degli insegnanti. Ammesso l'iniziale spaesamento generale, causato dalle norme in materia di sicurezza sanitaria, il successivo stabilizzarsi e perfezionarsi di questo nuovo meccanismo di somministrazione ha lasciato spazio a un modo diverso di con(e)dividere il pasto a scuola migliorandone l'approccio dei bambini al cibo. Sempre più

⁹⁶ Dalle note di campo, esperienza etnografica - febbraio 2021.

insegnanti delle scuole primarie riminesi, infatti, si sono accorte che la distribuzione del pasto in aula, se apparentemente ha tolto la routine e le regole conosciute ante-Covid, in realtà ha rivelato altrettante opportunità educative senza precedenti. Sottraendo, ad esempio, frastuono e affollamento tipici del refettorio, la maestra non solo riesce a sentire bene i dialoghi tra i bambini ma monitora ciò che mangiano portando a termine il proprio ruolo di educatore.

L'altro giorno ho dato fagiolini e carote, gli ho spiegato le vitamine che contenevano e molti bambini hanno mangiato i fagiolini per la prima volta (Insegnante 2 - intervista ottobre 2021).

A cui si uniscono anche quelle di alcuni bambini come riportano le parole di alcuni genitori: *è soddisfatta della parte organizzativa; si trova molto bene anche con questa cosa che stanno al banco, inizialmente la vivevo io come madre in negativo mentre mio figlio mi dice che è un momento rilassante*⁹⁷.

La convivialità prende nuova vita nello spazio intimo della classe: un'occasione per con(e)dividere il cibo insieme ad una chiacchierata di gruppo per interventi ordinati dove i bambini si ascoltano e si conoscono meglio, scambiano esperienze personali in un clima rilassato. Un'esperienza su cui riflettere nei lavori di riedificazione post COVID-19.

Tab. 6 – Valutazione gestione della mensa scolastica nelle primarie di Rimini Pre-COVID-19 e a causa del COVID-19

Esprima il suo GIUDIZIO COMPLESSIVO sul pranzo a scuola per come è stato gestito...:		
	PRIMA DEL COVID-19	A CAUSA DEL COVID-19
	%	
Molto soddisfatto	10,3	5,5
Soddisfatto	55,3	45,8
Abbastanza soddisfatto	14,7	18,3
Poco soddisfatto	10,3	16,8
Non soddisfatto	4,4	8,8
Non so	5,1	4,8
Totale	100,0	100,0

⁹⁷ Focus group – gennaio e febbraio 2021.

4. Conoscenza e consapevolezza: il punto di vista delle famiglie riminesi

Come si evince in queste pagine, la ristorazione collettiva assume un ruolo determinante nel migliorare la salute e il benessere delle famiglie, lavora minuziosamente per costruire un'architettura di menu che, potenzialmente, siano un modello per le famiglie nelle scelte di salute. Scelte e preferenze che, tuttavia, sono condizionate dall'intreccio tra fattori biologici, socio-culturali e ambientali. L'approccio, che le scienze sociali definiscono "What's the Problem Represented to be?" (WPR) (Bacchi, 2019), consente di analizzare come le linee guida proposte dagli attori istituzionali interconnettano gli oggetti (cibo) ai soggetti (bambini) stimolando e promuovendo determinati comportamenti del "mangiatore ideale" in "luoghi di intervento specifici" (le mense scolastiche) (Kristensen, 2013). Tuttavia, le premesse che sottendono alla rappresentazione del problema spesso avvantaggiano alcuni e svantaggiano altri creando delle discrepanze tra pratica ideale e capacità di azione (Bacchi, 2019; Mehta *et al.* 2019).

Quanta consapevolezza è, dunque, radicata nelle famiglie riminesi con figli tra 6 e 11 anni? E quanto le strategie adottate a scuola influenzano e riescono ad essere adottate anche a casa?

La consapevolezza delle famiglie, legata al cibo, influenza le abitudini alimentari e l'atteggiamento dei bambini. Per creare un patto solido che agisca positivamente sullo stile alimentare, è necessario che quanto impostato a scuola, durante il pranzo, sia correttamente percepito e condiviso anche dalle famiglie. Nel questionario, l'80,7% dei genitori riminesi rispondenti si dichiara consapevole che i menu proposti a scuola siano, prevalentemente, Bio ed il 95,7% afferma di conoscere anche regole e linee guida sulla preparazione. Tale apprendimento e informazione passa, solo per il 67,8% mediante la piattaforma *EliorXlescuole*⁹⁸. Si tratta di un importante strumento, messo a disposizione dalla ristorazione collettiva appaltante, al fine di informare e proporre un costante confronto con bambini e genitori.

Un altro modo, per i genitori, di avere un ruolo attivo è quello di partecipare alle Commissioni Mensa.

⁹⁸ Per ulteriori approfondimenti vedasi <https://www.eliorxlascuola.it/>.

4.1. Genitori e Commissioni Mensa: partecipare per migliorare

Tutte le scuole primarie con mensa a Rimini osservate, hanno istituito le Commissioni Mensa. I genitori *possono influire sulle modalità di gestione del servizio pubblico di mensa*⁹⁹. Ciò riconosce alle famiglie un ruolo nella definizione del servizio di refezione scolastica e nella sua gestione.

La Commissione è un istituto che avvia momenti di confronto, durante l'arco dell'anno, solitamente 1 volta ogni 3 mesi oppure dietro richiesta di almeno 2/3 dei rappresentanti dei genitori, al fine di monitorare gradimento, qualità e quantità dei cibi somministrati, sorvegliare, sollevare criticità, proposte e correttivi sul servizio di refezione scolastica. Essa è composta da 1 rappresentante dei genitori per ogni sezione nominato dall'assemblea dei genitori; 1 insegnante referente per ogni sezione nominata dal o dai Collettivo/i scolastico/i dei plessi¹⁰⁰ a cui si aggiungono, se invitati, le dietiste dell'Ausl, i responsabili e la dietista della ditta ristorazione collettiva, il Responsabile dei Servizi Educativi del Comune.

La progettazione di una cabina di regia attenta, capace di coordinare tutti gli aspetti che concorrono a realizzare una mensa sana, sostenibile, sicura e controllata, è determinante per creare una solida collaborazione scuola-famiglia.

La presenza sistematizzata ma periodica, durante l'anno scolastico, del genitore a mensa¹⁰¹, infatti, è orientata a:

- controllare igiene e pulizia di locali e attrezzature e verificarne il corretto funzionamento;
- accertare che il personale abbia eseguito, correttamente, la distribuzione del pasto e rispettato le diete speciali;
- assaggiare il pasto, al momento del consumo, per verificarne la qualità organolettica e le temperature;
- osservare il grado di *comfort* durante le consumazioni dei pasti (rumore,

⁹⁹ Cfr. Sentenza Corte Cassazione n. 20504/2019 Corte Suprema di Cassazione, Sezioni Unite Civili, 30 luglio 2019.

¹⁰⁰ Genitori e insegnanti vengono eletti entro il 31 ottobre di ogni anno e restano in carica per un anno scolastico e comunque fino al rinnovo. Vedi Delibera *Modalità di partecipazione dei genitori alla Valutazione del Servizio mensa* del Comune di Rimini n. 313 del 28/09/2010.

¹⁰¹ I genitori possono pranzare presso la scuola dietro comunicazione del giorno prescelto alla scuola e alla ristorazione collettiva. Non possono pranzare contemporaneamente più di un genitore per sezione nello stesso plesso e soprattutto in una sezione frequentata dal proprio figlio.

- sovraffollamento locali ecc.);
- vigilare all'interno dei refettori (evitando commenti davanti ai bambini).

Successivamente, il genitore formula il proprio giudizio compilando delle schede che verranno utilizzate in sede di riunione con i responsabili del Comune, dell'Ausl e della ristorazione collettiva. A livello di architettura di welfare, tale organizzazione risulta un organo consultivo con risvolti sia nel breve che nel lungo termine. Durante l'arco dell'anno scolastico, infatti, le criticità avanzate in sede di Commissione, dopo una verifica incrociata sia da parte delle insegnanti, delle dietiste dell'Ausl, dei responsabili della ristorazione collettiva e del Comune possono incidere, immediatamente, sull'offerta alimentare chiedendo variazioni al menu o alla combinazione degli ingredienti offerta, nuove ricette e una diversa qualità degli ingredienti. A scadenza del bando triennale, invece, le considerazioni, emerse sia dalla partecipazione alle Commissioni sia dalla vigilanza all'interno degli Istituti, vanno ad incidere sui requisiti del capitolato in fase di gara d'appalto.

I punti salienti delle conversazioni, avvenute tra i partecipanti durante le Commissioni Mensa a cui si è partecipato, nel corso dell'anno scolastico 2020/2021, possono essere, qui di seguito, approfonditi mediante *graphic facilitators* (Lapum *et al.*, 2014). Le infografiche (Figg. 3, 4, 5) aiutano ad evidenziare i dialoghi tra i partecipanti (genitori, insegnanti, dietiste ASL, dietiste della ristorazione, cuoco), durante gli incontri, e consentono una rappresentazione “semplificata” di prospettive e concetti emersi.

Fig. 3 – Prospettive e concetti emersi nella Commissione Mensa 1 osservata

Commissione mensa 1

L'unica che non piaceva tantissimo era la minestrina di verdure, per i colori non andava tantissimo per quel che mi ricordo... (Genitore 1)

Possiamo, quest'anno venire a provare il pranzo considerando la situazione Covid? (Insegnante 1)

...questa è l'ASL che dice che loro studiano queste cose e fanno le associazioni... (Genitore 3)

Ci diciamo sempre le stesse cose! Anche l'associazione piselli che sono proteine vegetali con la carne che sono proteine animali... un'associazione corretta? (Insegnante 3)

Una cosa che non riguarda il cibo... a noi è successo già due volte che mancasse la sporzionatrice, quindi quelle che ci sono devono correre anche per le altre. Anche oggi non arrivavano mai era l'una e dopo è entrata e mi ha detto guarda siamo sole perché di sopra manca la sporzionatrice, siamo in ritardo di sotto. Dopo per carità io le aiuto, servo e faccio tutto quello che posso fare però...dopo è arrivata la terza dopo il servizio in un'altra scuola però avevano già finito di servire il primo (Insegnante 3)

Se facciamo igienizzare le mani, i bambini possono dare il pane? (Insegnante 1)

Ho chiesto alla responsabile della mensa di rimettere tutti i brodi... Ma lei mi ha detto "noi cuciniamo", chi fa il menu è l'ASL. Allora ho parlato con la dietista dell'ASL e mi ha detto che per tutte le criticità che troviamo di farglielo sapere entro domani. Uno dei brodi, però, so che è stato reinserito... (Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Vabbè tanto l'ASL ha dato il consenso di servire anche alle insegnanti...Oggi mi sono fermata io insieme ad un'altra insegnante ad aiutare, ci siamo igienizzate, messe i guanti e abbiamo servito un tavolo poi cambiate i guanti e servito un altro tavolo. Ci voleva un supporto... (Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Anche i passati e le zuppe piacciono molto (Insegnante 1)

I kiwi non li hanno ancora dati quest'anno? (Insegnante 1)

Io non riesco a capire come mai la pasta in bianco e roba strana così ce n'è sempre in abbondanza, mentre lasagna, gnocchi son sempre di meno... (Genitore 2)

Per venire ad assaggiare il pasto, bisogna passare dalla direzione, firmare un foglio e dire il giorno che vuoi venire. I bambini, no non possono dare il pane, non fanno più niente... Stiamo tornando indietro... altro che "condividere" (Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

I kiwi gli abbiamo detto che o ce li mandano già sbucciati o non ce li mandano, perché i bambini non li sanno sbucciare, come li mangi? (Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Passati e minestre, siamo a posto! Per il pesce proporrei o polpette o hamburger perché se lo vedono classico i bambini non lo mangiano. Quando vedono la pallina almeno l'assaggiano, alcuni bambini vanno a pregiudizio, vedono il pesce in quel modo classico? Neanche lo assaggiano, lo mettono da parte poi ci sono insegnanti che dicono assaggiate e altre che non ci pensano a dirlo (Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Io personalmente aiuto sempre anche a sparcchiare (Insegnante 2)

Ieri per esempio c'è stata la minestrina di patate e l'hanno mangiata (Insegnante 2)

Fig. 4 – Prospettive e concetti emersi nella Commissione Mensa 2 osservata

Commissione mensa 2

Cerchiamo di ragionarci insieme perché molto spesso questi giudizi un po' generici non fanno capire neanche a me qual è la vera problematica. Per la qualità, i fornitori che abbiamo sono sempre gli stessi e la cucina lavora nello stesso modo, non sono state fatte modifiche sostanziali per cui il prodotto debba uscire in modo così tanto diverso. Ad ogni modo quando succedono queste cose, c'è un contatto diretto da chiamare perché a volte anche il ritardo dell'informazione sembra che non lo prendiamo in considerazione ma non è così (Dietista Ristorazione)

Assolutamente la sottiletta non dovrebbe essere presente nell'alimentazione infantile! Non dobbiamo ragionare solo sul gusto perché dietro c'è anche una parte di educazione alimentare che magari deve essere a volte considerata un po' di più, mi permetto di dire. (Dietista Ristorazione)

Se nella frittata si potesse mettere un formaggio che si scioglie tipo una sottiletta almeno è un po' più appetitosa! (Genitore 2)

...danno piccole porzioni! (Genitore 1)

Ho mangiato a scuola e devo dire che negli anni siamo andati migliorando (Genitore 3)

Alora la pasta la pesiamo a crudo sui 90 grammi. E poi cotta diventa quasi il doppio (Cuoco Ristorazione)

Per le cotture è un problema purtroppo del veicolato perché col coperchio quando il cibo è caldo il vapore che rimane dentro continua la cottura e a volte spappola tutto (Cuoco Ristorazione)

Gli abbinamenti vengono rivisti tutti gli anni proprio perché ci viene segnalato che sono piatti che piacciono poco o che non vanno bene. Nel menu della Asl di Rimini non sono più presenti gli affettati (Dietista ASL)

Magari va migliorata la preparazione e su quello la cucina può attivarsi! (Dietista ASL)

Si sono riscontrate molte criticità quest'anno sugli abbinamenti di alcuni alimenti. E poi pure nella qualità del cibo (Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Da noi con il primo il bis c'è sempre (Insegnante 1)

La frittata era molto buona con prosciutto cotto e mozzarella! (Insegnante 2)

Le minestre piacciono molto ai bambini! (Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Abbiamo combattuto per questa educazione alimentare ma i bambini spesso non sanno mangiare in questo modo... (Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Dipende molto anche dall'abilità delle scodellatrici, da noi sono molto in gamba! (Insegnante 1)

Fig. 5 – Prospettive e concetti emersi nella Commissione Mensa 3 osservata

Commissione mensa 3

I passatelli con il sugo di vongole sono stati inseriti per variare ma anche per la tipicità del piatto del nostro territorio su richiesta del Comune tra l'altro. È chiaro che un piatto che viene per la prima volta visto dai bambini e magari a casa non sono abituati a mangiarlo probabilmente non sarà così tanto apprezzato. Anche in passato quando sono state date cose nuove non è che lo hanno subito accettato, poi hanno imparato. **Non necessariamente se la prima volta un piatto non è andato dobbiamo pensare subito di eliminarlo** (Dietista ASL)

Il discorso **quantità-porzioni** è sempre un po' complesso nel senso che **bisogna capire se parliamo di quantità di piatti che piacciono** quindi i bambini ne vorrebbero di più **oppure parliamo di porzioni scarse in generale**. Bisogna capire cosa volete dire perché la ristorazione segue le tabelle delle linee guida e quindi come quantità dovremmo essere a posto (Dietista ASL)

Quando pensiamo al bis dobbiamo pensare a un **10% in più** della porzione quindi se parliamo di 80 grammi non dobbiamo aspettarci 120 grammi (Dietista ASL)

Ci vuole un po' di tempo perché i bambini conoscano determinati piatti ma **non può fare tutto la scuola** dove presentiamo un menu equilibrato con tutte le regole del caso e poi quando si torna a casa si fa l'esatto contrario. **Bisogna lavorare di pari passo** per riuscire ad ottenere dei risultati (Dietista ASL)

Per le prossime volte, per i legumi possiamo fare un passato senza problemi. **La pizza** abbiamo già chiamato il fornitore per farci avere altre basi da provare più basse, quella è troppo alta. (Dietista Ristorazione)

Non ho particolari osservazioni sulla qualità del cibo in questo momento bene o male noi siamo abbastanza contenti. Però sulle porzioni sì le vorremmo più abbondanti sia nel primo che nel secondo (Insegnante 2)

Ci diciamo sempre le stesse cose nelle riunioni, cerchiamo di venirci incontro una volta per tutte! (Insegnante 1)

L'altro giorno sono arrivati i crackers. E non ho capito il motivo, forse mancava il pane? (Insegnante 1)

È stato dato il cracker non perché non c'era il pane, i cracker li diamo a tutte le scuole come pasto di emergenza da tenere appunto in cucinetta e stavano arrivando alla scadenza. Quindi prima buttarli via abbiamo deciso di utilizzarli per evitare lo spreco alimentare (Dietista Ristorazione)

Allora il riso con i fagioli se fosse possibile passarli perché dai piccoli ai più grandi non li mangiano interi, i passatelli alle vongole proprio no, la pizza non era ben lievitata in più col covid non possiamo dare più nulla, prima negli armadi avevamo qualcosa adesso non possiamo dare nulla quindi farli stare fino al 16 digiuni non è il caso (Insegnante Responsabile dei Referenti Mensa)

Poi se il bambino torna digiuno completamente, viene anche da pensare al carico di spesa che ha la famiglia (Insegnante 1)

I bambini prima che si avvicinino a sapori nuovi ci vuole tempo non basta una o due volte, io ho un bimbo che non mangiava per niente riso l'altro giorno per la prima volta a scuola lo ha mangiato dall'inizio dell'anno. (Genitore 1)

5. Gradimento, biorispetto e sostenibilità economica

Selezionare “buon cibo” evidenzia le scelte che gli esseri umani fanno per nutrire corpo, mente e spirito. Tuttavia, essa rivela anche l'appartenenza ad un ambiente sociale, religioso, etico (SSRER, 2009) nonché la capacità di sostenere, economicamente, stili di vita considerati, “qualitativamente”, elevati dinnanzi ai cambiamenti storici e sociali.

Mediante la prospettiva dei *critical obesity studies* (Nestle, 2019; Otero, 2018), gettiamo luce sulla qualità merceologica di parte dei prodotti alimentari attuali. Il problema nutrizionale principale dei Paesi occidentali non è più se le persone hanno accesso sufficiente al cibo, ma qual è la qualità del cibo accessibile alla maggior parte. La preferenza verso un cibo standardizzato, ultra processato, calorico e zuccherato, prodotto su larga scala e distribuito in grosse porzioni a basso costo, nei cosiddetti “deserti alimentari¹⁰²” (Gordon *et al.*, 2011), caratterizza, infatti, sempre più, le diete “convenienti”

¹⁰² Il concetto si riferisce alle aree geografiche in cui l'accesso al cibo sano e a prezzi ragionevoli, come frutta fresca, verdura di stagione, alimenti ricchi in proteine è limitato o addirittura inesistente (Gordon *et al.*, op. cit.).

delle famiglie “povere di tempo” (Guthman, 2011). La teoria della disegualianza sociale (Cardano, 2008) integra questa riflessione potendo sostenere che fattori - individuali e/o contestuali - strutturali determinano condizioni di salute peggiori. I rischi derivanti da uno stile di vita “in eccesso” e da abitudini alimentari scorrette si riflettono, in primo luogo, sull’aumento della prevalenza di sovrappeso e obesità, un problema che può trasmettersi per *via* sociale intrafamiglia, dall’adulto al bambino, e che segna, profondamente, il *life course* alimentare di quest’ultimo e della sua vita adulta. Nella fascia 5-7 anni sino alla pubertà, il consumo di alimenti, eccessivamente, ricchi di proteine di origine animale, carboidrati semplici, grassi saturi, sale, zucchero accompagnato da un insufficiente apporto di frutta, verdura, fibre, carboidrati complessi e ferro determina, già in età evolutiva, l’*adiposity rebound* - rimbalzo adiposo - che causa non solo un fisiologico accrescimento dell’IMC del bambino ma anche della presenza di un numero, irreversibile, di cellule adipose nell’organismo (Cavazza, Guidetti, 2020). Le diete utilizzate per correggere gli stili di vita, in età pediatrica, influiscono su umore, concentrazione, sonno, fino a ritardi nella crescita del bambino. Pertanto, è fondamentale intervenire, preventivamente e consapevolmente, coinvolgendo attivamente i genitori.

Al fine di delineare il grado di soddisfazione, da parte di genitori e alunni, del servizio di refezione scolastica si propone l’analisi di alcuni aspetti emersi nel questionario, come consapevolezza, gradimento dei bambini, soddisfazione della varietà, qualità e quantità del menu, costo, integrati da alcune narrazioni dei cosiddetti *problem centered experts* (Döringer, 2020), testimoni privilegiati coinvolti (mediante interviste semi-strutturate e focus group) per approfondire prospettive incentrate sul tema trattato.

Date tali premesse, i genitori rispondenti riminesi sembrerebbero avere ben chiaro il valore che un’alimentazione Bio a scuola possiede: solo l’1,8% di essi la giudica “Non importante” e l’8,2% “Poco importante” (Tab. 7).

Quando all’Open Day parliamo di mensa e del biologico, sono argomenti che catturano. I genitori lo vedono con un’etichetta migliore, come un prodotto che è da preferire poi di fatto sta nelle abitudini familiari il fatto di apprezzarlo (Insegnante 1, focus group - giugno 2020).

È bello tutto il discorso sul biologico perché magari è un tornaconto che non ce l’avrai oggi

ma un domani sul fisico dei ragazzi. Sarebbe ancora più bello se nelle scuole si servisse tutto biologico (Genitore 1, focus group - novembre 2020).

Tab. 7 – *Importanza mensa scolastica Bio nelle primarie di Rimini*

Quanto è importante, a suo avviso, che l'alimentazione nelle mense scolastiche sia per la gran parte biologica?	
	%
Molto importante	54,6
Importante	34,6
Poco importante	8,2
Non importante	1,8
Non so	0,7
Totale	100,0

Tale consapevolezza, da un'analisi più complessa, statisticamente significativa ($p < 0.000$), rispecchia una consequenziale e tutt'altro che scontata influenza nelle scelte a casa: il 51,3% dei genitori riminesi che reputa "molto importante" l'alimentazione Bio a scuola, consuma Bio tutti i giorni o quasi a casa mentre nessuno dei genitori che la valutano "Non importante" consuma Bio a casa.

Io per esempio faccio la marmellata all'arancia con delle arance apposta biologiche per fare la marmellata. In generale, mio figlio non ha problemi, però io uso questo tipo di prodotti e uso anche la pasta integrale. È un sapore che piace (Genitore 2, focus group - novembre 2020).

Mio figlio non ha problemi in generale col cibo biologico a scuola anche venerdì – lui è un amante delle insalate di riso con ceci – non ha avuto problemi anzi è tornato a casa stra felice. Lui a volte se la mangia anche a colazione l'insalata di ceci. Noi a casa mangiamo bio e integrale e lui è abituato agli alimenti solo integrali o biologici quindi non trova differenza in questo anzi mangia volentieri a scuola (Genitore 3, focus group - novembre 2020).

In ultimo, il grado di importanza che le famiglie riminesi hanno verso il Bio è condizionato anche dall'accessibilità in termini socio-economici: "molto importante" è la valutazione di genitori occupati (madri 87,6%; padri 93,8%) con istruzione medio-alta (madri 92,2%; padri 83,7%).

Sul biologico vorrei dire solo una cosa cioè che per noi genitori la parola “biologico” significa spesa perché costa di più solitamente quindi purtroppo nella mentalità da genitore sanno che è più buono/sano ma spesso non lo comprano per il costo (Genitore 1, focus group - giugno 2020).

5.1. Gradimento

Il gradimento è il principale criterio che incide sulle scelte alimentari di bambine e bambini. Alcuni studi (Cavazza, Guidetti, 2020; Maietta, Gorgitano, 2016) rivelano come la formazione e l’acquisizione dei repertori alimentari individuali si sviluppino, già, nel periodo intra-uterino. L’esposizione precoce a un sapore presente nel liquido amniotico e nel latte materno, infatti, induce il gradimento per quel gusto ritrovato, successivamente, nei cibi solidi (Cavazza, Guidetti, 2020). Tuttavia, se fin da neonate e neonati si sviluppano propensioni, geneticamente, determinate, queste possono modificarsi, nel corso del tempo, interagendo con cultura, tradizioni e pratiche sistematizzate all’interno della famiglia. In tal senso, il gradimento può svilupparsi *sapore-sapore*, il sapore o l’alimento è accettato se consumato insieme ad uno già conosciuto e apprezzato; con *fenomeno della salsa bernese*, le proprietà sensoriali di un alimento sono associate a sensazioni o reazioni; *sapore-nutriente*, le preferenze vengono rivolte ad alimenti, altamente, energetici-calorici rispetto a quelli con basso valore calorico. In tal senso, cibi saporiti sono associati a situazioni di festa mentre quelli meno saporiti ad eventi negativi o poco entusiasmanti; per *mera esposizione*, il consumo regolare determina l’acquisizione di un sapore; *sazietà sensoriale specifica*, la monotonia alimentare non favorisce l’approccio a nuovi sapori; mediante *gusto, classe sociale e socializzazione della famiglia*, le proposte veicolate nel contesto familiare e sociale incidono sul comportamento alimentare. A questo, si aggiungono la sensibilità gustativa delle fibre afferenti che decifrano stimoli a sensazioni differenti; la capacità di metabolizzare determinati nutrienti senza conseguenze fisiologiche o disturbi dopo il consumo, la neofobia ossia la paura o riluttanza verso l’assaggio di cibi sconosciuti, la *pickiness* - “essere schizzinosi” verso un’ampia varietà di alimenti che permane anche dopo averli assaggiati. Il senso, la riconoscibilità e l’associazione dei sapori dei cibi ma anche l’esperienza personale e l’interazione sociale, quindi, influenzano il gradimento

durante l'infanzia.

La dieta già della gestante ha un'attenzione sicuramente superiore rispetto a quella che veniva data anche solo una generazione fa. Negli ultimi anni ha preso, poi, sempre più piede il discorso dell'auto svezzamento in cui a 6 mesi il bambino piano piano scopre gli alimenti che mangiano i familiari e poi fa da solo ecco (Pediatra 2, intervista - novembre 2020).

Tab. 8 – Gradimento bambina/o pietanze servite alla mensa scolastica

Sua/o figlia/o gradisce le pietanze servite a mensa?	
	%
Molto	14,0
Abbastanza	57,7
Poco	24,0
Per niente	4,3
Totale	100,0

Analizzando le risposte in tabella 8, il gradimento dei bambini che usufruiscono della mensa scolastica, nelle primarie di Rimini, risulta, per la gran parte, “abbastanza gradito” (57,7%). Tuttavia, si nota un 24% che gradisce “poco”.

Partendo dal presupposto che, spesso, l'idea di cibo sano e nutriente metta in ombra l'appetibilità, il lato piacevole e sensoriale, dell'esperienza alimentare, le risposte emerse possono dar origine a diverse riflessioni. In primo luogo, bambine e bambini non pensano, principalmente, alla salubrità del cibo ma alle percezioni sensoriali - gustative, olfattive, visive, uditive e tattili - che ne derivano. E le sensazioni, gli odori, le forme, i colori, i rumori, le consistenze influenzano le scelte alimentari dei bambini e il modo in cui rispondono agli stimoli dell'ambiente mensa.

Bisognerebbe lavorare sull'emulazione. Perché per emulazione ad esempio lo yogurt alla fine se lo mangiano tutti. Anche quello senza frutta (intero) iniziano a dire “sembrava facesse schifo, però si mangia” (Insegnante 1, focus group - giugno 2020).

A questo, si allineano le criticità strutturali, legate alle caratteristiche della mensa collettiva e “veicolata”, in contenitori termici scaldavivande. Essa ha il limite di non riuscire a distribuire, contemporaneamente, pasti completamente “fumanti” come se

fossero appena usciti da una cucina interna o con proprietà organolettiche inalterate. In tal senso, più vicino al punto di partenza della ristorazione appaltante si troverà il plesso scolastico, più le percezioni saranno migliori così come, all'interno dello stesso plesso, il gradimento sarà più positivo nelle classi servite prima rispetto ai turni successivi. Inoltre, la gran parte dei bambini e delle bambine riminesi, che accedono alle primarie, arrivano da scuole materne con la cucina interna dove hanno avuto la possibilità di vedere chi gli preparava da mangiare avendo anche dei momenti di educazione alimentare in cui potevano *andare in cucina a chiedere cosa stavano cucinando le cuoche e gli venivano proprio mostrati alcuni cibi prima della preparazione. Specie con le verdure, glielie facevano vedere intere la mattina e poi a pranzo gli portavano il risultato*¹⁰³. Senza, quindi, troppi passaggi dal momento della cottura alla tavola.

Inoltre, se è vero che «solitamente mangiamo quello che ci piace, è anche vero che ci piace quello che siamo abituati a mangiare» (Cavazza, Guidetti, 2020, p. 145). La lente sociologica, con cui stiamo analizzando questi dati, ci porta ad associare, ancora una volta, il gradimento allo specchio delle famiglie. I genitori delimitano il campo di esperienza alimentare dei figli in base alla disponibilità, all'accessibilità e al valore nutritivo dei cibi proposti a casa. In particolare, nelle famiglie riminesi, lo scarso gradimento trova una correlazione con il livello di istruzione dei genitori: bambini che gradiscono "poco" le pietanze servite a mensa hanno madri (59,7%) e padri (71,7%) con un titolo di studio medio-basso.

5.2. Varietà

La varietà, mediante combinazioni gastronomiche differenti distribuite su 5 settimane, è una peculiarità dei menu scolastici riminesi. Essa avviene intra-pasto - somministrazione di diversi alimenti nello stesso pasto - con l'obiettivo di supportare l'apporto nutritivo e stimolare l'esperienza sensoriale dei bambini. Riuscire ad offrire varietà, nella dieta, significa combinare alimenti con differenti caratteristiche nutrizionali ed energetiche facendo, particolare, attenzione ai prodotti d'origine vegetale - verdura e frutta - ma anche

¹⁰³ Intervista libera a Dietista della Ristorazione Mensa durante l'esperienza etnografica in una scuola materna comunale - ottobre 2020.

abituare il palato di bambine e bambine a sapori, consistenze, odori differenti (Crea, 2018).

Tab. 9 – Soddisfazione varietà mensa scolastica nelle primarie di Rimini

Lei è soddisfatto della varietà dei menu proposti?	
	%
Molto soddisfatto	21,0
Soddisfatto	51,3
Poco soddisfatto	21,0
Non soddisfatto	5,6
Non sono informato sui menu	1,1
Totale	100,0

I genitori riminesi appaiono tendenzialmente “soddisfatti” (51,3%) della varietà dei menu mostrando, nonostante qualche perplessità, una prima apertura verso tale *modus operandi*. Emerge, con significatività statistica ($p < 0.000$), che la soddisfazione della varietà dei menu da parte del genitore aumenta in relazione al crescere del gradimento da parte dei figli. Essa, inoltre, viene più apprezzata in famiglie che producono reddito e con un’elevata istruzione.

5.3. Qualità

Il 55,6% dei genitori riminesi rispondenti valuta “soddisfacente” il cibo somministrato a scuola (Tab. 11). La qualità percepita è espressione soggettiva, culturale e relazionale degli utenti e delle loro famiglie che non implica una consequenziale comprensione della componente nutrizionale (SSRER, 2009). Per i genitori riminesi la qualità è associata al *feedback* con i figli che trova una correlazione significativa ($p < 0.000$) nel gradimento. Inoltre, una maggiore soddisfazione sulla qualità è associata alla sensibilità socio-culturale del genitore: in particolare, coloro che assegnano un elevato grado di importanza alle pietanze Bio e coloro che possiedono un titolo di studio alto.

La reputazione delle mense riminesi, a partire dal 2016/2017, inoltre, è entrata nel

ranking competitivo *Foodinsider*, un osservatorio sulle mense scolastiche¹⁰⁴ che monitora l'equilibrio nutrizionale e la qualità delle diete proposte a scuola, nei vari Comuni d'Italia, con l'obiettivo di trasformare la mensa scolastica in uno strumento di salute per i bambini. La qualità dei pasti viene valutata mediante una serie di indicatori che fanno riferimento alle raccomandazioni internazionali del WHO e a quelle nazionali. Dalla prima partecipazione, le mense riminesi si collocano sempre ai primi 10 posti della classifica nazionale (Tab. 10).

Tab. 10 – Rating *Foodinsider* per posizione Rimini

	Anno Rating	Posizione
MENSE RIMINI	2021/2022 – 7° Rating	4 [^] classificate
	2020/2021 - 6° Rating	5 [^] classificate
	2019/2020 - 5° Rating	5 [^] classificate
	2018/2019 - 4° Rating	9 [^] classificate
	2017/2018 - 3° Rating	5 [^] classificate
	2016/2017 - 2° Rating	3 [^] classificate

5.4. Quantità

Recenti indicazioni, per prevenire l'obesità infantile, raccomandano che la preparazione dei pasti segua specifiche “grammature” sconsigliando “ripasso o bis” sia dal punto di vista nutrizionale che educativo. Se il modello alimentare, basato sulla “Piramide settimanale e giornaliera dello stile di vita italiano” (APPENDICE D), raccomanda una regolazione specifica delle quantità, il modello sociale conduce verso una percezione soggettiva e familiare del mangiare. La sazietà, poi, risulta un decisivo metro di misura: *l'impossibilità spesso di poter accedere a quantità superiori o al “bis”* è un commento, ricorrente, sia all'interno del questionario che nei dialoghi emersi dalle osservazioni delle Commissioni Mensa (Figg. 3, 4, 5).

Per tali motivi, l'elemento più critico, del rapporto tra scuola/mensa-famiglia, appare

¹⁰⁴ Si tratta di un movimento che nasce nel 2015 da un gruppo di genitori al fine sia di monitorare l'equilibrio dei menu proposti nelle scuole che di essere da stimolo per migliorare la qualità del pasto. Il rating dei menu scolastici è caratterizzato da una classifica che si alimenta attraverso i dati di un questionario a punti. Per approfondimenti consultare il sito internet <http://www.foodinsider.it/>.

quello relativo alle quantità somministrate nei piatti dei bambini. Se la gran parte dei genitori riminesi rispondenti, il 56,6%, si dice “soddisfatto” della quantità servita sulle tavole scolastiche dei loro figli resta un notevole 26,9% che è “poco” o “non soddisfatto” (Tab. 11). Ancora una volta la significatività statistica ($p < 0.000$) ci conferma che quasi 1 genitore su 2 si esprime con soddisfazione se il figlio gradisce le pietanze servite a mensa.

Tab. 11 – Soddisfazione qualità e quantità mensa scolastica nelle primarie di Rimini

Lei è soddisfatto della <u>qualità/quantità</u> dei menu proposti?		
	QUALITA'	QUANTITA'
	%	
Molto soddisfatto	9,7	10,8
Soddisfatto	55,6	56,6
Poco soddisfatto	18,6	19,0
Non soddisfatto	8,2	7,9
Non sono ma mi fido	7,9	5,7
Totale	100,0	100,0

5.5. Sostenibilità economica

Indagare la soddisfazione delle famiglie, in relazione ai pasti scolastici, vuol dire capirne anche il grado di sostenibilità da un punto di vista economico. Impegno e costi a carico del Comune, famiglie e addetti alla ristorazione scolastica sono, spesso, oggetto di insoddisfazioni. La distribuzione di un pasto completo, di “qualità”, costa al genitore € 6,92 con tariffa ordinaria e € 5,30 con tariffa agevolata che, dal 2020, si è ulteriormente ridotta grazie al bonus “Mensa Bio” a € 4,55 a pasto¹⁰⁵.

Nonostante gli incentivi premiali che le mense riminesi hanno, recentemente, ottenuto, il 40,3% dei genitori valuta “alto” il contributo sostenuto (Tab. 12).

Secondo l'ultimo Rapporto di Cittadinanza Attiva (2021), infatti, l'Emilia-Romagna

¹⁰⁵ La tariffa ordinaria viene pagata per pasto consumato dagli utenti con Isee uguale o superiore a € 35.000,01 o in assenza di Isee Tariffa; la tariffa agevolata è relativa al pasto consumato, per utenti con Isee inferiore o pari a € 35.000,00. Questi ultimi vedono ulteriormente abbattuta la tariffa di € 0.75/pasto grazie al bonus Mensa Bio come da documento del Comune di Rimini “Tariffe per la refezione nelle scuole primarie e per l'infanzia statali per l'anno scolastico 2021/2022 https://www.comune.rimini.it/sites/default/files/2021-02/circol_PR_374925_20refezione_%20MATERNE_SCUOLE_STATALI_as_2021_22_0.pdf.

risulta la regione più costosa in termini di mensa scolastica, con una spesa media mensile di 103,20 € nella primaria. Rimini compare tra le città più care, con una spesa annua di circa 1272 euro (tariffa agevolata) e di circa 1660,8 euro (tariffa ordinaria). Ciò stabilisce che se da un lato l’offerta del pasto, completamente o prevalentemente, Bio risulta più sicuro e implementa la qualità; dall’altro lato inciderebbe sul “costo pasto”, in media, dell’8-12% rispetto a un pasto convenzionale (Paltrinieri, 2019; Maietta, Gorgitano, 2016). E questo, non sempre riesce ad essere compreso nella sostenibilità economica familiare.

Tab. 12 – Valutazione costo mensa scolastica nelle primarie di Rimini

Lei ritiene che il COSTO del servizio mensa sia:	
	%
Basso	0,4
Equilibrato	59,3
Alto	40,3
Totale	100,0

5.6. *Take-home food message*: la mensa “riferita” dai bambini

L’infanzia è, qui, considerata sia come categoria che come condizione sociale, una fase propedeutica in cui il bambino viene strutturato, culturalmente e socialmente, e preparato all’ingresso della vita pubblica rendendolo sempre più autonomo e responsabile delle sue scelte (Turmel, 2013). Nella fase evolutiva, i bambini sono stimolati a cercare un *take-home message* a conclusione di quanto gli viene raccontato. Un messaggio diretto o la parte di informazione, principale, nascosti tra le righe di una storia o di un’esperienza che hanno lo scopo di consigliare un comportamento corretto. Secondo la teoria della socializzazione dei *Childhood Studies* (Freeman, Mathison, 2009), poi, il bambino “matura” una matrice solida di significati attraverso tutti quei “messaggi” che sono inviati dalla famiglia, dai gruppi e dalle istituzioni con cui interagisce. In questo studio, pur privilegiando lo sguardo dell’adulto, sulla scia di questo messaggio carpito dai bambini e incorporato o meno in comportamenti alimentari corretti si osservano le risposte al questionario. Qui, emerge il grado di dialogo che il genitore instaura col proprio figlio sulla refezione scolastica e gli argomenti che, in seguito all’esperienza diretta e quotidiana, riporta, più frequentemente,

al genitore. Ovvero il *take-home food message*¹⁰⁶ che porta con sé a casa.

La gran parte dei genitori rispondenti riferisce (Tab. 13) di avere “sempre” (57,7%) o “spesso” (30,8%) un dialogo con i propri figli. Solo il 9,7% dichiara di avere “qualche volta” delle conversazioni sull’esperienza della mensa e, a seguire, l’1,1% lo fa “raramente” e lo 0,7% “mai”.

Tab. 13 – Frequenza nel confronto bambino-genitore sull’esperienza di mensa

A casa le capita di parlare con sua figlia/suo figlio di cosa mangia in mensa?	
	%
Sempre	57,7
Spesso	30,8
Qualche volta	9,7
Raramente	1,1
Mai	0,7
Totale	100,0

Ma quali sono gli argomenti che, più frequentemente, vengono riportati dai bambini? Le risposte al box con domande aperte, del questionario, sono state ricodificate per permettere di leggere i temi e le argomentazioni in maniera più polarizzata. Dall’elaborazione, gli idealtipi emersi evidenziano atteggiamenti attivi del bambino che si concentra su “gradimento”, “non gradimento”, “gradimento parziale”, “scarsa quantità”, “presentazione estetica del pasto” e passivi in cui, tendenzialmente, si limita a rispondere alle domande del genitore di “accertamento su cosa-quanto-se” del pasto consumato. Più nel dettaglio, il 19,5% dei bambini, nel dialogo col genitore, riferisce cosa ha gradito mentre l’13,3% cosa ha gradito parzialmente e il 16,4% si focalizza su cibi che non sono stati affatto graditi. L’8,2% pone l’attenzione sulla presentazione estetica del pasto mentre il 5,9% sulle porzioni scarse. Il 36,7% ha, come anticipato, un atteggiamento passivo ossia dialoga col genitore in relazione alla mensa rispondendo a precise domande che gli sono richieste sul “cosa” ha mangiato, “quanto” ha mangiato e se ha gradito.

Nelle risposte aperte, inoltre, si nota che la gran parte dei bambini è molto precisa nel

¹⁰⁶ Il “take-home message” nelle storie o nelle favole per i bambini è il messaggio nascosto tra le righe degli eventi narrati, una sorta di “morale della favola o della storia”. Qui si introduce anche la parola “food” (cibo) per focalizzare l’attenzione sul potenziale apprendimento al cibo nell’esperienza con la mensa scolastica.

raccontare l'esperienza sia visiva che sensoriale, sia gradita che poco gradita: *mi elenca con attenzione il pasto e mi dice anche se era buono o meno; gli piacciono le zuppe, soprattutto quella d'orzo, non gradisce la verza, oppure si lamenta se il cibo risulta freddo e spesso fa paragoni con quello che mangiava alla materna dove la cucina era interna; mi dice che il pesce "puzza"; non apprezza la frittata che paragona alla spugnetta per lavare i piatti.*

Tab. 14 – Temi emersi dal confronto bambino-genitore sull'esperienza di mensa

Può specificare gli argomenti che sua figlia/suo figlio le riporta, più frequentemente, all'attenzione?	
	%
Gradimento	19,5
Non gradimento	13,3
Gradimento parziale	16,4
Scarsa quantità	5,9
Presentazione estetica del pasto	8,2
Accertarsi di "quanto", "cosa", "se"	36,7
Totale	100,0

6. L'attività fisica nella scuola primaria

A partire dagli anni Ottanta, l'attività motoria è risorsa propedeutica, pervasiva, persistente ai fini dell'apprendimento e dello sviluppo fisico e cognitivo del bambino nell'ambito scolastico. Per tali ragioni, essa va valorizzata all'interno delle esperienze formative, in forma sia specifica che trasversale, sia proto che interdisciplinare (Moliterni, Magnanini, 2020). Educare all'attività fisica, nel curriculum della scuola primaria, significa non solo tentare di focalizzarsi sullo sviluppo di competenze e abilità psico-motorie del bambino ma anche educarlo al corpo e alla corporeità attraverso un agire intenzionale, efficace ed efficiente, che influenzi il suo stile di vita nel tempo (Cazzoli, Lanza, 2020). Secondo l'interpretazione fenomenologica (Husserl, 1976), infatti, ogni individuo vive le proprie esperienze nel e con il mondo della vita - *Lebenswelt* - sia mediante la "corporeità" - *Leib* - l'aver e l'essere un "corpo vivo" in relazione alla dimensione pedagogico-didattica; che mediante il "corpo" - *Körper* - macchina anatomica percepita, studiata,

osservata e utile all'agire. Scopo dell'educazione motoria è porre al centro corpo e corporeità in una *embodied education* ossia esperienze formative all'interno della giornata scolastica che coinvolgano il *Körper* stimolando le varie forme e modalità espressive del *Leib*. In tal senso, l'attività motoria arricchisce il bambino di conoscenza, potenza e facilita il suo sviluppo fisico, emotivo e cognitivo (Faggioli, Schenetti, 2020; Moliterni, Magnanini, 2020). Inseriti in un modello pedagogico, cosiddetto socio-costruttivista ed ecologico, gli obiettivi motori da raggiungere nella scuola primaria sono, teoricamente, impostati ponendo l'alunno al centro. La costruzione didattica mira all'acquisizione di una coscienza del corpo quale strumento espressivo, collocato in uno spazio-tempo, in cui si entra in relazione con il movimento libero o regolamentato, individuale o di gruppo influenzando, positivamente, su *fair play, fair health e fair wellness*¹⁰⁷.

Tab. 15 – Frequenza ore educazione motoria nelle primarie di Rimini

Attualmente dal lunedì al venerdì, può quantificare quante ore alla settimana sua/o figlia/o fa attività strutturata di educazione motoria	
	%
1-2 ore	65,2
3-4 ore	17,9
5 o più	6,0
Mai	11,0
Totale	100,0

Il 65,2% dei bambini riminesi coinvolti nell'indagine, fa attività fisica tra 1 e 2 ore come previsto dal curriculum scolastico (Tab. 15). Interessante rilevare che ci sono primarie che trovano spazio per allungare il tempo dedicato al movimento: il 17,9% tra 3-4 ore e il 6% 5 o più ore. L'attenzione, inoltre, ricade anche su quell'11% che non fa mai o non fa più educazione motoria da quando con i vari decreti e ordinanze anti COVID-19¹⁰⁸ si è prima

¹⁰⁷ Tradotto come correttezza sportiva, di salute e di benessere.

¹⁰⁸ Cfr. Decreto del Presidente della Regione Emilia-Romagna del 12 novembre 2020 <https://www.dd3cesena.edu.it/sito-download-file/212/all> e ordinanza del 30 aprile 2021 <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-127-del-30-04-2021-parte-seconda.2021-04-30.3069406894/ulteriore-ordinanza-ai-sensi-dellarticolo-32-della-legge-23-dicembre-1978-n-833-in-tema-di-misure-per-la-gestione-dellemergenza-sanitaria-legata-alla-diffusione-della-sindrome-da-covid-19-indicazioni-operative-per-la-riapertura-dei-servizi-educativi-per-l/allegato-ordinanza-68-2021>.

sospeso l'educazione fisica nelle scuole di primo ciclo scolastico e poi la si è reintrodotta solo per le classi e i plessi che potevano rispettare il distanziamento (2 metri se al chiuso e 1 metro se all'aperto).

Tab. 16 – Programmazione e servizi preposti all'attività fisica e motoria nelle scuole primarie di Rimini¹⁰⁹

Ore curriculari motoria	Palestra	Spazi outdoor	Spazi indoor per didattica attiva	Progetti sportivi ampliamento curricolare	Servizio Piedibus
ZONA O PROSSIMITÀ CENTRO STORICO (n. 2 Plessi)					
1	✓	✓	✓	X	✓
1	✓	✓	✓	X	X
ZONA LITORANEA (n. 3 Plessi)					
1	✓	✓	✓	✓	X
1	X	✓	✓	✓	✓
1	✓	✓	✓	✓	X
ZONA PERIFERIA (n. 5 Plessi)					
1	✓	✓	✓	✓	X
2+3	✓	✓	✓	✓	X
2+2	✓	✓	✓	✓	✓
2+3	✓	✓	✓	✓	X
2+2	✓	✓	✓	✓	X

L'attenzione e la valorizzazione all'attività fisica a scuola, quindi, per funzionare dovrebbe partire dalle 2 ore curriculari previste, pianificarle, possibilmente, in due giorni differenti della settimana e ampliare tale condotta in una sinergia con altri progetti, proposte didattiche anche prevedendo la compartecipazione di genitori e della comunità. Alcuni studi dimostrano che, se ben organizzate, le giornate "motorie" scolastiche su 20 settimane implementano circa il 6% delle capacità motorie - destrezza, forza, resistenza - del bambino nonché il suo stile di vita (Casolo *et al.*, 2016).

¹⁰⁹ La tabella sintetizza le opportunità offerte dalle scuole primarie riminesi aderenti al progetto estrapolate dai Piani Triennali dell'Offerta Formativa 2022-2025 e dalle testimonianze delle referenti di Plesso.

I bambini, anche quelli che solitamente fanno fatica e sono un po' più pigri, possono essere motivati con:

attività molto semplici, dobbiamo uscire un po' dai canoni dello sport edificato perché questo non è inclusivo ma esclusivo ossia chi è bravo si diverte e chi non è bravo soffre. Quindi tornare a giochi molto semplici, tradizionali-popolari che chiunque può fare e può inventarsi perché non ci sono tecniche specifiche da apprendere ma solo applicare il movimento naturale. Ritorniamo alle abilità motorie di base poi giochi che durino poco, fatte a più riprese, più manches, che non stanchino il bambino, gli diano un po' più di riposo e possono garantire la ripresa dell'attività e siano impostate in forma ludica. Divertenti e che diano importanza al processo non orientato. Questi sono i canoni fondamentali che abbiamo visto funzionare con i bambini. Il problema grosso è, poi, non perderli perché escono dalla scuola dell'infanzia che sono motivatissimi a muoversi e dobbiamo tenere alta questa motivazione invece arrivano nella scuola primaria si siedono a un banco ed è finito tutto. Dopo si abituano a questa vita sedentaria e perdono questo bisogno che non è primario appunto. E che viene pian piano anestetizzato. Dai 6 ai 10 anni non dobbiamo far perdere al bambino il piacere di muoversi, dopo per recuperarlo si fa fatica (Insegnante 1, intervista - dicembre 2020).

Le buone pratiche, per implementare l'azione fisica e motoria, nelle scuole primarie riminesi, sono evidenziate nella sintesi di tabella 16. Anzitutto, gli spazi. Quasi tutte le scuole possiedono una palestra o in alternativa spazi *indoor* polivalenti o specificamente dedicati per promuovere una didattica attiva. L'idea è che la palestra, propriamente detta, possa allargarsi verso tutti gli ambienti fruibili dell'edificio scolastico. Tutte le scuole, poi, sono dotate di cortile o giardino in cui la gran parte sta sperimentando la *Biblio-Garden* o l'aula all'aperto, una modalità di fare didattica in cui al centro si colloca l'azione più che la mera ricezione. In tal modo, si agevola l'apprendimento funzionale di base - leggere, scrivere, matematizzare - i processi di lateralizzazione, l'orientamento spazio-temporale finanche una migliore gestione dei problemi dell'apprendimento. La scelta dei progetti di ampliamento curricolare, orientati al movimento concorrono a stimolare atteggiamenti inversi allo stile sedentario. Comune a quasi tutte le primarie analizzate, il Progetto "Lo Sport in Classe" che anche mediante un Tutor Sportivo competente in classe, promuove,

per gli alunni, i valori educativi dello sport come mezzo di espressione e di inclusione¹¹⁰. In ultimo, ma non per importanza, l'attivazione in alcune zone del territorio riminese, a partire dal 2007, del servizio "Piedibus¹¹¹", una iniziativa che offre l'opportunità ai bambini di raggiungere la scuola a piedi, in piena sicurezza. Riportando le parole di un insegnante di educazione motoria (intervista - dicembre 2020):

la scuola è l'unico ambiente che può garantire queste sane abitudini a tutta l'utenza perché mica tutti fanno sport. E lo sport peraltro a quell'età lì si fa solo per una o due volte al massimo la settimana che sono il nulla. La scuola è l'unico posto che può garantire questa prevenzione sanitaria alle generazioni.

¹¹⁰ Per ulteriori dettagli <https://www.progettosportdiclasse.it/home/progetto/sport-di-classe.html>.

¹¹¹ A tal proposito <https://www.comune.rimini.it/documenti/documenti-tecnici-di-supporto/progetto-piedibus>.

CAPITOLO 7

DAL MICRO AL MACRO: L'EMILIA-ROMAGNA COME COUNTRY EXAMPLE

Buone abitudini alimentari e sani stili di vita vengono acquisiti e mantenuti, lungo il corso di vita, in un percorso che dovrebbe essere coerente tra le figure educative di riferimento per il bambino come la famiglia (con particolare riguardo verso la madre), la scuola ma anche il contesto territoriale e istituzionale. Anche quest'ultimo, infatti, svolge un ruolo nel favorire o ostacolare comportamenti alimentari e stili di vita, più o meno, virtuosi, durante il percorso evolutivo.

Nell'idea che un ambiente di vita favorevole instauri una “rete di protezione” per la crescita del bambino si analizza, qui di seguito, il contributo che il contesto istituzionale riminese offre nella costruzione di un approccio consapevole alla salute aperto a tutte le politiche (Di Mario *et al.*, 2017; Leppo, Ollila *et al.*, 2013).

1. Il modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso: un *country example* per l'Organizzazione Mondiale della Sanità

Lo stile di vita, alimentare e motorio, non è solo un processo verso cui tendere ma anche un obiettivo da ricostruire quando lo stato ponderale, in età infantile, risulta, pericolosamente, in eccesso. Dalla prospettiva medico-sanitaria, Rimini è il territorio da cui un gruppo di medici è stato ispirato per mettere a punto, nel corso del tempo, quello che, attualmente, è per l'intera Emilia-Romagna un *Modello regionale di presa in carico*

*del bambino sovrappeso e obeso*¹¹². Tra la seconda metà degli anni '90 e gli inizi del 2000, infatti, alcuni medici dello sport dell'Ausl di Rimini si rendono conto, in primo luogo, che i bambini che si sottoponevano ai test di idoneità all'attività agonistica riportavano un livello di obesità sovrapponibile a quello della popolazione di riferimento; in secondo luogo, che tale eccesso di peso, spesso molto importante, veniva intercettato tardi, tra gli 8 e i 12 anni. Confrontandosi con i pediatri ospedalieri, realizzarono che a questi ultimi accadeva il contrario ovvero che i bambini che richiedevano loro una visita erano in un banale sovrappeso e non, come di competenza, in obesità grave o complicata da comorbidità. *Nessuno si era mai preoccupato o si era mai fatto due conti*¹¹³. Ciò fa emergere la presenza di un cortocircuito nel sistema e l'esigenza di far nascere, nel tempo, l'idea di una *task force*, multicomponente, che si occupasse di presa in carico del bambino sovrappeso o obeso su più livelli¹¹⁴. Inizia così un percorso che, nel 2013, diverrà modello regionale e che - per la complessità delle cause, la variabilità del grado di severità, le implicazioni di salute, gli interventi preventivi e terapeutici - si articola su 3 livelli integrati tra territorio e ospedale (APPENDICE H). Tutti i livelli sono stati pensati *in un percorso che avesse sempre il pediatra di libera scelta come attore principale*¹¹⁵. Durante l'intero periodo considerato sensibile al rischio di eccesso ponderale e che si sviluppa dalla fase prenatale ai primi anni di vita proseguendo nell'età scolare e adolescenziale, il pediatra di libera scelta (PLS) deve porre in essere strategie di prevenzione e promozione attiva relative al monitoraggio della crescita intercettando eventuali traiettorie obesogene e focalizzandosi su un'educazione olistica bambini-genitori a stili di vita nutrizionalmente equilibrati, attivi, regolari (SSRER, 2013).

Non facciamo molta enfasi sul fatto che l'obiettivo sia dimagrire perché questo crea ansia e lo si vede un obiettivo lontano e vorremmo evitare l'abbandono. Si lavora sul discorso di focalizzarsi sul cambiamento dell'abitudine alimentare, motoria e andiamo avanti col cercare di migliorare questo stile di vita (Dietista 1, focus group - novembre 2020).

¹¹² Per approfondimenti https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/contributi/Contributi_76_2013.pdf.

¹¹³ Dalle parole del Medico 1, intervista ottobre 2020.

¹¹⁴ La ricostruzione cronistorica è avvenuta grazie alle interviste preliminari esplorative rilasciate dal gruppo dei medici fondatori del modello descritto.

¹¹⁵ Medico 1, intervista ottobre 2020.

Essere in presenza di una situazione, potenzialmente, a rischio attiva il modello di presa in carico che tratterà sovrappeso o obesità in funzione della gravità clinica del bambino. All'interno del primo livello, l'intervento ha un'intensità bassa e la gestione avviene avvalendosi del *counselling familiare* ossia la costruzione di un'alleanza terapeutica che resta territoriale ma che coinvolge, attivamente, la famiglia prevedendo una vera e propria rieducazione educativa alimentare - apprendimento di una corretta composizione nutrizionale, porzioni adeguate per l'età, ripartizione dei pasti giornalieri, modalità di assunzione, percezioni relative al cibo, metodi di preparazione e di cottura, interpretazione delle etichette - oltre ad intervenire su attività fisica e sostegno psicologico (SSRER, 2013). Quest'ultima figura, inizialmente, *per una serie di motivi era solo un consulente nominale*¹¹⁶, recentemente, è entrata di fatto nel team permanente poiché *abbiamo sempre più casi complessi e per sciogliere nodi e situazioni complicate la psicologa è importantissima*¹¹⁷.

La valutazione anamnestica e clinica di essere dinnanzi ad un'obesità primaria che esclude forme più gravi, invece, dà accesso al secondo livello di presa in carico. Il bambino, inizialmente, continua ad avere un trattamento ambulatoriale supportato dal *counseling familiare* ma dovrà dimostrare un cambiamento, misurabile, dal punto di vista comportamentale, antropometrico, metabolico e psicosociale in massimo 6 mesi. Trascorso tale periodo, l'eventuale insuccesso terapeutico determina la presa in carico da parte di una rete multi-professionale composta da nutrizionista/dietista, medico dello sport, psicologo per favorire una educazione alimentare e comportamentale sinergica e duratura. L'inefficacia della presa in carico di livello 2, complicanze rilevanti e persistenti o casi di obesità secondaria danno accesso al livello 3 ossia la presa in carico da parte di un centro ospedaliero specialistico che consente al pediatra ospedaliero (PO) di focalizzare l'attenzione sulla obesità grave e complicata pur mantenendo vivo e aggiornato il rapporto con il PLS in un'ottica multidisciplinare unica a garanzia dell'unitarietà del percorso.

Tale modello olistico, recentemente, ha avuto l'attenzione e gli onori anche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2019a) che ha citato l'Emilia-Romagna quale *country example* italiano per la risposta dei sistemi di assistenza sanitaria nella

¹¹⁶ Dalla narrazione del Medico 1, intervista ottobre, 2020.

¹¹⁷ Dalle parole della Dietista 1, focus group già citato.

prevenzione all'obesità infantile. Secondo i parametri dei primi *Health Equity Audit* - strumento per comprendere da un punto di vista bio-sociale il grado di correlazione tra obesità e diseguaglianze socio-economiche nonché valutare l'impatto che il modello di presa in carico ha sulla gestione pratica al sovrappeso e all'obesità infantile (e che si approfondirà nel prossimo paragrafo) - si sono notati riscontri positivi. Dai dati di presa in carico, del team multidisciplinare, sul territorio riminese emerge che il profilo dei bambini che entrano nel percorso è largamente sovrapponibile con il quadro delineato dai dati emersi nell'indagine Okkio alla salute (AUSL Rimini, 2019). Inoltre, la presa in carico, sul territorio riminese, risulta efficace soprattutto per bimbi obesi con genitori poco istruiti mentre deve essere implementata per quelli provenienti da famiglie straniere (Fridel, 2020; Emilia-Romagna, 2018). Tale sistema, in linea generale, sembrerebbe accrescere l'*empowerment* delle famiglie inteso come una corretta consapevolezza, percezione e comprensione dello "stare in salute" del bambino nonostante le difficoltà. Un dato incoraggiante, per quel 32,7% di bambini sovrappeso o obesi che si rilevano da questa indagine, i cui circa 2/5 provengono da famiglie socio-economicamente meno abbienti (titolo di studio basso: 44,4% madri; 43,2% padri e non occupati 34,9% madri; 26,7% padri).

2. *Health Equity Audit*: prevenire l'obesità, allontanare le diseguaglianze

...poi lo stesso gruppo ha in qualche maniera preso atto che la prevenzione all'obesità infantile da meno 9 (i mesi di gravidanza) a 3 anni - il focus è sullo screening in gravidanza e ovviamente nella primissima infanzia - è fondamentale (Medico 1, intervista - ottobre 2020).

Le esperienze del passato, connesse ad evidenze nella letteratura scientifica, hanno condotto lo stesso gruppo di lavoro riminese a cercare delle soluzioni, fin prima della nascita, per predisporre interventi a carattere multifattoriale in grado di svolgere un ruolo attivo in tutti gli ambienti educativi (Di Mario *et al.*, 2017). Ricalcando l'esperienza del modello di presa in carico, la strategia di prevenzione primaria viene costruita osservando i criteri di efficacia e sostenibilità potenziali delle famiglie (Epicentro, 2018; Di Mario *et*

al., 2017).

Per delineare e orientare meglio il nostro percorso, però, proprio a Rimini abbiamo fatto un equity audit che analizzava soprattutto degli aspetti di bambini già patologici (presa in carico terapeutica del bambino) utilizzando la tecnica del focus group e volevamo valutare se il percorso che avevamo messo in atto perseguisse anche obiettivi di equità. Come si poneva in bambini di famiglie con uno status socio-economico basso, se riuscivamo ad intercettare i bambini (Medico 2, intervista - novembre 2020).

Questo interesse e questa prima impostazione porterà, nel 2014, il team di lavoro riminese a diventare un gruppo valutato per rappresentare l'Emilia-Romagna nel progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute sulla stesura di un *Health Equity Audit nei piani regionali della prevenzione in Italia* (Silvestrini, Marra, 2018; Epicentro, 2018). Un progetto, nato a seguito delle raccomandazioni europee e della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, coordinato dalla Regione Piemonte con la collaborazione di Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e Veneto.

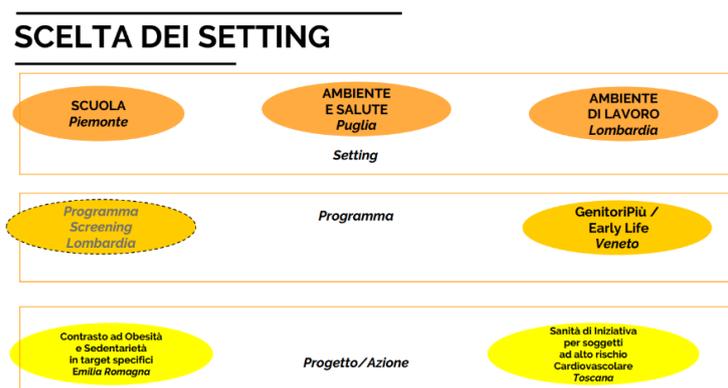
...abbiamo progettato a Milano due anni fa un Congresso sull'*equity health* a livello nazionale con le varie componenti quindi i genitori di bambini obesi, le associazioni locali, società sportive, i responsabili dei pediatri per capire bene quali erano appunto le eventuali componenti e se erano presenti diseguaglianze socio-economiche e come potevano essere affrontate anche per poi fornire un modello nelle varie realtà quindi anche questo aspetto sociologico o comunque di equità di approccio ai percorsi sanitari è stato studiato in maniera specifica a partire da Rimini (Medico 1, intervista – ottobre 2020).

Il progetto *Health Equity Audit* (HEA) si propone di essere uno schema di riferimento per identificare i meccanismi di generazione delle diseguaglianze di salute applicati al territorio. Le azioni di prevenzione e promozione della salute si realizzano all'interno di sei specifiche aree di intervento (percorso pre-post nascita, medicina di iniziativa, scuola, lavoro, comunità, ambiente) in relazione agli obiettivi centrali del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Questi ultimi dovranno, poi, essere inglobati, operativamente, in

interventi specifici all'interno dei Piani regionali di prevenzione (PRP). Su queste direttrici, le Regioni che si occupano di coordinare o collaborare all'interno dei differenti *setting* e temi di competenza (Fig. 1) hanno messo a disposizione la propria esperienza (Epicentro, 2018).

L'Emilia-Romagna ha definito il progetto-azione di contrasto ad obesità infantile e sedentarietà in target specifici condividendo il proprio modello di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso (come abbiamo già analizzato)¹¹⁸ a cui se ne affianca uno focalizzato sulla relazione madre-figlio pre-post nascita.

Fig. 1 – Setting e temi di competenza su base regionale



Fonte: Silvestrini, Marra (2018, p. 12).

Gli interventi pensati e finalizzati dallo staff medico riminese cercano di sostenere in modo coordinato e continuativo le fasi preliminari di vita. In particolare, si prevede:

- durante la gravidanza un aumento di conoscenza e consapevolezza di buone pratiche veicolate dalle strutture e dagli operatori sanitari deputati alla programmazione del piano assistenziale della donna incinta. Il *counselling motivazionale* è una tecnica attivata per far sviluppare una propensione al miglioramento delle abitudini alimentari e motorie. In casi di specifico sovrappeso o obesità o di eccessivo aumento ponderale si attiva, poi, un percorso di presa in carico in *equipe* modificato che coinvolga - ginecologo, ostetrica, dietista - sia a livello territoriale che, eventualmente, ospedaliero;

¹¹⁸ Per approfondimenti <https://www.diseguaglianzedisalute.it/health-equity-audit/>.

- dopo la nascita e nei primi anni di vita essenziale diviene il supporto dei pediatri di libera scelta (PLS). Nello specifico, per quanto riguarda l'allattamento al seno, prima esclusivo e poi complementare¹¹⁹, devono essere fornite indicazioni pratiche e diffusa la conoscenza e la sensibilizzazione sull'utilità di tale modalità di nutrimento. Nella fase di alimentazione complementare, poi, si sottolinea la necessità di sollecitare l'acquisizione, precoce, di sane abitudini alimentari al fine di sviluppare un buon rapporto con il cibo.

Tali punti, vengono messi in luce in quanto l'esperienza sottolinea come la distribuzione ineguale di alcune variabili socio-economiche incida sull'assistenza alla donna incinta e negli esiti di salute nel periodo peri e post natale (Palazzi *et al.*, 2019).

Alla prima visita rileviamo i dati del bambino ma anche la storia della mamma (quanto è aumentata in gravidanza, l'allattamento – sfera quindi di relazione col bambino) poi i dati riguardanti l'età dei genitori, peso/altezza così capiamo a che punto siamo col loro BMI¹²⁰ e quindi il loro stato nutrizionale, poi attività lavorativa (part-time, tempo pieno, stagionale), cittadinanza e stato civile (separati, mono-genitori). L'aspetto sociale è molto importante, sappiamo che l'obesità colpisce molto la popolazione un po' più fragile che ha meno accesso agli alimenti sani e ne fanno di meno e poi, spesso, hanno già una storia di obesità alle spalle quindi sono anche fatalisti e vedono questo obiettivo [*di stare in salute ndr*¹²¹] un pochino troppo grande per la loro capacità e quindi ci dobbiamo occupare anche di equità del trattamento (Dietista 1, focus group – novembre 2020).

Sì quei dati lì ci fanno capire che spesso l'obesità è presente nelle famiglie con basso reddito oltre che con un basso grado di istruzione e questo viene spesso fuori (Dietista 2, focus group novembre 2020).

Bisogna lavorare dove si può anche in prevenzione, perché trattare l'obesità infantile è, poi,

¹¹⁹ Per “allattamento esclusivo” si intende la nutrizione del neonato solo mediante latte materno senza aggiunte di altri liquidi fatta eccezione per i farmaci (come le vitamine in gocce) mentre “allattamento complementare” si riferisce al latte materno con aggiunte di latte artificiale, liquidi nutritivi, alimenti semisolidi o solidi (Di Mario *et al.*, 2017).

¹²⁰ Acronimo di Body Mass Index, in italiano Indice di Massa Corporea (IMC).

¹²¹ Ndr = note della ricercatrice.

molto difficile (Dietista 1, focus group – novembre 2020).

L'*Equity Audit* è uno strumento che, anche in questa fase, aiuta a monitorare l'equità di salute materno infantile osservando l'emergere di eventuali diseguglianze di salute in termini di (health) literacy e politiche di sostegno per le madri vulnerabili con attenzione anche all'accessibilità ai servizi socio-sanitari.

Osservando tale ambito, secondo il Rapporto del 2016 sull'equità prenatale e perinatale (Palazzi *et al.*, 2019), in linea generale, Rimini mostra una positiva attenzione per la salute materno infantile con un quadro che rivela non solo l'accessibilità e l'inclusività nei percorsi disponibili per l'assistenza alla gravidanza e per la tutela dei primi anni di vita del bambino ma anche livelli di eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) pre gravidanza migliori rispetto alla situazione romagnola e regionale. Tuttavia, alcune criticità si osservano tra le madri con cittadinanza straniera, tra quelle con titolo di studio inferiore alla scuola media superiore e tra quelle disoccupate o casalinghe (Palazzi *et al.*, 2019).

3. Famiglia-scuola e altre istituzioni: una coalizione in costruzione

Educazione alimentare e motoria sono i punti da cui partire per mettere in dialogo bambini-famiglie, scuole, istituzioni politiche e sanitarie nella creazione di un contesto che prevenga la trasmissione sociale di stili di vita obesogeni e che riesca, tempestivamente, ad intervenire nella ricostruzione del "peso in salute". Una coalizione che, nel territorio riminese, è, appunto, in costruzione. Non solo, ma, attualmente, ci sono progetti che contribuiscono ad agevolare l'incontro multi-relazione famiglia-scuola-istituzioni territoriali. Il Comune di Rimini, ad esempio, sostiene scuola e famiglie in vari progetti come quello sull'educazione alla sostenibilità sociale con particolare attenzione verso la cura, la rigenerazione e il mantenimento di aiuole e orti urbani comuni utili allo sviluppo di un'educazione alimentare che ponga attenzione "dal seme alla tavola". L'Ausl di Rimini, invece, sostiene l'attività integrativa scolastica rivolgendo a bambini attività "simboliche" che stimolino il consumo di frutta e verdura in famiglia e "pratiche", rivolte ai genitori, come la realizzazione di laboratori di cucina gratuiti in cui in via esperienziale, apprendere suggerimenti da utilizzare per creare ricette sane e promuovere corrette abitudini

alimentari. Infine, un'altra buona pratica, sebbene temporaneamente sospesa, a causa dell'accresciuto rigore igienico-sanitario dovuto al COVID-19, è posta in essere dalla ristorazione collettiva che, in molteplici occasioni, nel corso dell'anno, ha aperto le porte delle proprie cucine a bambini e adulti al fine di apprendere tecniche di cottura, modalità di preparazione ma anche prendere parte ad alcune attività specifiche in cui cimentarsi nella preparazione di piatti in modo condiviso.

CAPITOLO 8

“COVIBESITY”: L’IRROMPERE DELLA PANDEMIA DA COVID-19 NELLE ABITUDINI ALIMENTARI E NEGLI STILI DI VITA DELLE FAMIGLIE RIMINESI

Covid e Obesità: gli effetti di una “doppia” pandemia

Il COVID-19 e le misure di contenimento, producendo cambiamenti nelle abitudini alimentari e negli stili di vita, hanno inciso sull’aumento di peso nella popolazione globale (Khan *et al.*, 2020). Con particolare attenzione verso la salute dei bambini, studi precedenti (von Hippel, Workman, 2016; Wang *et al.*, 2015) e recenti (Pietrobelli *et al.*, 2021) sottolineano come l’interruzione del programma scolastico, in presenza, non solo abbia sottratto struttura alla quotidianità ma abbia esposto ad un maggior rischio di sovrappeso e obesità. Nello specifico, durante i primissimi mesi del *lockdown*, i bambini italiani, si sono allontanati dal cibo salutare ed hanno, altresì, consumato più carne rossa, zuccheri e *junk food*, passato 5 ore in più davanti a uno schermo e di conseguenza l’attività fisica è diminuita di oltre 2 ore a settimana (Pietrobelli *et al.*, 2021). Inoltre, recenti indagini sovranazionali confermano una importante correlazione tra sovrappeso/obesità e COVID-19 con aumenti della mortalità di circa dieci volte superiori (Atlas, 2022).

Date tali premesse, alla base del discorso che intraprenderemo, in questo capitolo, su infanzia, Covid e obesità, vi sono gli effetti che il contesto spazio-temporale stressante del *lockdown* ha generato nelle abitudini alimentari e negli stili di vita delle famiglie riminesi. Si introduce, a tal proposito, il concetto di *Covibesity* (Plava, 2023) quale termine per definire un’obesità situazionale che, a seguito delle misure di contenimento, si è originata

mediante comportamenti alimentari e di vita degli individui ma anche dovuti allo status socio-economico influenzando sulla salute. Non è stato infrequente, infatti, osservare come l'esposizione al rischio sanitario, sociale, economico delle famiglie italiane, durante la pandemia, le abbia avvicinate all'acquisto di quantità elevate di prodotti industriali e di scadente qualità a costi, facilmente, abbordabili. Se guardiamo a tali evidenze, sembrerebbe che gli effetti dovuti all'acquisto di enormi quantità di cibo a basso prezzo, davanti ad un contesto sedentario e precario, incidano, prepotentemente, nelle famiglie più svantaggiate confermando, secondo l'inversione delle tendenze dei vettori ambientali (Popkin, 2012), che legandosi insieme, Covid e obesità, genererebbero non solo una "doppia" pandemia ma un ulteriore peso quale "malattia dei poveri". Per approfondire questo punto, si lascia che la sezione del questionario dedicata alle *Abitudini alimentari durante i vari lockdown* dialoghi con le narrazioni esplorative e sistematizzate (Bogner, Menz, 2009) dei *problem centered experts* (Döringer, 2020) ossia i testimoni coinvolti con interviste e focus group. L'obiettivo è cercare di comprendere come le determinanti sociali di salute abbiano condizionato le scelte delle famiglie, con figli tra 6 e 11 anni, durante i *lockdown* italiani - marzo-giugno 2020 e 21 dicembre 2020 - 6 gennaio 2021. In quali famiglie siano emerse le maggiori criticità e se il contesto romagnolo e, nello specifico quello riminese, possa aver rappresentato un modello di *empowerment* inteso come presenza di fattori resilienti che influenzano, a diverso livello - individuale e collettivo - le abitudini e gli stili di vita all'interno della società, in termini di salute.

1. "Restate a casa": la nuova quotidianità delle famiglie riminesi in quarantena

L'emergenza sanitaria ha circoscritto all'ambiente casa, la quasi totalità della vita. "Restate a casa" è stata la prima regola che ha obbligato tutti a ri-organizzarsi all'interno delle mura domestiche. Così, ognuno con quello che aveva a disposizione, ha cercato di ricavarsi degli spazi per la convivenza, si è ritrovato in cucina, si è accorto di aver fatto un buon investimento a comprare quella casetta con giardino o rimpiangerne una anche solo con un piccolo balcone. Non solo, ma nella ridefinizione di questo ordine stra-ordinario, la popolazione in quarantena si è espressa in comportamenti che hanno evidenziato tratti socio-culturali specifici. Come nella gran parte dei paesi nel mondo, gli italiani hanno

svuotato gli scaffali alimentari di lievito e farina. Un *deja-vu*, che inevitabilmente riporta a quel passato raccontato dai nonni sulla guerra quando oltre a scappare dai bombardamenti si pensava a come sfamarsi e sfamare le proprie famiglie (Cardinali, Fusi, 2021).

Mutamento di bisogni, ricerca di pratiche, un ineluttabile cambiamento anche nelle abitudini alimentari e nell'(in)attività fisica. La vita in quarantena della gran parte, degli italiani è trascorsa “con le mani in pasta” o seduti davanti ad uno schermo (Di Renzo *et al.*, 2020). Ricette fatte in casa, gesti e manualità sono diventate la nuova modalità per alleviare la sensazione di stress e ansia. Tuttavia, l'eccesso di pane, pizze, focacce, dolci, stili di vita sintonizzati sulle piattaforme a distanza e limitate occasioni di attività fisica hanno determinato anche la conquista di chili di troppo.

Lo scenario descritto, illustra in maniera generale quanto avvenuto durante il periodo emergenziale. Si consideri, però, che tali pratiche conservano alcune differenze a livello locale e regionale. In questa sede, infatti, si analizzeranno le abitudini alimentari e gli stili di vita registrati in Romagna, all'interno di questo percorso di studio, con particolare attenzione alla quotidianità delle famiglie riminesi.

1.1. Alimentazione e COVID-19. Il tempo del fare e del mangiare

La tradizione culinaria della Romagna è caratterizzata da una costellazione di piatti. Ogni città e ogni centro abitato vanta tipicità e reinterpretazioni di radice territoriale e contadina e dalla figura dell'Azdora o Arzdora la “reggitrice” del focolare, custode, attenta e appassionata, delle tradizioni gastronomiche. Se cappelletti e piada rappresentano un vero fenomeno di costume, la realtà storica e geografica offre anche una cucina di mare, legata alla pescosità dell'Adriatico, ricco soprattutto di pesce azzurro, e di carni opulente.

L'Emilia-Romagna ha il “problema” della cucina romagnola che è prettamente calorica (carne, sughi, olio) cose che magari in altre Regioni hanno una prevalenza di verdure che cambia molto. La cuoca romagnola se non mette 3 dita di olio sopra il ragù non è ragù per lei (Genitore 1, focus group - novembre 2020).

Durante l'emergenza COVID-19, l'alimentazione ha avuto una funzione strutturante

nell'organizzazione sociale e nel gruppo umano (Poulain, 2008) recuperando le tradizioni derivanti dalla cultura del passato. Tuttavia, nel vano "cucina" non si è soddisfatto il mero bisogno "nutritivo" ma si è originato anche un incontro simbolico, conviviale e di compensazione emotiva, da parte degli individui, variabile in base al vissuto personale affrontato da ciascuna famiglia e ai fattori strutturali in possesso davanti alla crisi sociale - rottura sociografica (Maturò, Moretti, 2020) - che il COVID-19 ha originato.

Il questionario rivela che il 64% delle famiglie sembra essere riuscita a mantenere invariate le abitudini alimentari, durante i *lockdown*, mentre il 19,8% afferma di aver subito un peggioramento.

Soprattutto nella prima fase di chiusura totale ho notato il fatto di mangiare in orari molto regolati quindi con cadenza di ritmi più ravvicinati forse per noia forse per compensare qualcos'altro, ho notato che i pasti erano più frequenti. E questo ci ha portato molta confusione e tra l'altro anche qualche chilo in più (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

È necessario considerare che davanti a particolari situazioni di stress, le disfunzioni familiari incidono molto sulle esperienze infantili in termini di esiti di salute (Hemmingsson, 2018). Secondo analisi più complesse, e tutte statisticamente significative ($p < 0.000$), emerge che le abitudini alimentari di questa minoranza di famiglie sono peggiorate per: l'88% a causa di pasti non sempre attenti ed equilibrati; il 60,7% perché bambine e bambini hanno mangiato, generalmente, più del solito; e il 65,6% ha consumato più *junk food* (cioccolata, dolci di varia natura, patatine, snack salati) e/o *soft drinks* (bevande gassate o zuccherate).

Devo dire che sono stata un po' più accondiscendente verso cibi che normalmente non entrano in casa nostra (Genitore 3, focus group – febbraio 2021).

Avevamo più voglie...cosa mi va di mangiare? Dunque era più una questione di gusto, per aggiungere un po' di emozione alla giornata (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

All'interno del 19,8% delle famiglie che lamentano peggioramenti nelle abitudini durante i *lockdown*, altri fattori che hanno influito negativamente sono: per i bambini

un aumento del tempo inattivo vissuto in casa (60,5%) e più di 3h al giorno trascorse davanti agli schermi (55,7%); per gli adulti, il cambiamento nelle modalità di lavoro (53,6%).

I fattori che, invece, per la gran parte della popolazione osservata (64%), hanno influito positivamente sono stati il titolo di studio medio-alto della madre (92,4% “invariate”, 88% “migliorate”) e del padre (82,2% “invariate”, 74% “migliorate”), la continuativa entrata economica, durante il periodo Covid (56,8% “invariate” e 57,7% “migliorate”), la possibilità di avere uno spazio esterno e quindi l’opportunità di stare in movimento (70,6% “invariate”, 64% “migliorate”).

Io per fortuna ho mio marito che è un preparatore atletico quindi gli faceva fare ginnastica durante la settimana poi noi abbiamo anche il giardino quindi avevano modo un po’ di scaricarsi e non stavano sempre in casa (Genitore 4, focus group – febbraio 2021).

Noi abbiamo la fortuna di abitare di fianco al Parco Pertini proprio a 100 metri di conseguenza quando è venuto comunque a mancare lo sport un giro all’aria aperta non abbiamo il giardino ma abbiamo avuto il parco (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

Osservando i dati relativi alla colazione, il pasto principale della giornata, le abitudini, sia di adulti che di bambini, si rivelano soddisfacenti (Tab. 1).

Allora io devo dire che ho avuto un riscontro positivo per la colazione nel senso che durante l’anno la fanno e non la fanno. Invece durante il lockdown la volevano fare tutti i giorni (Genitore 3, focus group – febbraio 2021)¹²².

Si deduce che, in questo momento della giornata, si è mantenuto o introdotto una regolarità la cui assenza influisce, particolarmente, sull’insorgenza di sovrappeso specie in età infantile (Crea, 2018).

¹²² Commento durante focus group in presenza post Commissione Mensa in una Scuola Primaria di Rimini, settembre 2020.

Tab. 1 – Colazione genitore rispondente e bambina/o durante i lockdown

Durante il periodo di lockdown, la mattina ha...		
	GENTORE	BAMBINA/O
	%	
fatto sempre colazione	88,0	93,2
fatto raramente colazione	6,5	3,2
iniziato colazione	2,9	1,0
saltato colazione	2,6	2,6
Totale	100,0	

Il tempo da spendere in casa, inoltre, emerge quale variabile fondamentale per la dedizione al pasto:

...forse l'aver più tempo ci ha portato a essere più consapevoli della distribuzione della carne piuttosto che delle verdure...oggi abbiamo mangiato ceci e non li faccio la settimana prossima, ad avere più tempo abbiamo creato un programma su cosa si mangia nei quattro pasti certamente (Genitore 2, focus group – febbraio 2021)¹²³

Il tempo che i genitori rispondenti dichiarano di aver dedicato alla cucina (Tab. 2), 39,9% “Molto” e 51,6% “Abbastanza”, conferma il quadro, sin qui, delineato per la famiglia media italiana.

Ah io durante il lockdown mi sono messa a fare sfoglie di tutto e di più ma fuori dal lockdown non so come partire nel senso quello che mi manca è il tempo. Torno a casa alle 19 come faccio a far la pasta fatta in casa? (Genitore 4, focus group - novembre 2020)¹²⁴.

Nella prima fase del lockdown per dare una gioia in più abbiamo introdotto delle nuove ricette soprattutto nei dolci e abbiamo seguito un sacco di cuochi che facevano le dirette, dunque, è stato molto bello conoscere. Poi...io sono Argentina facevamo anche qualche piatto argentino e abbiamo fatto anche incursioni in diversi mondi come ricette ebraiche e dunque

¹²³ Commento durante focus group online genitori, febbraio 2021.

¹²⁴ Commento durante focus group in presenza post Commissione Mensa in una Scuola Primaria di Rimini, settembre 2020.

è stato bello (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

...abbiamo riempito il congelatore di pasta fresca, ci siamo proprio buttati sulla tagliatella a mattarello ecco (Genitore 5, focus group – febbraio 2021)¹²⁵.

...soprattutto devo dire che ho smesso proprio di comprare biscotti perché praticamente tutta la pasticceria la facevamo a casa e abbiamo ritenuto delle ricette buone, dal muffin, al pane di banane. Ce ne sono diverse che prima del lockdown non erano parte della nostra dieta (Genitore 2, focus group – febbraio 2021).

Tuttavia, approfondendo la tipologia di attenzione nella somministrazione dei pasti casalinghi, emergono due pratiche contrapposte (Tab. 3). Una parte delle famiglie sembrerebbe essere riuscita ad essere più attenta ed equilibrata mentre più della metà ha offerto pasti, talvolta, casuali. Se nel primo caso, il dato appare confortante, in termini di attenzione alla salute e opportunità, per migliorare l'alimentazione di tutta la famiglia; nel secondo caso, aumenta di conseguenza l'esposizione al rischio di sovrappeso e obesità sia di adulti che di bambini.

Tab. 2 – Tempo che il genitore ha dedicato alla cucina durante i lockdown

Durante il periodo di lockdown, quanto tempo ha dedicato alla cucina?	
	%
Molto	39,9
Abbastanza	51,6
Poco	8,1
Per niente	0,3
Totale	100,0

La preparazione attenta al cibo in cucina risulta caratteristica di famiglie con genitori con titolo di studio medio-alto (92,7% madri, 82,1% padri) e che non hanno subito cambiamenti lavorativi importanti durante il periodo pandemico di riferimento (56,1%).

¹²⁵ Commento durante focus group online genitori, febbraio 2021.

Tab. 3 – Tipologia di attenzione verso i pasti in famiglia durante i lockdown

Durante il periodo di lockdown, i pasti in famiglia erano:	
	%
Più attenti ed equilibrati	48,7
Non sempre attenti ed equilibrati	47,1
Assolutamente casuali e non equilibrati	4,2
Totale	100,0

Analizzando, più nello specifico, i comportamenti dei bambini, si nota che, secondo la gran parte dei genitori rispondenti, 57,1%, non si evidenzia alcun cambiamento in rapporto al cibo mentre il 5,2% rileva che la/il figlia/o ha mangiato meno.

Tra il 36% che ha mangiato di più troviamo bambini: sovrappeso o obesi (43,2%) che hanno consumato “più del solito” *junk food* (73%) e che non sono stati in movimento (45,9%). In questa sede, si pone lo sguardo anche su quel 1,6% di genitori che “non sa” inquadrare il comportamento alimentare del/la figlio/a. Esse risultano, perlopiù, appartenere alla categoria di professioniste socio-sanitarie che, in quei mesi, ha dovuto far fronte “attivamente all'emergenza” con turni che hanno “condizionato le relazioni umane¹²⁶” e che, spesso, non permettevano di tenere sotto controllo la situazione familiare, un elemento di criticità non di poco conto.

Tab. 4 – Consumo *junk food* bambina/o durante i lockdown

Durante il periodo di lockdown quale tra le seguenti affermazioni giudica più simile alla condizione vissuta da sua/o figlia/o in relazione al junk food (cioccolata, dolci di varia natura, patatine, snack salati e/o bevande gassate o zuccherate):	
	%
ne ha consumato più del solito	41,2
ne ha consumato meno del solito	15,3
non ne ha consumato	43,5
Totale	100,0

Considerando i dati, sul consumo di *junk food* (Tab. 4), non si evince una netta

¹²⁶ Virgolettato alcuni dei commenti al box risposte aperto all'interno del questionario.

distinzione tra chi ne ha consumato di più 41,2% e chi non ne ha consumato 43,5%. Proviamo, per tali ragioni, ad approfondire le pratiche che hanno originato i due comportamenti. Il 61,8% di bambini e bambine che non hanno consumato *junk food* o ne hanno consumato meno del solito non sono in una condizione di eccesso di peso e appartengono, prevalentemente, a famiglie con un'istruzione elevata (61,2% madri e 65,8% padri). Si tratta, inoltre, di una popolazione che ha avuto la possibilità e la volontà di stare, perlomeno, in movimento durante i *lockdown* (66,5%).

Inoltre, se l'ambiente creato dal COVID-19 ha fornito, costantemente, spunti per attuare stili di vita e alimentari sregolati, dalla nostra indagine emerge che bambini abituati a fare sport strutturato, prima del *lockdown*, si sono avvicinati meno o per niente al consumo di *junk food* rispetto a coloro che, già precedentemente poco attivi, ne hanno esacerbato tale prassi.

1.2. Stili di vita e COVID-19. Mantenersi in "forma"

Le misure trasversali che sono state impiegate per contenere la pandemia - periodi di movimento limitato, distanziamento sociale e autoisolamento - hanno avuto un impatto sugli stili di vita ossia sulla qualità della vita "attiva" e del benessere percepito. Ciò che si presenterà, in questo paragrafo, metterà in luce le pratiche intervenute, all'interno delle mura domestiche, in termini di movimento-sedentarietà causato dal riadattamento della didattica per i bambini e della sfera lavorativa per i genitori ma anche dalla diversa capacità di resistenza dovuta a fattori contestuali e socio-economici della famiglia.

Il primo elemento che si prende in considerazione sono le "opportunità" offerte all'interno delle famiglie. L'81,1% dei bambini ha potuto disporre, durante il periodo pandemico, di case con spazi esterni dove potersi muovere. Tuttavia, se il 64,9% di essi ha colto tale opportunità, il 16,2%, nonostante potesse usufruire di uno spazio esterno, è stato ugualmente a casa tutto il giorno. Una non-volontà allarmante, quest'ultima, che, insieme all'isolamento imposto, pone un rinnovato allarme verso il fenomeno sociale dell'*hikikomori* (Bagnato, 2021), ossia la scelta di "ritirarsi" e stare in disparte, a causa di fattori contestuali e di stati emotivi negativi, in questo caso, originati o esacerbati dai lockdown.

Tab. 5 – Opportunità di movimento bambina/o durante i lockdown

Quale tra le seguenti affermazioni giudica più simile alla condizione vissuta da sua/o figlia/o durante il periodo di lockdown in relazione al movimento?	
	%
godeva di uno spazio esterno ed è stato sempre in movimento	64,9
godeva di uno spazio esterno ma è stato in casa	16,2
non godeva di uno spazio esterno ed è stato in casa	18,8
Totale	100,0

A tale dato, inoltre, uniamo quello di coloro che non hanno avuto l'opportunità di disporre di uno spazio, al di fuori delle mura domestiche, rilevando che il 35% dei bambini riminesi ha avuto stili di vita, pressoché, sedentari nel periodo preso in considerazione. All'interno di questa popolazione infantile sedentaria sembrerebbe influire la nazionalità dei genitori: straniera per il 51,2% delle madri e il 60,7% dei padri mentre italiana per il 32,6% delle madri e il 32,5% dei padri.

Tuttavia, come emerge da alcune testimonianze, ci sono stati anche nuovi modi di ripensare all'attività fisica all'interno delle mura domestiche:

Per fortuna la mia più grande ha continuato il suo percorso di danza online, all'inizio ero molto scettica perché pensavo che sarebbe stato noioso ma devo dire che ho dovuto rimangiarmi i miei pensieri perché veramente sono molto bravi. La scuola dove frequenta gli faceva fare quasi 5 ore a settimana di danza e la sua cameretta diventava un palcoscenico (Genitore 1, Focus Group – febbraio 2021).

Io devo dire che in lockdown ho sempre fatto yoga quando trovavo tempo, è stato fondamentale per il mio benessere psicofisico (Genitore 1, focus group – febbraio 2021).

La crescente disponibilità di televisione, videogiochi e dispositivi elettronici, insieme ai profondi cambiamenti nella composizione e nella cultura della famiglia, ha contribuito ad aumentare il numero di ore trascorse davanti agli schermi, sin da piccolissimi. Durante la

quarantena, si è poi introdotto l'*eSport*, attività mediata dai sistemi elettronici e da interfacce grafiche (Hamari, Sjöblom, 2017) che incorpora tecnologie interspaziali all'interno di realtà aumentate, miste o virtuali. Tra questi, gli *exergames* che, combinando l'esercizio fisico e cognitivo all'esperienza immersiva del gioco, hanno costituito un'opportunità di intrattenimento e, talvolta, anche di mantenimento fisico del bambino mediante *gamification*.

1.3. Lavorare da casa, studiare a distanza

Smartworking e Didattica a Distanza (DAD) hanno rappresentato il nuovo modo di lavorare e apprendere da casa. La quotidianità si è, necessariamente, dovuta risintonizzare in una assenza di luogo - *placelessness* (Riva *et al.*, 2021) - e di tempo - *timelessness* - in un dissolversi della relazione capo-dipendente e insegnante-alunno e dell'esperienza di gruppo tra colleghi o compagni di classe che supportano la socialità, lo scambio di idee e il confronto.

Date tali premesse, i genitori rispondenti, a questa indagine, hanno assegnato un proprio grado di "importanza", relativo al cambiamento in termini lavorativi, esprimendosi sull'impatto che questo ha avuto nella quotidianità confinata.

Tab. 6 – Cambiamenti lavorativi del genitore rispondente durante i lockdown

Durante il periodo di lockdown, il suo lavoro ha subito cambiamenti importanti?	
	%
Sì	43,2
No	56,8
Totale	100,0

Il 56,8% dei genitori riminesi dichiara di non aver subito cambiamenti *importanti* da un punto di vista lavorativo mentre il 43,2% fornisce la risposta opposta (Tab. 6). All'interno di questo 43,2% solo una minoranza, ha affrontato gli effetti più nefasti della pandemia: 23,7% ha perso il lavoro o non ha lavorato e il 5,9% si è trovato in una condizione di precarietà lavorativa ed economica. Al contrario, la gran parte dei genitori rispondenti, che afferma di aver subito cambiamenti importanti (70,4%), ha avuto un'entrata economica

riscontrando disagi nelle modalità di lavoro - *smartworking* o *distance learning* - o nell'aumento delle ore lavorate.

Tuttavia, il tempo trascorso davanti ai media si è associato anche all'assunzione di cibi fuori pasto nonché all'aumento dei livelli di sedentarietà che contribuiscono sia a sovrappeso che obesità.

Tab. 7 – Frequenza didattica a distanza bambina/o

Durante il periodo di lockdown, sua/o figlia/o ha seguito regolarmente la didattica a distanza?	
	%
Sempre	91,9
Abbastanza	4,5
Poco	1,9
Per nulla	1,6
Totale	100,0

Con l'obiettivo di garantire il diritto allo studio, a partire dalla primavera del 2020¹²⁷, poi, la scuola si è trovata ad attivare la didattica a distanza (DAD). Pressoché la quasi totalità, dei bambini riminesi (Tab. 7), è stata istruita da casa mediante attività - fruibili da *pc, tablet o smartphone* - trasmesse in diretta o pre-registrate, comunicazioni di gruppo online e invio di compiti e consultazione di materiali¹²⁸.

Tab. 8 – Frequenza motoria a distanza bambina/o

Durante il periodo di lockdown, sua/o figlia/o ha seguito lezioni di educazione motoria strutturata a distanza?	
	%
Sì	24,4
No	75,6
Totale	100,0

All'interno di questa nuova modalità educativa, il 75,6% non ha effettuato lezioni di

¹²⁷ Come da Nota ministeriale n° 388 del 17 marzo 2020 e successive disposizioni normative che hanno reso necessario un cambiamento di tutto l'assetto organizzativo della scuola italiana.

¹²⁸ Come da Circolari interne degli Istituti riminesi presi in considerazione.

motoria (Tab. 8) trascorrendo, al contrario, ore aggiuntive davanti agli schermi: tra 1-3 ore al giorno per il 45,5% e per più di 3h per il 43,2% (Tab. 9).

La DAD ha pressoché escluso l'attività motoria dai programmi didattici e penso sia stato un errore perché in effetti alcune attività motorie possono essere fatte anche in ambito domestico anche solo le pause attive (non c'è bisogno di essere un esperto, si possono collegare all'apprendimento delle tabelline piuttosto che delle forme verbali). Credo che questa scelta sia dovuta al fatto che l'educazione motoria alla scuola primaria è considerata, in generale, secondaria. Viene considerata in linea teorica una materia in cui tutti parlano di corpo e movimento ma alla fine nella pratica se devono guadagnare del tempo lo tolgono all'educazione motoria non alla matematica o all'italiano e si è visto (Insegnante 1, intervista - dicembre 2020).

A tal proposito, è stato richiesto di indicare la somma del numero di ore giornaliere che i bambini hanno trascorso davanti agli schermi, durante il *lockdown*, sottintendendo le raccomandazioni generiche sul limite di esposizione giornaliero complessivo per i bambini di età maggiore ai 2 anni. Non oltre le 2 ore quotidiane (COSI, 2020) aumentate a 3 con l'introduzione della didattica a distanza durante il COVID-19 (Ministero dell'Istruzione, 2020).

Tab. 9 – Frequenza tempo trascorso davanti agli schermi bambina/o

Durante il periodo di lockdown, quanto tempo sua/suo figlio/a ha trascorso davanti agli schermi?	
	%
piu di 3 ore al giorno	43,2
1-3 ore al giorno	45,5
meno di 1 ora al giorno	8,8
non si dedicava	2,6
Totale	100,0

Considerando che, per la sola didattica a distanza, la scuola primaria doveva assicurare almeno 15 ore settimanali, in modalità sincrona, che diventavano 10 ore per le classi prime, è facile notare come con le sole ore di “formazione” si arrivasse ad una quantità di tempo che studi precedenti hanno associato come rischiosa per lo sviluppo cognitivo causa di

prestazioni scolastiche inferiori (Walsh *et al.*, 2018).

Un-lockdown: una “nuova normalità”

La pandemia da COVID-19 ha determinato trasformazioni sociali, politiche, economiche e familiari, ad ampio raggio, forse anche rivoluzionarie, nelle varie sfere della quotidianità in un periodo di tempo molto breve. L’approvvigionamento e le attività casalinghe tra cibo e serie tv alternate a una “resistenza canora creativa” sui balconi hanno caratterizzato lo “stare a casa” degli italiani. Dopo i *lockdown*, con la riapertura delle scuole e il ritorno sui luoghi di lavoro, le abitudini alimentari delle famiglie riminesi sembrano essere migliorate per il 25,6%, restate invariate per il 72,4% e peggiorate per l’1,9%. Dati in crescita, positiva, se comparati a quelli esposti in precedenza relativi al periodo di confinamento. Alla luce dei dati emersi, pertanto, la gran parte delle famiglie riminesi sembra essere stata, prevalentemente, resiliente, quantomeno da un punto di vista socio-economico, ad uno dei rischi più vigorosi per lo sviluppo dell’obesità e di molte altre condizioni di salute fisica e mentale avverse. Tuttavia, bambini appartenenti a famiglie con un capitale culturale medio-basso sono stati, particolarmente, interessati da un maggior consumo di cibo, specie *junk food*, e sedentarietà che ha influito, negativamente, su una dieta, qualitativamente, equilibrata, bilanciata e distribuita, correttamente, nell’arco della giornata, sottolineando come le diseguaglianze possano rivelarsi “incarnate” (Cardano, 2008). Ragionando sulle abitudini alimentari e sugli stili di vita, sicuramente, la vita quotidiana *unlockdown* si sta caratterizzando di nuove consapevolezze e conseguenti nuove pratiche. Certamente, gli oggetti sanitari - mascherine, igienizzanti, green pass o tamponi negativi - accompagnano comportamenti e segnali introiettati, modalità tecno-ibride che impigriscono il modo di agire e portano a fare nuove considerazioni sugli spazi del vivere. Il ritorno alla normalità scolastica, post-lockdown, viene, quindi, affidato alle parole di un’insegnante di una scuola primaria di Rimini¹²⁹:

È molto dura. È tutto molto difficile. Ciò che prima era consuetudine adesso è una conquista, un desiderio. Quando arrivano la mattina tu li metti in fila per uno (gli ho spiegato braccio

¹²⁹ Intervista - settembre 2020.

teso senza toccare il compagno in modo da creare distanziamento) e prima di entrare in classe c'è il minuto dell'igienizzazione. Noi spruzziamo disinfettante. Le classi sono state organizzate metro alla mano e alcune sono state spezzettate. Altro problema le mascherine che si rompono o sono larghe. I genitori giustamente le comprano di tutti i tipi ma cadono, si rompono o talvolta non coprono il naso.

Vedo bambini di 6 anni che per il momento sono bravissimi, tengono le mascherine, se starnutiscono nelle manine poi vanno a lavarsele. Se cade la penna ad un bambino e l'altro istintivamente gliela prende e gliela porge, però tu gli devi dire "no". E da insegnante mi sono sentita profondamente a disagio.

Le difficoltà che emergono, tuttavia, non sono solo natura strutturale legate alle nuove norme da seguire e far rispettare che i bambini, nonostante tutto, sembrano aver recepito, ma anche relative all'impatto fisico, *in generale sono ingrassati, almeno 1kg ciascuno*, e psicologico:

Nei bambini ho visto un grande desiderio di rivedere le maestre ma poco entusiasmo per l'inizio. Come se ci fosse stato qualcosa di non concluso, come se ci fosse stata un'implosione. Chi doveva condurli nel processo di crescita non c'era stato per davvero.

Un prisma, questa "nuova normalità" (Moretti, Maturo, 2021; Maturo, Moretti, Gibin, 2021), da cui partire per mappare nuovi stili alimentari e di vita personali che i bambini possano utilizzare per reagire dopo questo prolungato stato di crisi.

CAPITOLO 9

“DI MADRE IN FIGLIO”: IL PESO SOCIALMENTE TRASMISSIBILE DEL MODELLO EDUCATIVO

Fin dal concepimento e durante tutta la gravidanza, madre e figlio sono uniti in un solo corpo e il legame simbiotico prosegue anche dopo, almeno fino a che il bambino non sia, totalmente, dipendente dalle cure materne. Ciò sancisce, quasi naturalmente, il ruolo primario della madre nell'educazione dei figli, un ruolo talvolta critico - nei confronti del padre e del “resto del mondo” - che la porta a correggere tutto quello che non viene direttamente da essa approvato. L'astrofisica Margherita Hack sosteneva: «la colpa di Eva è stata quella di voler conoscere, sperimentare, indagare con le proprie forze le leggi che regolano l'universo, la terra e il proprio corpo» (Eltanin, 2014, p. 9). In quanto “figlie e figli di Eva”, dunque, i modelli educativi che ci vengono trasmessi sono *mother-blame* (croce delle madri) o *mother-valor* (delizia delle madri)? (Benasso, Stagi, 2018).

Come si è ampiamente avuto modo di apprendere, in questo percorso, i genitori hanno un ruolo importante nella prevenzione e nel trattamento dell'obesità infantile, tuttavia, spesso, sembrerebbe che potrebbero non essere in grado di percepire, con precisione, lo stato di peso dei propri figli (Ramos *et al.*, 2021; Tompkins *et al.*, 2015; Rietmeijer-Mentink *et al.* 2013).

In particolare, se le donne mostrano una tendenza ad adottare scelte alimentari più salutari rispetto agli uomini (CREA, 2018), al contempo, gli studi sulla percezione del peso rivelano che, le stesse, non ne hanno una sempre corretta. In una ricerca italiana, ad esempio, su bambini di terza elementare, è emerso come una maggiore prevalenza regionale dell'obesità sia addirittura associata a una minore percezione materna del problema suggerendo che ciò che è comune, anche se rischioso per la salute, ha più

probabilità di essere percepito come normalità (Binkin *et al.*, 2013).

Il divario tra percezioni e realtà è frequente, per i più disparati argomenti, e non risparmia neanche il tema del sovrappeso e dell'obesità. Le errate percezioni sono vaste, profonde, durevoli in quanto frutto di una conoscenza sedimentata, in modo distorto, e di condizionamenti sia esterni che individuali. Pertanto, analizzare la percezione non significa che le persone siano ignoranti (ignoranza è “non sapere”, “non conoscere”) ma che vi è stato un fraintendimento della realtà alimentato da un arco di informazioni e credenze in un elevato grado di certezza (Flynn, Nyhan, Reifler, 2017).

Parimenti ai fattori eziologici dell'obesità, la sbagliata percezione del peso corporeo del bambino, da parte del genitore e nello specifico della madre, può influenzare e manipolare le sue abitudini e i suoi stili di vita (Khambalia *et al.* 2012; Thury *et al.* 2015). In Italia, secondo gli ultimi dati dell'Istituto Superiore di Sanità (2019), nella fascia d'età 6-11, il 40,3% dei bambini in sovrappeso e il 9% dei bambini obesi ha la madre che afferma che il proprio figlio sia normopeso. Questa errata percezione, inoltre, sembra essere comune alle mamme di vari paesi nella fascia dell'Europa meridionale.

A tal proposito, approfondiremo, in questo capitolo, le determinanti bio-socio-economiche di salute che possono fare da “predittori” di un modello di obesità, “socialmente trasmissibile”, ma anche le percezioni delle madri riminesi emerse dal questionario che si orienterà, poi, verso una riflessione socio-culturale su scala europea.

1. I predittori dell'obesità infantile

In modo, sempre più, marcato, la recente visione delle politiche di salute globale, verso cui si tende ad affrontare l'obesità infantile, è quella della prevenzione. La chiave sociologica per una prevenzione efficace è orientata ad identificare i fattori sociali che stimolano l'eccesso ponderale ed hanno un potenziale impatto sulla salute osservandone oltre alle caratteristiche fisiche di bambini e genitori anche gli specifici comportamenti alimentari e di vita familiari. La previsione del possibile danno sulla salute può essere vista attraverso prospettive incrociate: quella del rischio (l'eventuale danno viene attribuito alla conseguenza di una decisione) o quella del pericolo (l'eventuale danno è dovuto a fattori

esterni come l'ambiente) (Beck, 2000). Dal punto di vista della prevenzione, infatti, una condizione patologica non sempre assume i valori dicotomici di "malattia" o "assenza di malattia". Uno degli aspetti, entro cui vengono riconosciute e legittimate medicalmente e scientificamente le malattie, è la valutazione di quanto una popolazione sia esposta a dei fattori di rischio che, come sostiene Maturo (2007), dovrebbero essere considerati entità analogiche che possono svilupparsi gradualmente, a diversi stadi, nel corso del tempo. Pertanto, in ottica di prevenzione, è necessario osservare il problema nella relazione che intercorre tra esposizione a fattori di rischio e grado di sviluppare la malattia. E, riducendo anche di poco l'esposizione al rischio di un numero elevato di persone il beneficio complessivo risulterà importante.

Tra i sociologici che hanno parlato di rischio, Beck (2000) ha osservato come il processo di modernizzazione abbia originato una società caratterizzata dalla distribuzione sociale dei rischi che va di pari passo con la distribuzione sociale della ricchezza (Maturo, 2007; Beck, 2000). A partire dalla tarda modernità, poi, i rischi da personali divengono globalizzati. E nella *società del rischio*, Beck sostiene che essi siano autoprodotti all'interno dalla (presunta) possibilità di governare la natura e dalla conoscenza, non dall'ignoranza. Giddens (1994), partendo dall'etimologia mette a disposizione un'ulteriore analisi per l'approfondimento del concetto. Il termine di origini iberiche "rischio", infatti, all'inizio del XVI secolo, si diffonde nel contesto giuridico dei contratti di assicurazione marittima riferendosi a *luoghi* da esplorare sconosciuti e, potenzialmente, pericolosi. In seguito, anche grazie alla progressiva diffusione del commercio marittimo, il rischio inizia ad assumere connotazioni riferite al *tempo* come misura della probabilità che un evento possa o meno accadere nel futuro. La società moderna, orientata al futuro, secondo Giddens (1994), necessita che il *tempo* sia considerato un *luogo* da scoprire e conquistare. Pertanto, appare, pressoché inevitabile, dover aumentare la programmazione e la costruzione di scenari di previsione mediante valutazione del rischio. A tal proposito, Giddens (1994) distingue gli "external risk", che provengono dall'esterno, come gli eventi naturali o sociali prevedibili e i "manufactured risk", autoprodotti all'interno mediante l'applicazione della conoscenza umana, come le catastrofi ambientali o sociali impreviste. Sulla stessa linea, infine, la proposta di Luhmann (2002b) che definisce il rischio come un probabile accadimento futuro frutto di una decisione presente, potenzialmente, controllabile e il pericolo come

evento fuori prevedibilità. Luhmann (2002a), inoltre, associa a rischio e pericolo anche i concetti di fiducia e speranza. Per l'autore, la fiducia è un'aspettativa positiva fondata su dimensioni cognitive ed emotive che se formulata in condizioni di incertezza serve a ridurre la complessità del futuro e permette di intraprendere corsi di azione nel presente dall'esito incerto. La speranza è un'aspettativa più tenue e sfumata ed è connessa a quegli eventi che l'uomo non può modificare e a cui egli, una volta accaduti, può solo adeguarsi. Pertanto, la fiducia si esprime in atteggiamenti di "rassicurazione" verso degli eventi prodotti dalle azioni umane mentre la speranza è intrisa di connotazioni legate al destino, al fato, agli dei o "al volere di Dio" a cui ci si può affidare senza che gli eventi futuri siano scongiurati da decisioni prese nel presente. Pertanto, nell'equazione $Fiducia: Rischio = Speranza: Pericolo$ possiamo affermare che fiducia e speranza, siano la risposta a rischio e pericolo.

In tale ottica, la sfida dei fattori che predicono l'obesità è quella di riuscire a far slittare, semanticamente, l'idea dell'obesità infantile dalla speranza di evitare il pericolo alla fiducia di liberarsi dal rischio. Non bisogna sperare di non accumulare peso mangiando in modo non adeguato e praticando la sedentarietà ma avere fiducia di riuscire ad evitarlo, attraverso corrette decisioni, alimentari e di vita.

Tab. 1 – *Indice di Massa Corporea bambine e bambini riminesi*

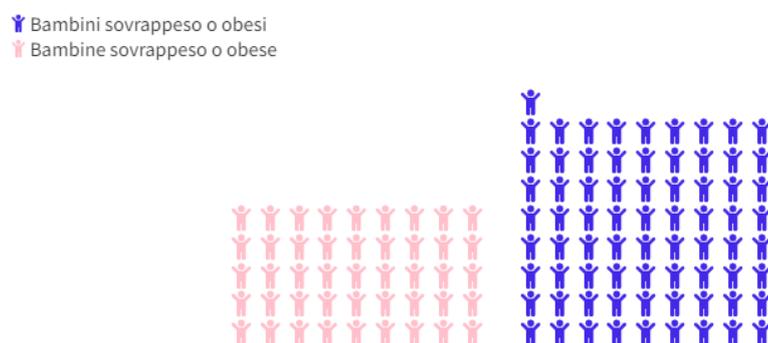
IMC bambine e bambini riminesi		
	N	%
sottopeso	24	6,6
normopeso	219	60,7
sovrappeso	78	21,6
obeso	40	11,1
Totale	361	100

Analizzando l'IMC delle bambine e dei bambini, considerati in questo studio ($N^{130} = 361$), si osserva che un bambino su tre ha problemi di peso (Tab. 1). Nello specifico, il 21,6% è in sovrappeso e l'11,1% è obeso. Per capire quali fattori di rischio impattano, più frequentemente, sul peso di questi bambini, si prenderà, ora, in considerazione le relazioni che riguardano i soli bambini sovrappeso e/o obesi.

¹³⁰ N sta per numerosità della popolazione.

Osservando le caratteristiche socio-demografiche, il sesso risulta statisticamente associato al rischio di obesità. Nello specifico, se processiamo i dati di IMC tra i soli bambini obesi risultano in eccesso di peso il 14,6% dei maschi contro il 7,1% delle femmine. Allo stesso modo, allargando la forbice e considerando i bambini sovrappeso o obesi il 38% dei maschi ha problemi di peso contro il 26,6% delle femmine (Fig. 1). L'età dove si distribuiscono, maggiormente, i bambini sovrappeso o obesi (pur non significativa da un punto di vista statistico) si colloca nel 42,4% dei casi nella fascia 8-9 anni. Tuttavia, anche le fasce 6-7 anni e 10 anni o più non si allontanano di molto da risultati allarmanti con un 28,8% di casi ciascuno. Stringendo il focus, ai soli bambini obesi, la fascia 6-7 anni prevale con un 45% seguita da quella 8-9 anni che si attesta ad un 42,5%.

Fig. 1 – Problemi di peso in età infantile per genere



Fonte: Propria elaborazione

Al fine di indagare le caratteristiche socio-demografiche predittive dell'obesità infantile in rapporto ai genitori coinvolti, si osservano le seguenti variabili, disponibili all'interno del questionario: età, tipologia di nucleo familiare, titolo di studio, occupazione, nazionalità, anni di residenza a Rimini. Il 50% dei bambini obesi ha genitori nella fascia d'età 41-50 seguiti da un 35% nella fascia 35-40 anni. Tali intervalli vengono confermati includendo nell'elaborazione anche i bambini sovrappeso con percentuali che si distribuiscono ancora tra 41-50 (52,5%) e 35-40 (32%). Il nucleo familiare, ossia la relazione mono o bigenitoriale, che vive il genitore del bambino sovrappeso o obeso, non presenta divari marcati: il 40,8% ha un solo genitore e il 31,4% vive con entrambi i genitori in coppia. Le differenze appaiono più incisive se consideriamo il solo soggetto obeso: il

18,4% vive in una famiglia monogenitore contro il 9,9% bigenitore. A tal proposito è utile tenere presente quanto affermato da un'insegnante intervistata:

il nucleo familiare c'entra non tanto con lo status del genitore ma con la presenza. Col tempo di qualità che i genitori trascorrono con i figli. Io ho bambini con figura monogenitoriale molto presente e non hanno problemi di obesità e bambini con entrambi i genitori ma cresciuti a pasta in bianco e patate. Non c'è una precisa coincidenza¹³¹.

Se consideriamo bambini obesi o sovrappeso, il titolo di studio del padre è associato statisticamente nel caso di titolo basso (fino a terza media) con il 43,2% dei bambini obeso o sovrappeso (titoli di studio medi: 35,4%; alti: 19,4%). Anche i titoli della madre, pur senza relazione statistica, risultano rilevanti mostrando figli sovrappeso o obesi per il 44,4% laddove vi siano mamme con bassi titoli di studio contro il 35,8% titoli medi e il 27,6% titoli alti. Tra i soli bambini obesi, invece, sebbene venga confermato l'assunto per cui ci sono più bambini obesi laddove i genitori hanno un basso titolo di studio, lo scarto risulta minimo e poco significativo.

Se osserviamo la variabile occupazione dei genitori, si rilevano più bambini obesi se la madre non lavora (15,9% non occupata contro 10,1% occupata) mentre non si può definire la relazione osservando i padri in quanto la numerosità risulta troppo bassa (solo 15 non lavorano). Mettendo insieme bambini obesi e sovrappeso, l'occupazione dei genitori non appare, infine, incisiva.

Interessante, ai fini del rischio di sviluppare obesità, risulta la nazionalità. Statisticamente significativa la nazionalità straniera della madre dove aumenta la probabilità che il figlio abbia problemi di peso: 19,2% obeso contro 9,7% non obeso. Allargando l'osservazione anche ai bambini sovrappeso, la nazionalità del padre non conta mentre quella della madre, pur non associata statisticamente, vede il 42,3% di bambini con problemi di peso se la madre è straniera contro il 31,1% se la madre è italiana.

Per quanto riguarda la residenza sul territorio riminese, lo scarto tra i bambini sovrappeso e obesi è minimo: il 38,5% dei genitori abita a Rimini da meno di 10 anni contro il 32% che, invece, afferma di risiederci da più di 10 anni. Il divario appare interessante se

¹³¹ Intervista, giugno 2020.

si guarda ai soli bambini obesi: il 23,1% ci abita da meno di 10 anni e il 9,6% da più di 10 anni.

In ultimo, ma non per importanza, si analizzano le caratteristiche fisiche dei genitori in relazione a quelle dei figli. Considerando insieme genitori obesi e in sovrappeso, rispetto al rischio di avere bambini obesi e in sovrappeso, troviamo un'associazione positiva e significativa sia per i padri che per le madri. Osservando, invece, la sola obesità nei genitori consegue che se la madre è obesa, aumenta significativamente il rischio che anche i figli siano obesi (il 39,3% delle madri obese ha figli obesi, contro l'8,7% delle madri non obese). Anche tra i padri obesi è più frequente la presenza di figli obesi, ma in questo caso la relazione non è significativa. Se prendiamo, poi, in considerazione bambini obesi o in sovrappeso, anche in questo caso, l'obesità della madre è un fattore di rischio statisticamente significativo (nel caso in cui la madre sia obesa, il 71,4% dei bambini è in sovrappeso o obeso), mentre non lo è l'obesità del padre (anche se abbiamo molti più bambini obesi o in sovrappeso se il padre è obeso).

Come si evince, l'obesità materna è il più forte predittore di sovrappeso e obesità del bambino.

1.1. I predittori materni dell'obesità infantile

Alla luce di quanto già emerso, il comportamento e i modelli educativi delle madri sono riconosciuti tra i fattori che influiscono sulla salute dei figli quali predittori precoci dell'obesità infantile. La medicina moderna sottolinea come lo stare in salute di un individuo sia determinato biologicamente, chimicamente o geneticamente ma a questo, la sociologia (della salute e della medicina), vi affianca le determinanti sociali e il loro impatto sulla costruzione di modelli di dieta e stili di vita da seguire per il raggiungimento del benessere (Éltanin, 2014; Rooney *et al.*, 2011; Case, Paxson, 2002). Tutti i fattori sociali si accumulano e interagiscono tra loro determinando la struttura della nostra salute. Tuttavia, lo stato socio-economico sembra essere il fattore che più determina la condizione di salute delle donne in tutto il mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità spiega che la donna *Omega* - nell'alfabeto greco si identifica con la Zeta quindi l'opposto della donna *Alfa* - nel ritrovarsi ai gradini più bassi della scala sociale, è più a rischio di sviluppare problemi di

salute e di percepire e trasmettere modelli educativi errati ai propri figli. Il prestigio sociale viene assegnato in base al potere economico, al titolo di studio, ai luoghi di vita e a seguire anche all'età, allo stato civile, al numero di figli e, anche l'estetica del corpo, seppur le definizioni varino tra nazioni, epoche e famiglie. Il "punteggio sociale" è mobile e si possono acquisire o perdere punti in base ai cambiamenti negli stili di vita o agli eventi, improvvisi non controllabili, come è stato per il COVID-19. Tuttavia, sembra la "S" di sociale a fare la differenza più della "E" di economico: una donna, socialmente, povera tende a studiare meno, vivere in zone peggiori, fare meno attività fisica, avere meno conoscenze sull'importanza della dieta in termini di salute, comprare più cibi, qualitativamente, scadenti (Éltanin, 2014) e, di conseguenza, trasmetterli agli altri.

Qual è, quindi, il profilo delle madri rispondenti a questo studio? E quali fattori possono condurre verso una costruzione errata nella percezione del peso ponderale proprio e dei propri figli e, quindi, essere predittivi per il futuro stato di salute?

Si osservano, qui, le sole madri rispondenti in questo studio, il 91,4%, in quanto interlocutrici attive del questionario (Tab. 2).

Tab. 2 – Numerosità madri rispondenti

	N	%
Madri	330	91,4

Queste 330 donne hanno, prevalentemente, un'età compresa tra 35 e 50 anni: poco più della metà si distribuisce nell'intervallo 41-50 e il 34,2% in quello 35-40 (Tab. 3).

La gran parte, ha, quindi, affrontato la cosiddetta gravidanza "geriatrica" (Satmary, Brusie, 2022; Lean *et al.*, 2017; Mathews, Hamilton, 2014), una classificazione ormai quasi obsoleta che si riferisce all'inizio del periodo di gestazione intorno ai 35 anni individuata come età, da un punto di vista medico, potenzialmente, rischiosa a causa di una biologica diminuzione della fertilità e per le potenziali complicazioni anche metaboliche trasmesse al nascituro. Tuttavia, in un'ottica sociale, ciò rispecchia il mutamento della famiglia contemporanea come confermato anche da una pediatra di libera scelta intervistata (dicembre 2020):

l'età della maternità si è alzata molto quindi dei genitori molto giovani io ne ho pochi. Sono

tutti ragazzi spesso ultra trentenni. È difficile che io abbia genitori con età inferiore ai trent'anni. Chi fa un percorso di istruzione di un certo tipo arriva tardi. Almeno le mie mamme sono tutte così.

La famiglia contemporanea, infatti, “attende” di potersi costruire perché si orienta su altre priorità: percorso educativo e stabilità economica.

Tab. 3 – Età madri rispondenti

Età madre rispondente	N	%
25-34	38	11,5
35-40	113	34,2
41-50	173	52,4
51-57	6	1,9
Totali	330	100

Tab. 4 – Caratteristiche socio-demografiche madri rispondenti

Caratteristiche	MADRE	
	N	%
Grado istruzione		
Basso	30	9,1
Medio	141	42,7
Alto	159	48,2
Nazionalità		
Italiana	285	86,4
Straniera	45	13,6
Lavoro		
Occupata	286	86,7
Non Occupata	44	13,3
Nucleo familiare		
Madri single	44	13,3
Madri in coppia	286	86,7
Residenza a Rimini		
Più di 10 anni	294	89,1
Meno di 10 anni	36	10,9

Il profilo socio-demografico, prevalente, di queste madri, come si evince da tabella 4, vede il possesso di un titolo di studio medio (42,7%) alto (48,2%), nazionalità italiana (86,4%) lavoratrici (86,7%), residenti a Rimini da più di 10 anni (89,1%) e in una relazione di coppia (86,7%).

Facendo delle analisi più complesse, si riportano, ora, quali tra le variabili socio-demografiche e fisiche appartenenti alle madri rispondenti, incidano in modo più consistente sul rischio di obesità infantile.

Essere una madre, single o in coppia, non sembra influire negativamente sul peso dei propri figli. Il 60,9% delle mamme in coppia e il 55,8% di quelle single ha figli normopeso. In questo studio, 284 madri sono in coppia, di queste 62 ha figli sovrappeso e 30 obesi; 43 sono, invece, le madri single tra cui troviamo 9 bambini in sovrappeso e 8 obesi.

Il livello di istruzione e quindi il percorso educativo e formativo della madre si conferma un fattore influente sul peso dei bambini. In particolare, un po' più della metà delle madri con titolo di studio basso (51,7%) ha figli con problemi di peso (sovrappeso o obesità). Di contro, oltre il 50% delle madri con titolo di studio medio (57,4%) e oltre il 60% di quelle con titolo di studio alto (65%) hanno figli normopeso.

Per ciò che concerne la nazionalità delle madri rispondenti, sembra che su sovrappeso e obesità influisca, negativamente, leggermente di più la provenienza straniera (seppur nella popolazione di riferimento sia una minoranza). Le madri rispondenti di nazionalità italiana hanno il 61,3% di figli normopeso e il 31,9% di figli sovrappeso o obesi mentre le straniere hanno il 53,3% dei figli normopeso e il 42,2% sovrappeso o obeso. Osservando, a tal proposito, le specifiche di nazionalità, le madri straniere provengono, prevalentemente, da Repubblica Ceca, Albania, Romania, Russia e Macedonia. Paesi caratterizzati da cucine ricche in farinacei, carni e fritti. Inoltre, molti studi sostengono (Moreira, Gonçalves, 2020; Labree *et al.*, 2015; Taveras *et al.*, 2010) che la migrazione verso le società occidentali aumenti anche il rischio di sovrappeso e obesità a causa delle alterazioni dello stile di vita (minore accesso alla pratica sportiva, maggiore povertà conseguenti a lavori a basso salario, occupazione instabile e accesso a cibi a basso prezzo, ricchi di zuccheri e di grassi).

In linea con la letteratura, l'occupazione delle madri sembra influire relativamente sui livelli di eccesso ponderale dei figli: il 33,2% delle madri occupate e il 37,2% di quelle non

occupate ha figli con problemi di peso (sovrappeso o obesità).

Per ciò che concerne l'età, guardando ai 109 bambini in sovrappeso o obesi nella popolazione di riferimento di questo studio, poco più della metà ha madri che hanno tra 41 e 50 anni e il 33,9% tra 35 e 40 anni. Tale quadro è confermato se osserviamo i soli bambini obesi (13% tra 25-34 anni; 37% tra 35-40 anni; 50% tra 41-50 anni).

Le madri che vivono sul territorio riminese da meno di 10 anni hanno, poi, più probabilità di avere bambini sovrappeso o obesi (42,9% contro 32,2% senza problemi di peso). Tale assunto viene confermato anche statisticamente se osserviamo i soli bambini obesi (25,7% meno di 10 anni contro 9,9 più di 10 anni).

2. Sovralimentazione e sottovalutazione dell'obesità infantile

In età evolutiva, il bambino è portatore di una “programmazione aperta” ossia è geneticamente predisposto a integrare molte informazioni di origine nutritiva e sociale imparando a rifiutare o a gradire quanto gli viene offerto (Fischler, 1992). Oltre al sistema di regole e di rappresentazioni che egli apprende, l'esperienza alimentare del bambino si costruisce anche in base alle proposte nel contesto in cui tale pratica prende forma (Fischler, 1992). Le “buone” o “cattive” scelte alimentari illustrano un meccanismo chiamato “effetto-stampino” trasmesso, culturalmente, per restrizione o ampliamento del campo dell'esperienza da parte della famiglia.

L'abbondanza, come possesso e come idea verso cui tendere, è il filo conduttore che tiene insieme sovralimentazione e sottovalutazione del peso. Se la quantità nelle dosi di cibo rappresenta ancora la “possibilità” di ottenere e mettere a disposizione alimenti, il suo riflesso sul piano fisico è, al contrario, un fattore da cui si rifugge. Questo atteggiamento, contraddittorio, può radicarsi in una memoria che rimbalza tra generazioni arrivando a sottovalutare le conseguenze anche sul piano salutare (De Matteis, 2020). Talvolta, questo comportamento, è il frutto di una rielaborazione genitoriale, sul mondo dei figli, almeno fino all'adolescenza ossia una bolla alternativa, libera e spensierata in cui si ha diritto a godere di felicità inattesa: dal cibo “preferito” al possibile ozio quotidiano.

Obesità e sovrappeso, in un contesto del genere, rappresentano forme di *malnutrizione dell'abbondanza* ossia una incapacità di gestire l'abbondanza della contemporaneità di

ogni genere (dai prodotti al benessere) e per le ragioni più diverse - retaggi storico-culturali, modelli familiari, sociali o di ignoranza verso le regole base della salute (De Matteis, 2020).

Osservando alcune variabili legate alle abitudini alimentari e di vita casalinghe si andrà, ora, ad approfondire quanto la sovralimentazione e la sottovalutazione del peso avvicinino a sovrappeso e obesità in età pediatrica. A tale scopo, si considerano, anzitutto, i consumi quotidiani di verdura e di frutta che, secondo le linee guida sulla sana alimentazione, sono alimenti che consentono di limitare la quantità di calorie introdotte. Solo il 18% dei bambini obesi consuma, quotidianamente, verdura contro il 48,4% dei non obesi con un'associazione statisticamente significativa che si conferma anche unendovi la variabile di sovrappeso. In termini di assunzione quotidiana di frutta, emerge che il 92,5% dei bambini non obesi ne consuma tutti i giorni contro il 7,5% di quelli obesi.

Tra le abitudini alimentari familiari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti all'aumento di peso incidono molto, in questo studio, l'atteggiamento permissivo verso il consumo di bevande zuccherate ma anche una generica sottovalutazione della coerenza nelle abitudini alimentari casalinghe. Più nel dettaglio, con una associazione statistica, il 74,5% dei bambini con problemi di sovrappeso o obesità, consuma bevande zuccherate da un minimo di 1-2 volte ad un massimo di 6 o più volte alla settimana. Un dato che aumenta al 75,1% se consideriamo i soli bambini obesi. Mentre il concedersi a cena, prodotti non particolarmente dietetici influisce sul 14,7% di bambini sovrappeso o obesi contro il 10% di coloro che non hanno problemi ponderali e sul 25% dei bambini obesi contro lo stesso 10% dei non obesi. Al contrario, mantenere una coerenza nelle abitudini alimentari risulta virtuoso al 90% che è il numero che emerge di bambini che non risultano avere, in tal senso, problemi di eccesso di peso.

Le criticità relative al peso, poi, possono insinuarsi tra le pieghe degli stili di vita. Tra le variabili, più incisive, si osservano quelle relative al tempo extra-scolastico tra abitudini sedentarie e esposizione ai media. In particolare, il rischio di obesità, statisticamente significativo, è più alto tra chi non pratica uno sport strutturato (18,2% è obeso) e meno in chi, al contrario, lo pratica (8,4% è obeso). Considerando anche i bambini sovrappeso, pur non essendoci associazione statistica, viene confermata una maggior presenza di problemi di peso tra i bambini non attivi (38,4% contro il 30,5% di attivi).

Considerando sia l'esposizione dei soli bambini obesi alla televisione e agli altri devices

digitali, c'è una percentuale, poco più alta, di bambini in eccesso ponderale tra coloro che guardano più TV o stanno più ore su schermi digitali e anche processando le variabili, con l'indice di rischio MEDIA costruito, si evidenzia una percentuale più alta ma non significativa, di bambini obesi tra coloro che trascorrono più tempo davanti agli schermi. Mettendo insieme bambini obesi e sovrappeso, la significatività statistica si origina dall'eccessiva esposizione a schermi digitali: il 42% dei bambini che trascorrono troppe ore su dispositivi digitali contro il 27,7% di chi è a bassa esposizione ha problemi di peso. Inoltre, laddove l'indice di rischio esposizione MEDIA è più alto, ci sono anche più bambini obesi o in sovrappeso.

2.1. Il ruolo delle madri nella sovralimentazione e sottovalutazione dell'obesità infantile

Nonostante l'emancipazione dalla sfera meramente domestica, le donne continuano ad essere le principali responsabili del nutrimento della famiglia quasi fosse un'attitudine naturale (Hook; 2010; Beagan *et al.* 2008; Aarseth, Olsenm, 2008; Bugge 2006). La sociologa Karen Danna Lynch (2005) sostiene che le campagne pubblicitarie abbiano contribuito a delineare, a partire dagli anni Ottanta, due specifici scenari di maternità: quello della *nurturing mom* - la madre che nutre i figli per la loro salute e il loro benessere alimentare - e della *expertise-guided mom* - la custode di un sapere esperto specie per l'uso di prodotti alimentari (Lynch, 2005). Questa costruzione ha un unico comun denominatore: una "buona madre" mette al primo posto desideri e bisogni del suo bambino ed è l'unica responsabile del suo sano sviluppo fisico e psicologico (Benasso, Stagi, 2018). La questione della sovralimentazione e della sottovalutazione dell'obesità infantile, da parte delle madri, apre ad una narrazione in cui da un lato la conciliazione dei compiti di cura alimentare nei tempi di una madre moderna che lavora è spesso onerosa e dall'altro la tendenza a ricalcare la figura *mainstream* della madre-cocodrillo o madre-tutta-madre (De Matteis, 2020) che alleva, cura, nutre la sua creatura prediligendo «il carnevale piuttosto che le quaresime fatte di corpi magri e asciutti, nutriti dal bianco dei cibi magri, dal verde delle foglie e contrappuntati di astinenze» (De Matteis, 2020, p. 77).

A tal proposito, stringendo il focus sulle variabili attribuibili agli stili di vita, le madri, in questa ricerca, sembrano avere un ruolo attivo nei percorsi obesogeni dei propri figli in

merito alla preparazione della merenda di metà mattina, all'attenzione verso la somministrazione di pasti a casa, al consumo di verdura a casa e al rischio MEDIA (sedentarietà). Più nello specifico, si rilevano importanti divari sui bambini obesi: hanno più problemi di peso coloro che hanno madri che preparano una merenda salata (14,4%) rispetto a quella dolce (9,2%); non consumano sempre anche a cena pasti equilibrati (22,9% obesi contro il 77,1% dei non obesi); non consumano, ed è statisticamente significativo, affatto verdura (0% degli obesi) e trascorrono più tempo davanti agli schermi e quindi hanno un maggiore tempo libero non attivo (25% obesi contro 16,9% dei non obesi).

3. La percezione genitoriale sul peso dei figli

Le percezioni sbagliate caratterizzano le persone ed è un'impresa ardua correggere le traiettorie comportamentali e di mentalità. Tuttavia, a partire dalle percezioni riusciamo a carpire quali sono le maggiori preoccupazioni delle persone e quali meccanismi di negazione si inneschino e le spingano a sottostimare il peso. L'originarsi di un'idea, infatti, si costruisce e radica in una norma sociale che può, pesantemente, incidere sul modo in cui vengono perseguiti determinati comportamenti. Uno studio (Duffy, 2018) rivela, ad esempio, che ammettere di consumare, eccessivamente, zuccheri fa provare maggiore vergogna rispetto a riferire di non praticare esercizio fisico. E questo perché d'istinto pensiamo che la norma sociale sia che assumere troppi zuccheri faccia più male rispetto a condurre una vita senza fare esercizio fisico.

Le percezioni sono, quindi, soggette a pregiudizi personali (il nostro modo di pensare) e a influenze esterne (informazioni che riceviamo) che possono distorcere la nostra visione della realtà (Duffy, 2018).

Diete e programmi di allenamento, per mantenersi in salute, si moltiplicano in ogni dove e mutano, continuamente, anche in base alle nuove scoperte in campo medico e nutrizionale. Tuttavia, la realtà è complessa, incerta, mutevole pertanto le percezioni sono distorte e contraddittorie. Individuare le impressioni errate specie se relative alla salute è di estrema importanza. Per quanto riguarda il peso e la dieta le percezioni sono indicatore di come le persone si prendono cura di sé stesse ma anche di quanto sottostimino o neghino

la realtà (Duffy, 2018). E le spiegazioni possono essere le più diverse: la definizione non intuitiva di sovrappeso e obesità (a Hong Kong i pazienti con IMC tra 23-25 sono considerati normopeso mentre negli Stati Uniti sono già in sovrappeso); considerazioni allarmistiche diverse tra sovrappeso (meno allarmante) rispetto ad obesità (più allarmante)¹³²; utilizzo della cosiddetta “euristica della disponibilità” una scorciatoia mentale che intraprendiamo grazie al *pensiero veloce* (Kahneman, 2011) per sopravvivere all’enorme flusso di informazioni che costantemente riceviamo e che gli scienziati comportamentali usano per definire il modo di percepire una informazione anche se non adatta alla situazione o non descrittiva del quadro completo della realtà che poi, non subendo alcuna smentita, si sedimenta e viene appresa come veritiera; valutazioni generalizzanti del peso spesso partendo da un’immagine distorta di sé stessi accompagnate e alterate da una *emotional innumeracy*, una reazione emotiva che ci porta a credere e vedere ciò che vogliamo alimentando l’idea sbagliata verso un fenomeno sociale (Duffy, 2018); inclinazione a circondarsi di individui simili e copiarne i comportamenti falsandone la convinzione e consolidando una norma sociale (diverrà più probabile che una persona sovrappeso o obesa abbia amici e familiari a loro volta sovrappeso o obesi impedendo di vedere la gravità della situazione e quindi preoccuparsi) (Christakis, Fowler, 2007).

Le percezioni sbagliate, in tema di salute alimentare, determinano visioni differenti anche riguardo aspetti chiave di una vita sana. Sui comportamenti alimentari e di vita considerati “devianti” è più facile osservare gli altri piuttosto che auto valutare situazioni a noi vicine anche se il concetto di “immorale” varia da un paese all’altro.

I bambini di adesso guardano molto più la televisione rispetto a noi, giocano molto più con i telefonini, stanno più fermi. Anche durante la chiusura, adesso mia figlia no perché non ci gioca, però i bambini giocavano a sto Fortnite e a tutti sti giochi online (Genitore 1, focus group – giugno 2020).

Le mie figlie sono fisicamente abbastanza normali però effettivamente ci sono alcuni bambini

¹³² A tal proposito uno studio ha rivelato che nel 2015, su scala globale, si è assistito a circa 4 milioni di decessi in più legati a sovrappeso e obesità, il 7% dei decessi di quell’anno per un totale di 120 milioni di anni persi in termini di aspettativa di vita. Di quegli anni, tuttavia, la metà era causata da sovrappeso e non da obesità (Duffy, op. cit.).

abbastanza piazzati. La cosa che mi ha spaventato di più è quando ho tenuto diversi bambini di cui anche magari in sovrappeso a me impressiona magari che fanno una rampa di scale e hanno il fiatone e nonostante non sia la loro mamma mi preoccupavo per loro. Perché magari sono abituata con le mie che sono più magroline (Genitore 2, focus group – giugno 2020).

A casa nostra non ci sono problemi anche in famiglia di obesità i miei sono normopeso adesso fanno grandi cambiamenti da un mese all'altro si sviluppano soprattutto in lunghezza però a livello di amicizia quello che posso vedere è che ho degli esempi di amiche con bambini fortemente in sovrappeso già dall'età scolare (Genitore 3, focus group, febbraio 2021).

Non c'è stato nessun sovrappeso in famiglia (Genitore 4, focus group - febbraio 2021).

In tutte le interviste e i focus group, dove sono stati interpellati i genitori, infatti, nessuno parla, direttamente, del proprio figlio o della propria situazione. Come se guardare agli altri sia, percettibilmente, più oggettivo e semplice. Oppure, come dimostrato da alcune ricerche, le persone non sono così brave a prendere nota di ciò che fanno¹³³. All'interno della ricerca dottorale che si sta, qui, presentando, molti genitori che hanno risposto al questionario e il cui bambino ha problemi di peso, non se ne rendono conto. Il 79,7% dei genitori di bambini in sovrappeso e il 56,3% dei genitori di bambini obesi definiscono normale il peso dei propri figli. Si tratta di una relazione statisticamente significativa.

Inoltre, quando diciamo che c'è un'epidemia di obesità e di sedentarietà sembra che il messaggio che cogliamo non sia la preoccupazione ma il fenomeno comune. E più un problema è comune più lo si accetta come norma. Tuttavia, i rischi della normalizzazione si riflettono sulle idee che abbiamo su vari temi ed argomenti (Duffy, 2018).

3.1. La percezione del peso nelle mamme riminesi

Dall'analisi statistica, di questo studio, la misura della percezione viene fornita, per la

¹³³ Confrontando le dichiarazioni scritte dei partecipanti sui loro livelli di attività fisica con i dati forniti da Fitbit per uso medico è emerso che le persone avevano sovrastimato la loro attività fisica (ogni settimana facevano circa la metà dell'esercizio riportato sul diario) come in Health and Social Care Information Centre, Lifestyle Statistics (2009). *Health Survey for England - 2008: Physical activity and fitness*, 17 dec. Disponibile al sito: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/health-survey-for-england-2008-physical-activity-and-fitness>.

stragrande parte, dalle madri (9 rispondenti su 10) che hanno, evidentemente, un ascendente predittore verso il peso dei figli. Calcolando i valori di IMC delle madri rispondenti - elaborato grazie al calcolo tra peso e altezza inserito autonomamente dalle stesse - si osservano i valori di tabella 5. Lo stato ponderale delle madri rispondenti riminesi appare per il 76,1% “normopeso”, tuttavia, un 19,4% risulta in eccesso (12,4% sovrappeso e 7% obeso). Solo il 4,5% è “sottopeso”. I loro figli si collocano “sottopeso” per un 6,6%; “normopeso” per un 60,3%, “sovrappeso” per un 21,5% e “obeso” per un 11,5% (Tab. 6).

L’81,4% delle madri rispondenti afferma che il proprio figlio sia normopeso. Nessuna delle madri con figli obesi percepisce questa problematica nel proprio figlio e solo l’8,7% lo percepisce in sovrappeso.

Tab. 5 – Caratteristiche di peso corporeo su valori IMC delle madri rispondenti

Stato ponderale madri rispondenti	Stato ponderale calcolato
Sottopeso	4,5%
Normopeso	76,1%
Sovrappeso	12,4%
Molto sovrappeso (obeso)	7%

Tab. 6 – Caratteristiche di peso corporeo su valori IMC dei bambini con variazione percentuale

Stato ponderale bambini	Stato ponderale REALE	Stato ponderale PERCEPITO dalle madri rispondenti	Variazione percentuale (sottostima/sovrastima)
Sottopeso	6,6%	6,8%	0,2 sovrastima
Normopeso	60,3%	81,4%	21,1% sovrastima
Sovrappeso	21,5%	8,7%	12,8% sottostima
Molto sovrappeso (obeso)	11,5%	0%	11,5% sottostima

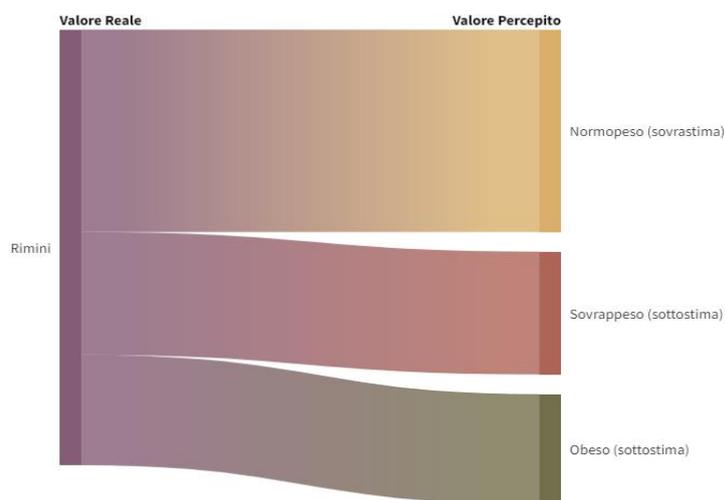
L’incapacità genitoriale nel riconoscere l’eccesso di peso dei bambini è stata proposta come un fattore che contribuisce all’aumento dei livelli di obesità infantile (Parkinson *et al.*, 2017). Tuttavia, come si può, immediatamente, visualizzare nella distanza evidenziata dal diagramma a flusso (Fig. 2), c’è una totale mancanza di percezione tra tutti i figli obesi il cui valore di sottostima è pari allo stato ponderale reale.

La premessa di questa argomentazione è che se i genitori fossero in grado di riconoscere

l'obesità del loro bambino, sarebbero motivati a cambiare i comportamenti della loro famiglia e cercare un trattamento per l'obesità.

Secondo alcuni studi sulla percezione, la normalizzazione delle pratiche, l'idea che l'età dello sviluppo migliorerà il corpo dei bambini nonché il giudizio sociale e una sorta di colpa interiorizzata che attribuiscono la responsabilità nelle scelte alimentari e di esercizio ai genitori, possono essere fattori che guidano le errate percezioni dei genitori sul peso dei loro figli (Zenlea *et al.*, 2017).

Fig. 2 – Il “peso” della percezione a Rimini



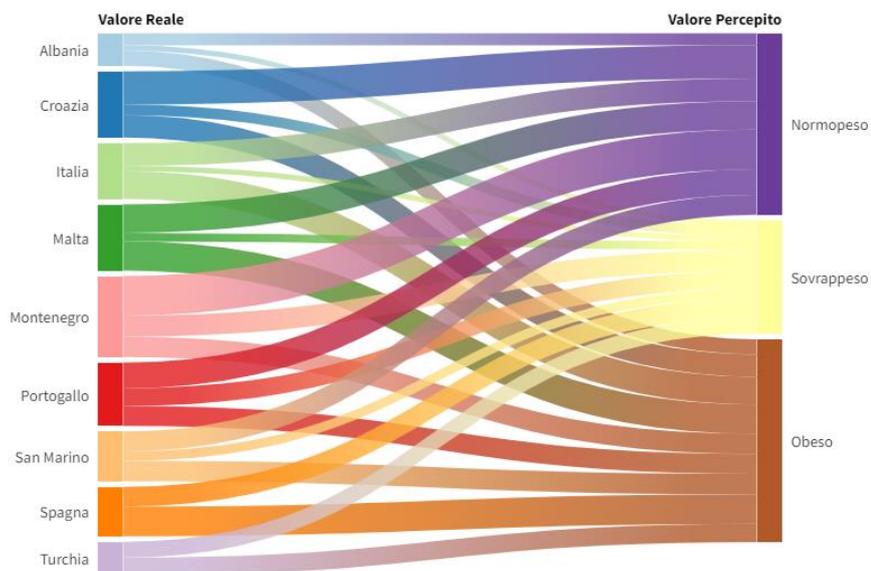
4. Il modello educativo è “socialmente” trasmissibile? Uno sguardo all’Europa meridionale

Nella società del rischio, definita da Beck (2000), i rischi sono autoprodotti nel/dal tessuto sociale derivanti anche dall’abilità, storicamente sviluppatasi, dell’autotrasformazione societaria. Dalla (presunta) possibilità di governare la natura e dalla conoscenza, non dall’ignoranza, sono generati, dunque, i rischi. Ampliando la riflessione, oltre il confine nazionale, entriamo, ora, attivamente in contatto con la realtà della sorveglianza europea all’obesità infantile per il progetto Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). La riflessione si apre, quindi, verso le errate percezioni di peso come conseguenza di un modello socio-educativo comune a molti paesi dell’Europa

meridionale. Questi paesi, infatti, sembrano avere tratti storici, socio-culturali, geografici, di genere simili che si sono sedimentati e sono stati trasmessi nel corso del tempo in maniera più marcata rispetto all'Europa Nord e Orientale.

Osservando i dati dei 22 paesi COSI Europe 2015/2017 (Ramos *et al.*, 2021) che hanno aderito alla sorveglianza sul peso, in età infantile, si è proceduto ad effettuare un'analisi su dati secondari, in particolare, sulla variazione percentuale tra valore di normopeso, sovrappeso e obesità reale (calcolata sui valori di IMC inseriti dai genitori rispondenti ai questionari dei vari paesi) e quella percepita al fine di osservarne il Delta di scostamento¹³⁴ (Fig. 3).

Fig. 3 – Il “peso” della percezione in Europa meridionale



In primo luogo, sono stati estrapolati i paesi facenti parte dell'Europa meridionale secondo la distinzione geo-politica definita dall'ONU¹³⁵. In secondo luogo, si è proceduto a definire, per ogni paese, il Delta di scostamento tra valore reale e valore percepito dai genitori rispondenti sulle variabili di normopeso, sovrappeso e obesità osservando, valori

¹³⁴ Il Delta di scostamento è calcolato, in questo studio, dalla variazione percentuale tra il valore di peso reale dei bambini e quello percepito dai genitori per ogni variabile normopeso, sovrappeso, obeso relativa ai paesi europei considerati.

¹³⁵ Cfr. *Standard country or area codes for statistical use (M49) - Geographic Regions*, disponibile al sito: unstats.un.org.

di sovrastima ed errate percezioni nelle variabili di sovrappeso, obesità e di sottostima in quella di normopeso. Come si può notare dal grafico (Fig. 3), in tutte le variabili prese in considerazione le distanze dei singoli flussi rappresentano le maggiori o minori percezioni errate. Le previsioni più vicine al dato reale si hanno nella considerazione del sovrappeso (le linee di flusso sono nettamente più vicine tra loro) mentre ai due poli si trovano i flussi che sovrastimano il normopeso (dal grafico si nota una maggiore distanza per tutti i paesi considerati tranne per la Turchia in cui il flusso di percezione non è graficamente rappresentato poiché il dato viene sottostimato)¹³⁶ e soprattutto sovrastimano l'obesità (sul podio delle errate percezioni troviamo Spagna $\Delta^{137}=16,7$; Malta $\Delta=16,5$ e Italia $\Delta=15,6$). Albania e Turchia sono i paesi dell'Europa meridionale in cui si osservano, in senso positivo, le principali differenze. Il grafico (Fig. 3), infatti, mostra scarti di errore non troppo significativi, probabilmente, anche perché entrambi i paesi sono, geograficamente e socio-culturalmente, "ibridi" nelle influenze sia occidentali che orientali. A questa prima panoramica, sulle percezioni di peso, segue una revisione della letteratura. Estrapolando alcuni concetti chiave si prova a ricostruire uno schema socio-culturale europeo in cui si rilevano alcuni tratti di comunanza e distanza tra le varie aree dell'Europa (Tab. 7). A partire da questo schema europeo in cui si analizzano la dieta alimentare, prevalentemente, seguita, la figura di riferimento in cucina, il livello di attenzione verso stili di vita attivi, la tipologia di welfare sanitario presente e il grado di radicamento sociale di canoni estetici di magrezza, il campo si restringe all'Europa meridionale andando a rilevare quali, tra questi tratti, siano più determinanti nella ricostruzione di un modello ideale socio-educativo che potrebbe influenzare le errate percezioni genitoriali sul peso dei figli.

In primo luogo, i paesi considerati appartengono alla cosiddetta "olive belt" (Brunello, D'Hombres, 2007) un'area geografica in cui il regime alimentare si basa sul riferimento teorico alla dieta mediterranea. Tuttavia, nella pratica gli individui la interpretano erroneamente assumendo troppe calorie giornaliere, a frequenza sbagliata, porzioni eccessive, prediligendo alimenti conservati al posto di quelli freschi. Inoltre, comune a questi paesi è la rappresentazione - nel percorso infantile - del cibo come "carburante" di crescita che potrà essere smaltito nell'età dello sviluppo (De Matteis, 2020).

¹³⁶ Il valore reale si attesta a 72,1% mentre quello percepito al 67,5%.

¹³⁷ Dove Δ =Delta di scostamento o variazione percentuale.

La quasi totalità di questi paesi vede le madri quali rispondenti (più dell'80%, tranne in Albania 76,9% e Turchia 71,3%) riflettendo tale atteggiamento anche sul ruolo, prevalente, della donna nella cura dei figli, nei lavori domestici ma soprattutto nelle scelte in cucina. Gli stili di vita si fondano su una scarsa cultura collettiva "attiva" dovuta sia a fattori strutturali (es. scarsa gratuità dei servizi sportivi, assenza di pause attive per allungare i muscoli e alleviare lo stress da ufficio e a scuola) che urbani (assenza di ciclabili, pochi spazi *outdoor* dedicati al movimento) e le percezioni corporee che subiscono, fortemente, l'influenza dei canoni estetici di bellezza occidentale orientati all'esaltazione del corpo magro e alla denigrazione di quello grasso. In particolare, all'interno di questi paesi pur essendo forte lo spettro dell'estetica del corpo magro, tipica dei paesi occidentali, e pur aderendovi teoricamente, all'atto pratico, molte etnie riportano una maggiore resistenza all'interiorizzazione di tale ideale. In Italia, ad esempio, pur tendendo ad uno standard di struttura corporea alta e magra, l'aspetto "morbido" risulta tra le conformazioni più caratterizzanti di donne e uomini. Tale assunto determina una tendenza a negare l'eccesso di peso in quanto etichettabile (Schooler, 2008). Ciò si mescola ad eventi storici e sociali simili come le guerre mondiali e/o la presenza di regimi autoritari (cui sono seguite carestie e periodi di scarsità) che hanno permesso il sedimentarsi di un sistema di welfare state¹³⁸ basato sull'idea di famiglia quale ammortizzatore sociale (Ferrera, 2021; Esping-Andersen, 1990). Oltre a questo, andando ad analizzare il concetto che di obesità nei Paesi dell'Europa meridionale considerati viene definito, se ne rileva una frammentarietà e una non univocità in cui si parla di condizione di accumulo eccessivo di peso (Italia, San Marino, Spagna), grande fattore di rischio per ulteriori malattie (Albania, Malta), fattore di rischio ma anche una malattia (Croazia), problema di salute pubblica (Montenegro), problema di salute pubblica ma anche una malattia cronica (Portogallo), malattia cronica (Turchia).

Nei tratti di verosimiglianza e di "confusione", ne emerge un *fil-rouge* comune in cui la vicinanza geografica ma anche la similitudine nei canoni dietetici, stilistici, socio-politici ed estetici sembra "trasmessa" socialmente. Questo "modello" seppur ideale e ricostruito sui dati secondari dello studio Childhood Obesity Surveillance Initiative (Ramos *et al.*, 2021)

¹³⁸ Con il termine welfare state si intende un insieme di politiche pubbliche tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini protezione contro rischi e bisogni prestabiliti sotto forma di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale introducendo specifici diritti sociali e doveri di contribuzione finanziaria (Ferrera, 2021).

e sulla base della letteratura disponibile prova a riflettere su come l'influenza di esperienze e culture con tratti comuni possa normalizzare determinate pratiche, percepirlle in una determinata prospettiva, perpetrarle e, poi, trasmetterle "socialmente" di generazione in generazione, a distanza di spazio e tempo.

E l'Italia e Rimini essendo parte di questa traiettoria hanno assorbito - in misura maggiore o minore - sia i fattori positivi che quelli negativi di questo "rimbalzo sociale e adiposo", riproducendoli "di madre in figlio".

Tab. 7 – Idealtipo di modello socio-culturale Europeo

	Europa meridionale ¹³⁹	Europa settentrionale	Europa orientale
PAESI ¹⁴⁰	Albania, Croazia, Italia, Malta, Montenegro, Portogallo, San Marino, Spagna, Turchia	Danimarca	Bulgaria, Georgia, Kazakistan, Kirghizistan, Lituania, Lettonia, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Federazione Russa (Mosca), Tagikistan, Turkmenistan
Fattori sociali, culturali, politico-sanitari comuni			
Dieta alimentare	Mediterranea ¹⁴¹	Nordica ¹⁴²	Rurale ¹⁴³
Figura prevalente in cucina ¹⁴⁴	Donna	Donna-Uomo	Donna
Radicamento delle attività fisiche nel vissuto collettivo	Basso	Alto	Medio-basso
Sistema sanitario ¹⁴⁵	Welfare meridionale	Welfare social-democratico	Welfare "ibridi"
Soddisfazione estetica del corpo	Estetica del corpo magro con resistenze ¹⁴⁶ .	Soddisfazione del corpo ¹⁴⁷	Disturbi dell'immagine corporea o coercizione verso l'alimentazione forzata (<i>gavage</i>) ¹⁴⁸ .

¹³⁹ Suddivisione politica ONU. Cfr. *Standard country or area codes for statistical use (M49)* - Geographic Regions, disponibile al sito: unstats.un.org.

¹⁴⁰ Per ulteriori dettagli Ramos *et al.*, op. cit.

¹⁴¹ Alimenti base: verdure fresche (stagionali), cereali integrali, leguminose, frutta fresca (stagionale), prodotti della pesca (freschi composti quasi esclusivamente da pesce azzurro stagionale). Vedi CREA, op.cit.

¹⁴² Alimenti base: grandi quantità di pesce, frutta secca e legumi, cereali integrali e bacche. Cfr. Krznarić *et al.* (2021).

¹⁴³ Alimenti base: pane e prodotti a base di cereali, patate, legumi, verdure conservabili, frutta e verdura conservate, latticini e uova, pollame, prodotti lavorati a base di carne e strutto per cucinare. Vedi Stefler *et al.* (2020).

¹⁴⁴ Per ulteriori informazioni vedasi https://www.istat.it/it/files/2017/10/WomenMenEuropeDigitalPublication-2020_it.pdf.

¹⁴⁵ Cfr. Ferrera, op. cit.

¹⁴⁶ Vedasi Schooler (2008).

¹⁴⁷ Per ulteriori dettagli Ansari *et al.* (2010).

¹⁴⁸ Cfr. Madan *et al.*, (2018); Ouldzeidoune *et al.* (2013); Jung, Lee (2006); Page *et al.* (2007); Han (2003).

CONCLUSIONI

Tirando le fila

In queste pagine conclusive si intende tirare le fila della tesi, sostenuta sin qui, cercando di fornirne una trattazione organica fondata sull'integrazione tra la cornice teorica di riferimento e quella empirica emersa ma anche una lettura aggiornata e per, certi aspetti, sociologicamente inedita.

All'interno del dibattito interpretativo, spesso contraddittorio, si è voluto posizionare l'obesità - con attenzione a quella in età pediatrica - in un'ottica *liquida* e di *life course*, come condizione endemica sintonizzata su vari livelli di gravità clinici e sociali che possono retroagire o cronicizzarsi, includere o escludere andando verso una nuova metrica bio-psico-sociale. L'obesità, pertanto, è stata considerata una malattia ma anche un fattore di rischio molto elevato.

L'obesità infantile può essere vista lungo una dimensione allarmistica quale "una delle più grandi sfide del XXI secolo" sia da un punto di vista medico che sociale responsabilizzando, anche moralmente, gli individui, sia adulti che bambini. Si tratta di una visione neoliberista dell'obesità. In particolare, si evidenzia il ruolo che l'alimentazione e lo stile di vita giocano nei meccanismi che possono portare all'eccesso di peso.

Preso atto dell'universo sociale di riferimento, si è voluto indagare e comprendere quali fattori sociali potessero facilitare, limitare e influenzare le decisioni sulle scelte alimentari e gli stili di vita delle famiglie in un contesto, peculiare, come quello della Regione Emilia-Romagna e del caso studio di Rimini. Inoltre, si è voluto approfondire il grado di consapevolezza che all'interno di esse, gli adulti avessero nella funzione di trasmissione educativa riguardo ai comportamenti alimentari e attivi lungo il corso di vita dei propri figli.

1. Risultati ottenuti

Riflettendo sui vari ambiti, ritenuti fondamentali per perseguire gli obiettivi, si riporta, di seguito, una sintesi analitica, di quanto emerso.

All'interno delle famiglie riminesi osservate:

- la stragrande maggioranza dei bambini è abituata a fare una colazione considerata “equilibrata” a casa, tuttavia, si rileva una scarsa adeguatezza nelle merende che i bambini portano a scuola;
- vi è una buona consapevolezza nei benefici del consumo di cibo bio, verdura, frutta e degli effetti dannosi di un consumo eccessivo di zucchero. Un atteggiamento che per alcuni è stato stimolato grazie al servizio mensa scolastico;
- la gran parte dei bambini guarda programmi in TV o su altri dispositivi durante i pasti, sia nei giorni feriali che nei festivi, ma mentre è a tavola, non ha l'abitudine di giocare con tablet o smartphone;
- nel tempo libero dei bambini, specie nei giorni festivi, si rileva un aumento nell'utilizzo di PC/Tablet/Smartphone/Videogames e tale atteggiamento risulta correlato anche in termini di aumento del peso ponderale; le attività fisiche strutturate risultano “moderate” e si concentrano negli spazi *indoor*.

Osservando il contesto scolastico si rileva che:

- quasi la maggioranza dei bambini che frequentano le primarie riminesi usufruisce della mensa scolastica, per tutta la settimana. Tuttavia, i 2/5 dei genitori lamenta un costo troppo elevato;
- la mensa influisce sulle famiglie in termini di consapevolezza al biorispetto, soddisfazione e gradimento;
- poco più dei 3/5 dei bambini fa attività motoria a scuola tra 1 e 2 ore da curriculum scolastico. A questo vengono integrati, ogni anno, progetti sul movimento “attivo”;
- i progetti sportivi e alimentari, aggiunti al curriculum scolastico, si dimostrano strategie efficaci nel rapporto scuola-famiglia.

La refezione scolastica possiede, a Rimini, una propria identità. Da questo punto di

vista, troviamo un'impronta molto forte sia per la continua ricerca di possibili connessioni tra qualità, bio-rispetto e salute e sia per la volontà di instaurare un dialogo, non privo di nodi da sciogliere, tra scuola e famiglie. Per quanto riguarda l'educazione alimentare, la presenza di una comunità interlocutrice e portavoce attiva dà l'opportunità alle istituzioni locali di riflettere sui dati e sulle modalità di sviluppo sociale e di salute ma anche di abbattimento dei costi al fine di offrire un concreto supporto alle famiglie e alla popolazione infantile facendo così, sempre più, *delle mense, virtù* del territorio.

Rimini, come illustrato, già da molti anni, cerca di dimostrare che sicurezza, sostenibilità e socialità sono aspetti imprescindibili per una offerta competente, attenta e sensibile. Un esempio che trova nei valori delle proprie radici, nei prodotti locali e a filiera corta, i suoi punti di riferimento, alternando il buon cibo a qualità ed educazione ma anche a pratiche di inclusione, ecologia e convivialità. La popolazione riminese adulta, poi, che in questo studio, risulta prevalentemente occupata e con un'istruzione medio-alta, rappresenta un tessuto sociale fertile all'interno e insieme al quale implementare modelli "virtuosi" che determinano un impatto positivo in termini di salute globale nonché di prevenzione e riduzione del rischio di sovrappeso e obesità in età evolutiva. Se l'obiettivo è instaurare un dialogo sull'alimentazione scuola-famiglia in una sorta di co-educazione, intra e inter generazionale, la sfida resta - a scuola come a casa - trasporre la sana alimentazione in un piatto desiderabile e sostenibile economicamente.

In relazione all'educazione motoria, come è emerso, alcune scuole riminesi stanno sperimentando, già da alcuni anni, l'idea di movimento orientato non solo al mero "fare didattica con il corpo" ma ad "incorporare nella didattica abilità, saperi e competenze" (Faggioli, Schenetti, 2020). Secondo recenti studi, la progettazione di nuove esperienze di movimento, a scuola, può inserirsi anche nell'attività curricolare di altri contesti disciplinari "lezione fisicamente attiva", o nei momenti di passaggio tra una lezione e l'altra, "pause attive". Ormai, molte evidenze scientifiche dimostrano che è più facile comprendere la sillabazione ritmando con le mani l'elisione dentro e tra le parole, comprendere eventi storici e narrazioni utilizzando forme di drammatizzazione e giochi di ruolo, l'aritmetica e la matematica manipolando oggetti e quantità e che interrompere, per periodi di 10-15 minuti, la lezione per effettuare esercizi di allungamento muscolare, autocontrollo respiratorio, mobilità articolare, andature sul posto, danza, ginnastica aerobica in aula

migliorino l'attenzione e il rendimento scolastico (Carlson *et al.*, 2015). Dunque, come detto, è importante continuare a progettare esperienze che incoraggino, stimolino e attivino il movimento coinvolgendo tutti gli attori che ruotano intorno alla vita del bambino in modo multidirezionale. La prima, tra queste, è la novità, nel personale organico delle primarie, dell'anno scolastico 2022/2023, della presenza di uno specifico insegnante di educazione motoria laureato per almeno una delle due ore dedicate alla materia. Un inserimento che, attualmente, se nella gran parte delle regioni d'Italia sarà graduale e riservato solo alle classi quinte, in Emilia-Romagna, prevede già un "tutor per l'educazione fisica" fin dalla prima elementare¹⁴⁹.

In relazione alla sensibilità del contesto istituzionale amministrativo e socio-sanitario della regione Emilia-Romagna e della città di Rimini si rileva un percorso di promozione verso l'importanza dell'educazione alimentare e degli stili di vita attivi avviato, già a partire dagli anni Novanta, e che, continua ad essere "in corso" di implementazione mediante un'alleanza famiglia-scuola-altre istituzioni. Tale alleanza, simbolicamente e praticamente, sostiene la crescita dei bambini. In termini socio-sanitari, in particolare, si è analizzato il processo di costruzione e la diffusione di un modello a "rete" di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso originato da un team di medici proprio a Rimini, esportato nella regione Emilia-Romagna e divenuto, recentemente, *country example* per l'Organizzazione Mondiale della Sanità. A questo si integra, uno strumento di *health equity audit* efficace che funge da capillare sostegno anche per la prevenzione pre e perinatale, soprattutto, negli strati sociali meno abbienti.

In tale contesto, le madri emergono come il più forte fattore condizionante di sovrappeso e obesità del bambino. Non solo la letteratura, ma anche l'analisi statistica (9 intervistate su 10 sono madri) e quella qualitativa mostrano il ruolo primario materno nella cura delle diete e delle abitudini dei bambini. Il rapporto tra madri e figli, pertanto, in questa ricerca risulta fortemente correlato. È, infatti, statisticamente associato che se la madre è obesa, il 71,4% dei bambini è in sovrappeso o obeso. Le madri, però, sottovalutano l'obesità dei figli. Il 79,7% delle mamme riminesi che hanno figli in sovrappeso e il 56,3% che hanno figli obesi percepiscono normale il peso dei propri figli.

¹⁴⁹ Il progetto "Scuola attiva Kids" prevede che le singole scuole richiedano i tutor attraverso una piattaforma dedicata come in: <https://www.sportosalute.eu/progettoscuolattiva/kids-emilia-romagna.html>.

Dall'analisi sia del materiale qualitativo che quantitativo emerge, quindi, un legame tra i contesti: famiglia, scuola, territorio. La costruzione di un dialogo sulle abitudini alimentari e gli stili di vita tra famiglie-bambini, scuola e contesto territoriale è, certamente, uno strumento importante per continuare a ideare ed implementare opportunità.

Se dall'osservazione del contesto relativo agli stili di vita e alle abitudini alimentari si osserva una resilienza in questa popolazione che appare ben istruita, occupata e attenta a consumare determinati cibi e a perseguire determinati stili di vita, il fattore COVID-19 è riuscito a far vacillare anche le vite di quelle famiglie socio-economicamente meno vulnerabili. Dall'osservazione del contesto familiare, durante i *lockdown* considerati, infatti, possiamo notare che più della metà dei genitori rispondenti hanno subito enormi mutamenti in ambito lavorativo. Le ragioni, tuttavia, sono, prevalentemente, dovute alle modalità di lavoro (*smartworking*, didattica a distanza e presenza di diversi operatori socio-sanitari) e non ad una perdita o mancanza di lavoro. Nonostante economicamente riuscissero a sostenere le proprie famiglie, i loro figli, infatti, hanno avuto peggioramenti in abitudini alimentari e stili di vita associati statisticamente a:

- non-attenzione alimentare e pasti poco equilibrati;
- aumento nel consumo di cibo;
- aumento nel consumo di *junk food*;
- tempo fisicamente non attivo speso a casa;
- più di 3 ore di tempo trascorso davanti agli schermi.

In termini di acquisizione di peso, però, la *Covibesity* resta più incisiva nelle famiglie socio-economicamente svantaggiate.

Considerando i risultati, è attualmente possibile affermare che, potenzialmente, il contesto sociale riminese offre delle preziose strategie per prevenire e trattare l'obesità a partire dal contesto familiare e, in secondo luogo, dal supporto “a rete” scolastico, extra-scolastico e medico e istituzionale. Purtroppo, la riorganizzazione della vita quotidiana, l'interruzione e/o l'intermittenza del programma scolastico, in presenza, la somministrazione irregolare di cibo adeguato e in particolare biologico a scuola ha creato un peggioramento nelle abitudini alimentari e negli stili di vita trasversale a tutti i bambini anche se le maggiori criticità si sono riscontrate in bambini appartenenti a madri con basso

capitale culturale e/o coinvolte nella crisi da un punto di vista delle modalità lavorative.

Questo studio, quindi, pone in evidenza come i fattori strutturali “incarnati” o assorbiti dalle famiglie possano influenzare, limitare, ostacolare le scelte alimentari dei figli. In particolare, si è mostrato come le madri abbiano un peso importante nella trasmissione e nell’apprendimento di un’educazione alimentare che ha degli effetti lungo il corso di vita.

Tuttavia, il COVID-19 ha agito come fattore “eccezionale” esacerbando condizioni di vulnerabilità pregresse o originando un rischio all’interno di famiglie che, in precedenza, avevano, al contrario, una rete più solida.

In chiave sociologica, l’obesità è stata letta secondo varie prospettive analitiche e ideali non mutuamente esclusive ma tra loro interdipendenti con particolare attenzione verso gli aspetti biologico-evolutivi, del mutamento degli stili di vita, della *political economy* senza dimenticare l’esposizione al rischio che le disuguaglianze sociali di salute fanno emergere mediante le determinanti individuali e contestuali.

2. Limiti

Per quanto riguarda i limiti di questo studio, certamente questa ricerca ha assorbito le complicità derivanti dall’impatto che la pandemia da COVID-19 ha avuto negli ambiti studiati (famiglia, scuola, istituzioni socio-sanitarie e amministrative). Tutti questi contesti, così come le persone che li frequentano, hanno risentito in maniera consistente del periodo emergenziale e ritagliarsi spazio all’interno di tali dinamiche e con tali interlocutori non è sempre stato semplice e lineare.

Si proverà a riflettere, ora, più nello specifico, sugli elementi critici emersi rispetto alle tecniche di ricerca utilizzate.

La rilevazione, prevalentemente, per via telematica, dai questionari alle interviste, ai *focus group* ad alcune esperienze etnografiche dispone di alcune zone d’ombra da considerare. Il principale aspetto che le accomuna sono le disuguaglianze sociali come fattori che possono influenzare il tasso di adesione alla rilevazione. In particolare, è necessario tenere conto del *bias* socio-demografico risultante da un possesso diseguale del mezzo tecnologico ma anche le abilità e propensioni differenti nell’utilizzarlo. Oggi, come

sostiene Lupton (2014), “la vita è digitale” e l’impatto dei dispositivi elettronici nella quotidianità è qualcosa di capillare che si riflette nei differenti contesti. Non solo, ma i *digital devices* (Turkle, 2012) sono oggetti tecno-sociali che riconfigurano le biografie individuali, standardizzano comportamenti, semplificano azioni, forgiando nuovi metodi di interazione. Diamo, quindi, per scontato non solo che tutti gli individui hanno almeno uno *smartphone* di ultima generazione ma che siano abbastanza alfabetizzati per accedere ad alcune piattaforme e interagire con esse. La scelta di utilizzare la tecnologia informatica è stata sicuramente una necessità ma ha, certamente, facilitato popolazioni e individui che avevano accesso e utilizzavano, fluentemente, il mezzo. Pertanto, avendo verificato alcune difficoltà è stato necessario cercare delle alternative per coloro i quali, tale modalità, è risultata imperscrutabile (Corbetta 2015; 2014; Marradi, 2007).

Andando più verso la specificità di ciascuna tecnica di ricerca utilizzata, per i questionari, effettuare un campionamento non probabilistico le cui unità non sono state selezionate casualmente ha riflettuto le idee e gli orientamenti di chi lo ha costruito. Tale campionamento è stato fondamentale per riprodurre le caratteristiche della specifica popolazione oggetto di indagine ma i risultati non possono essere estesi a tutti i residenti sul territorio condizionandone, dunque, le stime di precisione. Di conseguenza, anche la numerosità della popolazione di genitori raggiunta, mediante il questionario, non è proporzionata alla dimensione dell’intera popolazione ma a quella, specificatamente, rilevata ossia genitori con figli tra 6 e 11 che frequentano le primarie di Rimini aderenti al progetto e che offrono la mensa.

L’acquisizione di dati (virtuali) qualitativi (interviste, focus group, esperienze etnografiche), poi, si è dovuta adattare ai nuovi contesti online non senza alcune annotazioni da sottolineare. In primo luogo, nonostante la preferenza per la modalità videoconferenza, vi è stata una perdita parziale di comunicazione non verbale e di focalizzazione sui dettagli. Nello spaccato visuale offerto da tale modalità, non è totalmente possibile modificare e/o ampliare il proprio raggio visivo per afferrare ogni dettaglio, sfumatura, colori o particolarità possano sembrare utili ai fini della ricerca (Cardano, 2020). Proviamo ad osservare, dunque, quello che il partecipante ci vuole fare osservare.

Analizzando, inoltre, l’ambito di costruzione del dato, a distanza, è necessario considerare altre due dimensioni: il contesto artificiale e il grado di perturbazione

osservativa. Il contesto dove si sono svolte la gran parte delle relazioni è, spesso, “ricostruito” all’interno di una piattaforma. Ciò sottrae, inevitabilmente, all’interazione alcuni aspetti del contatto personale ma anche della familiarità con l’ambiente stesso ove si svolge il dialogo o l’osservazione. Si sono dovute gestire interferenze dovute sia alla presenza di “esterni” alla conversazione che, talvolta, comparivano nell’ambiente da cui il/la partecipante si collegava che dovute a problemi di connessione. Elementi che interrompono la concentrazione e il corretto fluire della relazione o dell’osservazione. Rispetto alla modalità tradizionale, poi, i soggetti coinvolti sono marcatamente più consapevoli di star partecipando ad uno studio e, quindi, che le attenzioni siano rivolte a loro potendo modificare il proprio comportamento o modulare la misura in cui cooperare alla ricerca (Cardano, 2020). La perturbazione osservativa percepita, quindi, talvolta ha reso, ad esempio specie nei focus group, meccanica, la relazione tra stimoli sugli argomenti e l’interazione che poteva crearsi tra i partecipanti (Palumbo, Garbarino, 2006).

Infine, accolgo le riflessioni di Favretto e Zaltron (2021) sulle modalità di partecipazione dei bambini ai processi di ricerca che li riguardano, riconoscendo loro individualità, autonomia e capacità di formarsi un’opinione personale sul proprio stato di salute, sulle proprie abitudini e sui propri stili di vita che costituiscono la base della loro vita sociale. Il contesto pandemico ha ristretto la possibilità di creare un dialogo diretto con i bambini al fine di raccogliere le loro narrazioni e, quindi, integrarne le prospettive nel contesto familiare e scolastico osservato. Al contrario, la prospettiva dei bambini avrebbe potuto portare ulteriori punti di vista. Pertanto, la “voce dei minori” è sempre filtrata dallo sguardo e dalle riletture effettuate dai genitori. Aprendo la riflessione sul fatto che un’educazione precoce alla salute, all’auto-responsabilità e all’autonomia di bambine e bambini li condurrà ad interiorizzare norme, valori e pratiche della vita quotidiana per essere adulti migliori e più consapevoli, quest’ultimo, sarà certamente un elemento che si proverà a sviluppare nel prossimo futuro.

Riflessioni finali

A partire dalle domande iniziali di questo studio, l’ipotesi era quella di voler verificare se un contesto come quello romagnolo, caratterizzato già da un livello medio di sovrappeso

o obesità ma anche da una grande capacità di reazione sociale e istituzionale, potesse rappresentare un modello di influenza positiva, non solo su scala medica ma anche sociale. Questa ricerca, ricostruisce lo spaccato sociale riminese come una sorta di “modello” in cui il dialogo “in rete” tra famiglie, scuola e istituzioni socio-sanitarie e amministrative ha creato un territorio fertile e resiliente anche davanti alle difficoltà. Il “modello riminese” appare, ad oggi, in questo studio, lo strumento da cui partire per supportare, stimolare e implementare l’individuazione di possibili, nuove strategie biopedagogiche integrative nella presa in carico ma anche nella prevenzione all’obesità infantile. E fortificando l’interdipendenza tra attori e contesti si potrebbe riuscire a sostenere, anche meglio, l’*empowerment* delle famiglie inteso come una corretta consapevolezza, percezione e comprensione dello “stare in salute” del bambino nonostante le difficoltà.

In futuro, sarebbe interessante indagare come evolverà questa situazione anche ripensando l’obesità infantile nella società post COVID-19.

David e Le Dévédec (2019) sostengono che, in questo nuovo orizzonte, si debba prendere in considerazione la “preparazione” (*preparedness*) al fine di sostituire l’universo del rischio con una plausibile ma imprevedibile minaccia che richieda un adattamento oltre ogni probabilità. Per tale ragione, sarebbe utile che tutti gli individui siano in grado di deuterioapprendere ossia “apprendere ad apprendere” al fine di educarli alla salute alimentare e a comportamenti salubri, non solo mettendo a punto programmi specifici che forniscano corrette e documentate informazioni sanitarie, ma coinvolgendoli, attivamente, con la partecipazione sociale, con l’eliminazione di certe rappresentazioni di obesità connesse ad atteggiamenti moralistici e fatalistici che possano accrescere la fiducia nelle istituzioni e diminuire gli atteggiamenti di mera speranza. Le persone, infatti, spesso fanno fatica a percepire il cibo ma anche lo scarso movimento come rischi derivanti dal loro comportamento e si preoccupano in maniera più cospicua degli eventi che non possono controllare ma che è meno probabile accadano. In tale ottica, si riconfigurerebbe l’inquadramento dell’obesità infantile su modelli di intervento che la prevengano nel presente e ne evidenzino l’importanza lungo il corso di vita (Monaghan, Rich, Bombak, 2022).

Sarebbe, dunque, interessante vedere, se in questa “nuova normalità” pianificando, gradualmente, stili di vita e abitudini alimentari regolari a casa insieme a programmi attivi

scolastici e mense con cibo sano e di qualità, questi torneranno a incidere positivamente sulla salute dei bambini. Anche se, è utile ricordare che talvolta i fattori strutturali sono talmente “incarnati” nelle traiettorie familiari da rendere faticoso l’apprendimento di abitudini salubri sin dall’infanzia. Agire sulle percezioni, poi, vuol dire lavorare su una conoscenza radicata in modo errato magari negata nella sua evidenza o già normalizzata anche conseguentemente a quello che il tessuto sociale costruisce e rappresenta. Ma per questa riflessione è necessario un ulteriore studio, magari intavolando un dialogo più approfondito anche con la prospettiva costruzionista.

BIBLIOGRAFIA

- Aarseth H., Olsen B. (2008). Food and masculinity in dual-career couples. *Journal of Gender Studies*, 17(4): 277-287.
- Abbott A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abc7NY (2020). Got the travel itch? New Lay's chip flavors take lucky winners around the world. *Food & Drink*, 23 agosto. Disponibile al sito: <https://abc7ny.com/lays-chips-limited-edition-international-flavors-social-media-contest-travel-itch/6383679/>.
- Adams J. (2020). Addressing socioeconomic inequalities in obesity: Democratizing access to resources for achieving and maintaining a healthy weight. *PLoS Med.*, 17(7): e1003243. Doi: 10.1371/journal.pmed.1003243
- Adamson C. (1997). Existential and clinical uncertainty in the medical encounter: An idiographic account of an illness trajectory defined by inflammatory bowel disease and avascular necrosis. *Sociology of Health and Illness*, 19(2): 133–159. Doi: 10.1111/14679566.ep10934391
- Adelon N.P. (1812), *Dictionnaire des sciences médicales*, C.L.F. Panckoucke, Paris.
- Adolphus, K., Lawton, C. L., Dye, L. (2013). The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents. *Frontiers in human neuroscience*, 7: 85-112. Doi: 10.3389/fnhum.2013.00425
- Aggio D., Smith L., Fisher A., Hamer M. (2016). Context-Specific Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior With Cognition in Children. *American Journal of Epidemiology*, 15 June, 183(12): 1075–1082. Doi: 10.1093/aje/kww031
- Agliata D., Tantleff-Dunn S. (2004). The impact of media exposure on males' body image. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1): 7–22. Doi: 10.1521/jscp.23.1.7.26988
- Aidepi-Doxa (2015). *Quando nasce la colazione italiana? Un salto negli anni '50. Dal pane raffermo alla zuppa di latte, ai primi biscotti*. Disponibile al sito: www.iocominciobene.it/quando-nasce-la-colazione-italiana-un-salto-negli-anni-50/?doing_wp_cron=1668597394.4096500873565673828125
- Albala K. (2002). Hunting for Breakfast in Medieval and Early Modern Europe. In: Walker H., eds., *The Meal*. Totnes, Devon, England: Oxford Symposium/Prospect, pp. 20-30.
- Allirot X., da Quinta N., Chokupermal K., Urdaneta E. (2016). Involving children in cooking activities: A potential strategy for directing food choices toward novel foods containing vegetables. *Appetite*, Aug 1, 103: 275-285. Doi: 10.1016/j.appet.2016.04.031
- Altieri L., Mori L. (2003). La complessità del chiedere. Il questionario come strumento emblematico e problematico della ricerca sociologica. In Cipolla C., a cura di, *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli, pp. 119–163.

- American College of Cardiology (2019). Five or More Hours of Smartphone Usage per Day May Increase Obesity: Recent Study Found Risk of Obesity Increased by 43%. *ScienceDaily*. Disponibile al sito: https://www.sciencedaily.com/releases/2019/07/19_0725150918.htm
- American Sociological Association – ASA (2014). *What is Sociology?*. Disponibile in pdf: https://www.brynmawr.edu/sites/default/files/ASA_Careers_Brochure.pdf.
- Amy E., Guptill A.E., Copelton D.A., Lucal B. (2016). *Food and Society: Principles and Paradoxes, 2nd Edition*. GB: Wiley.
- Annandale E., (2014). *The Sociology of Health and Medicine: a critical introduction. II ed.* Cambridge: Polity.
- Arango C.M., Parra D.C., Gómez L.F., Lema L., Lobelo F., Ekelund U. (2014). Screen Time, Cardiorespiratory Fitness and Adiposity among School-Age Children from Monteria, Colombia. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17: 491-495.
- Ardigò A. (1981). *Per una sociologia della salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Ardigò A. (1997). *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: FrancoAngeli.
- Armstrong D. (2005). Chronic illness: epidemiological or social explosion? *Chronic Illness*, 1(1): 26–27. Doi: 10.1177/17423953050010011501
- Arthur R. (2020). *Coca-Cola dedicates Share a Coke to “everyday heroes”*. 2 dicembre. Disponibile al sito: https://www.beveragedaily.com/Article/2020/12/02/Coca-Cola-marks-pandemic-year-by-dedicating-Share-a-Coketo-everyday-heroes?utm_source=copyright&utm_medium=OnSite&utm_campaign=copyright.
- Atlas (2022). *World Obesity Atlas 2022*. London: World Obesity Federation. Disponibile in pdf: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2022.pdf.
- Au C.P., Raynes-Greenow C.H., et al. (2013). Fetal and maternal factors associated with neonatal adiposity as measured by air displacement plethysmography: a large cross-sectional study. *Early Hum Dev.*, 89: 839–43.
- Avery A., Anderson C., McCullough F. (2016). Associations between children’s diet quality and watching television during meal or snack consumption: A systematic review. *Wiley Maternal & Child Nutrition*, 13(4): e12428.
- Aymard M. (1997). *Storia d'Europa. L'Età moderna. Secoli XVI-XVIII (Vol. 4)*. Torino: Einaudi.
- Azienda USL della Romagna Ambito di Rimini – AUSLR Rimini (2016). *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2016, provincia Rimini*. Disponibile in pdf: www.auslromagna.it/421-schedasintesi-rimini-per-pediatri-2016.
- Azienda USL della Romagna Ambito di Rimini – AUSLR Rimini (2019). *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2019. Azienda USL della Romagna Ambito di Rimini*. Disponibile in pdf: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/report-aziendale-2019/report-aziendale-2019-usl-rimini.pdf>.
- Bacchi C.L. (2019). Introducing the “What’s the Problem Represented to be?”. In Tröndle M.,

- Steigerwald C., ed., *Anthologie Kulturpolitik: Einführende Beiträge zu Geschichte, Funktionen und Diskursen der Kulturpolitikforschung*. Bielefeld: transcript Verlag, pp. 427-430.
- Bagnasco A. (1986). *Torino. Un profilo sociologico*. Torino: Einaudi.
- Bagnasco A., Barbagli M., Cavalliet A. (2012). *Corso di sociologia*. Bologna: Il Mulino.
- Bagnato K. (2021). The hikikomori phenomenon in Italy at the time of the pandemic: pedagogical implications. *Annali online della Didattica e della Formazione Docente*, 13(21): 129-149. Doi: 10.15160/2038-1034/2329
- Baig U., Belsare P., Watve M., Jog M. (2011), *Can Thrifty Gene(s) or Predictive Fetal Programming for Thriftiness Lead to Obesity?*, «J Obes.», 861049. Doi:10.1155/2011/861049
- Balcetis E., Cole S., Duncan D.T. (2020). How Walkable Neighborhoods Promote Physical Activity: Policy Implications for Development and Renewal. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 7(2): 173-180. Doi: 10.1177/237273222093 9135
- Barbero A. (2017). *A che ora si mangia? Approssimazioni storico-linguistiche all'orario dei pasti (secoli XVIII-XXI)*. Macerata: Quodlibet.
- Barker D.J. (2007). The origins of the developmental origins theory. *J Intern Med.*, 261: 412-417.
- Barley O.R., Chapman D.W., Abbiss C.R. (2018). Weight Loss Strategies in Combat Sports and Concerning Habits in Mixed Martial Arts. *International Journal of Sports Physiology and Performance*. Aug., 13(7): 933-939. Doi: 10.1123/ijsp.2017-0715
- Baudrillard J. (2020). *Lo specchio della produzione. Critica dell'industria del desiderio*. Sesto San Giovanni: Eterotopie.
- Bauman Z. (2011). *Modernità liquida*. Bari: Laterza.
- Beagan B., Chapman G.E., D'Sylva E., Bassett B.R. (2008). It's just easier for me to do it: Rationalizing the family division of foodwork. *Sociology*, 42(4): 653-671.
- Beck U. (2000). *La società del rischio. Verso una seconda modernità*. Roma: Carocci.
- Bellini E., Grieco M.P., Raposio E. (2017). A journey through liposuction and liposculture: *Review. Ann Med Surg (Lond)*., nov. 6, 24: 53-60. Doi: 10.1016/j.amsu.2017.10.024
- Benasso S., Stagi L. (2018). *Ma una madre lo sa? La responsabilità della corretta alimentazione nella società neoliberale*. Genova: Genova University Press.
- Bendelow G.A., Williams S.J., (1998). *The Lived Body. Sociological Themes, Embodied Issues*. London: Routledge.
- Ben-Shlomo Y., Kuh D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31:285-293.
- Berger P.L., Luckmann T. (1969). *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Bernell S., Howard S.W. (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?. *Front. Public Health*, august 2. Doi: 10.3389/fpubh.2016.00159
- Berzano L., Genova C. (2011). *Sociologia dei lifestyles*. Roma: Carocci.
- Binkin N., Spinelli A., Baglio G., Lamberti A. (2013). What is common becomes normal: the effect

- of obesity prevalence on maternal perception. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.*, May, 23(5): 410-6.
Doi: 10.1016/j.numecd.2011.09.006
- Blaikie N. (2000). *Designing Social Research*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Blane D. (1997). Tackling Inequalities in Health: an agenda for action. *Sociology of Health & Illness*, 19: 127-128. Doi: 10.1111/1467-9566.ep10934357
- Bloor M., Frankland J., Thomas M., Robson K. (2002). *Ifocus group nella ricerca sociale*. Trento: Erickson.
- Blüher M. (2019). Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol.*, 15: 288–298. Doi: 10.1038/s41574-019-0176-8
- Blumer H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bodkin H. (2019). Peppa Pig and Paw Patrol 'worst offenders' for promoting unhealthy children's food. *The Telegraph*, 4 June. Disponibile al sito: <https://www.telegraph.co.uk/news/2019/06/03/peppa-pig-paw-patrol-worst-offenders-promoting-unhealthy-childrens/>
- Boero N. (2007). All the news that's fat to print: The American "obesity epidemic" and the media. *Qualitative Sociology*, 30(1): 41–60. Doi: 10.1007/s11133-006-9010-4
- Bogner A., Littig B., Menz W. (a cura di) (2009). *Interviewing experts*. Berlin: Springer.
- Bologna E. (2020). Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione. *Rapporto Osservasalute*, 1: 1-64. Disponibile online: <https://www.osservatoriosulla salute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>.
- Boltanski L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 26(1): 205 – 233. Doi: 10.3406/ahess.1971.422470
- Borgogni A. (2020). Scuola, territorio e stili di vita attivi. In: Cecilian A., a cura di, *L'educazione motoria nella scuola primaria*. Roma: Carocci.
- Bosello O., Di Francesco V. (2007). *L'alimentazione. Tra bisogno e piacere, le regole del mangiare bene*. Bologna: Il Mulino.
- Bourdieu P. (2001). *La distinzione. Critica sociale del gusto*. Bologna: Il Mulino.
- Bourdieu P. (2013). *Cose dette. Verso una sociologia riflessiva*. Nocera Inferiore: Othotes.
- Bourdieu P. (2016). *Il senso pratico*. Roma: Armando Editore.
- Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. (2007). *La sfida dell'obesità nella Regione europea dell'OMS e le strategie di risposta*. Geneva: World Health Organization.
- Breda J., McColl K., Buoncristiano M. et al. (2020). Methodology and implementation of the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) (2021). *Obesity Reviews*, 22(S6): e13215. Doi: 10.1111/obr.13215
- Brown J.E., Broom D.H., Nicholson J.M., Bittman M. (2010). Do working mothers raise couch potato kids? Maternal employment and children's lifestyle behaviours and weight in early childhood. *Social Science & Medicine*, 70(11): 1816-1824.
- Brunello G., D'Hombres B. (2007). Does body weight affect wages? Evidence from Europe. *Econ*

- Hum Biol.*, Mar, 5(1): 1-19. Doi: 10.1016/j.ehb.2006.11.002
- Buchwald H. (2014). The Evolution of Metabolic/Bariatric Surgery. *Obes Surg*, 24: 1126–1135. Doi: 10.1007/s11695-014-1354-3
- Bugge A., Reidar A. (2006). Domestic dinner: Representations and practices of a proper meal among young suburban mothers. *Journal of Consumer Culture*, 6(2): 203-228.
- Burgess-Champoux T.L., Larson N., Neumark-Sztainer D., Hannan P.J., Story M. (2009). Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? *J Nutr Educ Behav.*, Mar-Apr; 41(2): 79-86. Doi: 10.1016/j.jneb.2008.03.113
- Burki T. (2021). European Commission classifies obesity as a chronic disease. *Lancet Diabetes Endocrinol.*, 9(7): 418. Doi: 10.1016/S2213-8587(21)00145-5
- Bury M. (2005). Sulla malattia cronica e la disabilità. *Salute e Società*, 4(1): 147–164. Doi: 10.1400/67955
- Butte N.F. (2001). The role of breastfeeding in obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1): 189-198. Doi: 10.1016/s0031-3955(05)70293-5
- Cahnman W.J. (1968). The Stigma of Obesity. *Sociological Quarterly*, 9: 283-299. Doi: 10.1111/j.1533-8525.1968.tb01121.x
- Caleyachetty R., Thomas G.N., Toulis K.A. et al. (2017). Metabolically healthy obese and incident cardiovascular disease events among 3.5 million men and women. *J Am Coll Cardiol.*, 70(12): 1429–1437. Doi: 10.1016/j.jacc.2017.07.763
- Campos P., Saguy A., Ernsberger P., Oliver E., Gaesser G. (2006a). The epidemiology of overweight and obesity: Public health crisis or moral panic?. *International Journal of Epidemiology*, 35(1): 55–60. Doi: 10.1093/ije/dyi254
- Campos P., Saguy A., Ernsberger P., Oliver E., Gaesser G. (2006b). Lifestyle not weight should be the primary target. *International Journal of Epidemiology*, 35(1): 81–82. Doi: 10.1093/ije/dyi299
- Capatti A., Montanari M. (2006). *La cucina italiana. Storia di una cultura*. Bari: Laterza.
- Cappellato V., Moiso V. (2020). Salute e corsi di vita. In Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: Il Mulino, pp. 85-97.
- Caraher M., Seeley A., Wu M., Lloyd S. (2013). When chefs adopt a school? An evaluation of a cooking intervention in English primary schools. *Appetite*, mar, 62: 50-9. Doi: 10.1016/j.appet.2012.11.007
- Cardano M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa*. Roma: Carocci Editore.
- Cardano M. (2020). *Argomenti per la ricerca qualitativa. Disegno, analisi, scrittura*. Bologna: Il Mulino.
- Cardano M., (2008). Diseguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi. *Polis*, aprile, XXII(1): 119-146. Doi: 10.1424/26726
- Cardano M., Costa G., (1998). Classi sociali e salute. Le diseguaglianze di mortalità a Torino. *Quaderni di sociologia*, 42(17): 86-121.
- Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (2020). *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: Il Mulino.
- Cardinali E., Fusi M. (2021). *Le emozioni nel piatto. Affrontare la fame emotiva, scegliere il cibo*

del buonumore. Firenze: Terra Nuova Edizioni.

- Carlson J.A., Engelberg J.K., Cain K.L., Conway T.L., Mignano A.M., Bonilla E.A., Geremia C., Sallis J.F. (2015). Implementing classroom physical activity breaks: Associations with student physical activity and classroom behaviour. *Prev Med.*, Dec, 81: 67-72. Doi: 10.1016/j.ypmed.2015.08.006
- Cartesio (1641). *Meditationes de prima philosophia*. Paris.
- Casanova F., Mixão M.P. (2022). *DGS recruta jovens para analisar exposição a publicidade alimentar*. 18 agosto. Disponibile al sito: <https://rr.sapo.pt/noticia/pais/2022/08/18/dgs-recruta-jovens-para-analisar-exposicao-a-publicidade-alimentar/296300/>.
- Case A., Paxson C. (2002). Parental behavior and child health. *Health Affairs (Project Hope)*, 21(2): 164–178
- Caselli G., Egidi V., Strozza C. (2021). *L'Italia longeva. Dinamiche e diseguaglianze della sopravvivenza a cavallo di due secoli*. Bologna: Il Mulino.
- Casolo F., Alberti G., Orizio C., Arpesella M., Passi A., Galvani C., La Torre A. (2016). Lombardia in gioco: a scuola di sport. *Advocacy project 2015-2016*. Roma: Congresso SISMES.
- Castelli B. (1642). *Lexicon medicorum ex Hippocrate et Galeno desumptum*. Venezia: Apud Io. Baptistae Cestari & Franciscum Bolzettam.
- Cattarinussi B. (2010). *La sociologia attraverso le tipologie*. Milano: FrancoAngeli.
- Cavazza N., Guidetti M. (2020). *Scelte alimentari. Foodies, vegani, neofobici e altre storie*. Bologna: Il Mulino.
- Cazzoli S., Lanza M. (2020). Programmazione e progettazione dell'educazione fisica nella scuola primaria. In: Cecilian A., a cura di, *L'educazione motoria nella scuola primaria*. Roma: Carocci.
- Cecilian A. (2018). Didattica integrata quali-quantitativa, in educazione motoria-sportiva, e benessere in età evolutiva. *Formazione & Insegnamento*, 1: 183-193.
- Centers for Disease Control and Prevention (2021). *Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*. 7 June. Disponibile al sito: <https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>.
- Centro di ricerca alimenti e nutrizione - CREA (2018), *Linee guida per una sana alimentazione*. Disponibile al sito: <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/LINEEGUIDA+DEFINITIVO.pdf/28670db4-154c-0ecc-d1871ee9db3b1c65?t=1576850671654>.
- Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute – DoRs (2015). *Obesità e diseguaglianze: Guida per affrontare le diseguaglianze nei casi di sovrappeso e di obesità*. Disponibile in pdf: <https://www.diseguaglianzedisalute.it/wp-content/uploads/2015/06/Obesita.pdf>.
- Chaber A.L. (2018). The Era of Human-Induced Diseases. *EcoHealth*, 15(1): 8–11. Doi: 10.1007/s10393-017-1299-9
- Chicchi F., Simone A. (2017). *La società della prestazione*. Roma: Ediesse.
- Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI (2014). *European Childhood Obesity Surveillance Initiative Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010)*.

- Disponibile in pdf: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/258781/COSI-report-round-1-and-2_final-for-web.pdf
- Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI (2018). European Childhood Obesity Surveillance Initiative: overweight and obesity among 6–9-year-old children. *Report of the third round of data collection 2012–2013*. Disponibile in pdf: <https://www.ceidss.com/wp-content/uploads/2020/03/COSI-report-3rd-round.pdf>
- Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI (2020). *Physical activity habits of children aged 6-9 in the WHO European region*. Geneva: WHO. Disponibile in pdf: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337342/WHO-EURO-2020-1647-41398-56426-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI (2021). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Report on the fourth round of data collection, 2015–2017. Geneva: WHO. Disponibile in pdf: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341189/WHO-EURO-2021-2495-42251-58349-eng.pdf>.
- Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI (2022). European Childhood Obesity Surveillance Initiative. *Report on the fifth round of data collection, 2018–2020*. Geneva: WHO.
- Chou L.N., Chen M.L. (2017). Influencing Factors of the Body Mass Index of Elementary Students in Southern Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14: E220.
- Chou S., Rashad I., Grossman M. (2008). Fast-Food Restaurant Advertising on Television and Its Influence on Childhood Obesity. *The Journal of Law & Economics*, 51: 599-618. Doi: 10.1086/590132
- Christakis N.A., Fowler J.H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med.*, Jul 26, 357(4):370-9. Doi: 10.1056/NEJMs066082
- Cittadinanza Attiva (2021). *Mense scolastiche: ecco quanto pagano le famiglie. “Per l'estate mensa gratuita per gli studenti”*. Disponibile al sito: <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/14088-mense-scolastiche-ecco-quanto-pagano-le-famiglie-per-l-estate-mensa-gratuita-per-gli-studenti.html>.
- Clark A., Moss P. (2011). *Listening To Young Children: The Mosaic Approach (2nd ed.)*. London: National Children's Bureau.
- Clarke A.E., Shim J. (2011). Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine. In Pescosolido B., Martin J., McLeod J., Rogers A. (eds). *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. Handbooks of Sociology and Social Research*. New York, NY: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4419-7261-3_10
- Clemente C., Greco E. (2018). La promozione della salute alimentare nelle scuole: Una indagine nel sud dell'Italia. *Salute e Società*, 17(3): 103-117. Doi: 10.3280/SES2018-003008
- Clodoveo M.L. (2018). Genetica ed epigenetica, a ciascuno il suo olio. *Qualità Salute*, 4: 20-31.
- Cockerham W.C., (1983). The State of Medical Sociology in the United States, Great Britain, West

- Germany and Austria: Applied vs Pure Theory. *Social Science & Medicine*, 17(20): 1513-1527.
- Cockerham W.C., Hamby B.W., Hankivsky O., Baker E.H., Rouhani S. (2017). Self-rated health and barriers to healthcare in Ukraine: The pivotal role of gender and its intersections. *Communist and Post-Communist Studies*, 50(1): 53-63. Doi: 10.1016/j.postcomstud.2017.01.001
- Codeluppi V. (2007). *La vetrinizzazione sociale. Il processo di spettacolarizzazione degli individui e della società*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cogan T. (1589). *The Haven of Health*. London, UK: Thomas Orwin.
- Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, May 6, 320(7244): 1-6. Doi: 10.1136/bmj.320.7244.1240
- Collins H.M., Evans R. (2002). The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience. *Social Studies of Science*, 32(2):235-296. Doi: 10.1177/0306312702032002003
- Collins R. (1987). *Tre tradizioni sociologiche. Manuale introduttivo di storia della sociologia*. Zanichelli: Bologna, 1987.
- Colombis A. (1991). *Costruzione e modificazione di concetti. Dalle scale ai fattori*. Napoli: Liguori.
- Commission on Social Determinants of Health – CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. Geneva: WHO. Disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/item/WHO-IER-CSDH-08.1>.
- Condominas G. (1980). *L'espace social à propos de l'Asie du Sud-Est*. Paris: Flammarion.
- Conley D., Glauber R. (2006). Gender, Body Mass and Socioeconomic Status: New Evidence from the PSID. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 17: 255-280.
- Conrad P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Maryland, Stati Uniti: Johns Hopkins University Press.
- Conrad P., Barker K.K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S): S67–S79. Doi: 10.1177/0022146510383495
- Conti M. (2021). *La dieta dei geni*. Palermo: Nuova Ipsa.
- Corbetta P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Corbetta P. (2015). *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*. Bologna: Il Mulino.
- Corna L.M. (2013). A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: A critical review of conceptual frameworks. *Advances in Life Course Research*, 18: 150-159.
- Corposanto C. (a cura di) (2017). *Sociologia dell'alimentazione. Diete, culture, rischi*. Napoli: Rogiosi.
- Council on Communications and Media, Strasburger (2011). Children, Adolescents, Obesity, and the Media. *Pediatrics*, 128: 201–208.
- Crenshaw K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: a Black Feminist Critique

- of Anti-discrimination Doctrine. Feminist Theory, and Antiracist Politics, 1: 132-167.
- Crosnoe R., Kenneth F., Strassman Mueller A. (2008), Gender, Body Size, and Social Relations in American High Schools. *Social Forces*, 86: 1189-1216.
- Crossley N. (2004). Fat is a sociological issue: Obesity rates in late modern, “Body-conscious” societies. *Social Theory & Health*, 2(3): 222–253. Doi: 10.1057/palgrave.sth.8700030
- Cukrowska-Torzewska E., Matysiak A. (2020). The motherhood wage penalty: A meta-analysis. *Social Science Research*, 88–89:102416. Doi: 10.1016/j.ssresearch.2020.102416
- Dal Lago A. (1989). *Oltre il metodo. Interpretazione e scienze sociali*. Milano: Unicopli.
- Datar A., Nicosia N., Shier V. (2014). Maternal work and children’s diet, activity, and obesity. *Social Science & Medicine*, 107: 196-204.
- David P.M., Le Dévédec N. (2019). Preparedness for the next epidemic: health and political issues of an emerging paradigm. *Critical Public Health*, 29(3): 363-369.
- Davison K.K., Birch L.L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev.*, aug. 2, (3): 159–171. Doi: 10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x
- De Matteis S. (2020). Obesità, ovvero la malnutrizione dell’abbondanza Alimentazione, modelli familiari e comportamenti sociali. *Dada Rivista di Antropologia post-globale*, 1: 69-80. Disponibile in pdf: <http://www.dada.rivista.com/Singoli-articoli/Dada-speciale-1-2020/04.pdf>.
- Delalande J. (2001). *La Cour de récréation. Contribution à une anthropologie de l’enfance*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Della Bella S. (2011). Il peso delle diseguaglianze sociali: il caso dell’obesità. *Rassegna Italiana di Sociologia*, aprile-giugno, 2: 323-348. Doi: 10.1423/34991
- DeWalt K., DeWalt B. (2002). *Participant Observation. A guide for Fieldworkers*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Di Mario S., Fabbri A., Fridel M., Gambarara D., Iaia M., Spetoli D., Tripodi A. (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*. Disponibile in pdf: [https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/contri buti/contributi-n-94-2017-la-prevenzione-dell2019obesita-infantile-focus-sul-periodo-della-gravidanza-e-dei-primi-3-anni-di-vita-del-bambino](https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/contri%20buti/contributi-n-94-2017-la-prevenzione-dell2019obesita-infantile-focus-sul-periodo-della-gravidanza-e-dei-primi-3-anni-di-vita-del-bambino).
- Di Renzo L., Gualtieri P., Pivari F. *et al.* (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med.*, 18(229). Doi: 10.1186/s12967-020-02399-5
- Diasio N. (2008). *Grignotages et jeux avec les normes. Une ethnographie des comportements alimentaires enfantins à Paris et à Rome*. Paris, Observatoire CNIEL des Habitudes Alimentaires.
- Dillaway H.E. (2017). Speaking to a Broader Audience about Medicalization. *Sex Roles*, 77: 135–136. Doi: 10.1007/s11199-017-0783-6
- Dinsa G.D., Goryakin Y., Fumagalli E., Suhrcke M. (2012). Obesity and socioeconomic status in developing countries:

- a systematic review. *Obes Rev.*, 13(11):1067–79. Doi: 10.1111/j.1467-789X
- Direção-General do Consumidor - DGC (2019). *Novas restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos*. Disponibile al sito: <https://www.consumidor.gov.pt/comunicacao/noticias/novas-restricoes-a-publicidade-dirigida-a-menores-de-16-anos-.aspx>
- Direção-Geral da Saúde - DGS (2019). *Perfil Nutricional Restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças*. Disponibile in pdf: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/perfil-nutricional-restricoes-a-publicidade-alimentar-dirigida-a-criancas-2019-pdf.aspx>.
- Dixit V.V., Wagh M. S. (2013). Unfavourable outcomes of liposuction and their management. *Indian J Plast Surg.*, May, 46(2): 377-92. Doi: 10.4103/0970-0358.118617
- Döringer S. (2021). “The problem-centred expert interview”. Combining qualitative interviewing approaches for investigating implicit expert knowledge. *International Journal of Social Research Methodology*, 24(3): 265-278. Doi: 10.1080/13645579.2020.1766777
- Douglas M. (1972). Deciphering a meal. *Dedalus*, 101(1): pp. 61-91.
- Douglas M. (1984). *Food in the Social Order: Studies of Food and Festivities in Three American Communities*. New York: Russel Sage Foundation.
- Douglas M. (2014). *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù*. Bologna: Il Mulino.
- Douglas M., Isherwood B. (2013). *Il mondo delle cose. Oggetti, valori, consumo*. Bologna: Il Mulino.
- Dowrick C., Dixon-Woods M., Holman H., Weinman J. (2005). What is chronic illness?. *Chronic Illness*, 1(1): 1–6. Doi: 10.1179/174239505X19572
- Doyal L., (1979). *The Political Economy of Health*. London: Pluto.
- Drulhe M. (1996). *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Duffy B. (2019). *I rischi della percezione. Perché ci sbagliamo su quasi tutto*. Torino: Einaudi.
- Dumazedier, J., (1962). *Vers une civilisation du loisir?*. Paris.
- Durkheim E. (1996). *Le regole del metodo sociologico*. Roma: Editori riuniti.
- Durkheim E. (2001). *The Elementary Forms of Religious Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Durkheim E. (2016). *La Divisione del lavoro sociale*. Milano: Il saggiatore.
- Eckel N., Li Y., Kuxhaus O. et al. (2018). Transition from metabolic healthy to unhealthy phenotypes and association with cardiovascular disease risk across BMI categories in 90 257 women (the Nurses’ Health Study): 30 year follow-up from a prospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.*, 6(9): 714–724. Doi: 10.1016/S2213-8587(18)30137-2
- Ehrenreich J., (a cura di) (1978). *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. New York: Monthly Review.
- Eime R.M., Young J.A., Harvey J.T. et al. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 10(98). Doi: 10.1186/1479-5868-10-98

- Ekelund U., Steene-Johannessen J., Brown W.J. *et al.* (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*, 388(10051): 1302-1310. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)30370-1
- El Ansari W., Clausen S.V., Mabhala A., Stock C. (2010). How do I look? Body image perceptions among university students from England and Denmark. *Int J Environ Res Public Health*, Feb., 7(2):583-95. Doi: 10.3390/ijerph7020583
- Elias N. (1988). *Il processo di civilizzazione*. Bologna: Il Mulino.
- Elliott C.D., Carruthers Den Hoed R., Conlon M.J. (2013). Food branding and young children's taste preferences: a reassessment. *Can J Public Health*, aug 20, 104(5): e364-8. Doi: 10.17269/cjph.104.3957
- Éltanin A.V. (2014). *La salute di Eva. Il nesso nascosto tra alimentazione e malattie femminili*. Milano: Cosmopolis.
- Emilia-Romagna (2018), *Bambino obeso ed Health Equity Audit. Equity Audit Nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia*. Disponibile in pdf: https://www.dors.it/ds/Emilia_Romagna/Bambino%20obeso%20ed%20Health%20Equity%20Audit%20-%20Emilia%20Romagna.pdf.
- Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286): 129-136.
- Engels F. (1972). *La situazione della classe operaia in Inghilterra*. Roma: Editori Riuniti.
- Epicentro (2018). *Health Equity Audit nei Piani regionali della prevenzione italiani*. Disponibile al sito: https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/ConvegnoHealthEquityAudit2018
- Esping-Andersen G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity.
- Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável - EIPAS (2018). *Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável*. Disponibile al sito: <https://eipas.pt/>.
- Eurobarometro (2018). Sport and physical activity. *Report*, March, 1-T38. Doi: 10.2766/483047
- European Commission (2021). *Definition of pre-obesity and obesity*. Disponibile al sito: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/obesity_en.
- Faggioli R., Schenetti M. (2020). Pedagogia e didattica della corporeità. In Cecilian A., a cura di, *L'educazione motoria nella scuola primaria*. Roma: Carocci.
- Fairbrother H., Curtis P., Goyder E. (2016). Where are the Schools? Children, Families and Food Practices. *Health and Place*, 40(July): 51-57.
- Fanci G. (2018). Processi di socializzazione e dimensione normativa della commensalità. In: Francesconi C., Raiteri M., a cura di, *Pratiche alimentari e relazioni sociali*. Milano: FrancoAngeli, pp. 43-52.
- FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO (2020). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets*. Rome: FAO. Doi: 10.4060/ca9692en

- Farrell A.E. (2020). *Fat Shame. Lo stigma del corpo grasso*. Roma: Tlon.
- Farrelly C. (2012). Why the National Institutes of Health should create an institute of positive biology. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(10): 412-415. Doi:10.1258/jrsm.2012.120113
- Favretto A.R., Zaltron F. (2020). Adjusting Life to Illness or Illness to Life? Reflections on Children's Competences in the Neoliberal Era. In Gabe J., Cardano M., Genova A. (eds.), *Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe*. Bingley: Emerald Publishing Limited, pp. 107-121.
- Feinberg M.E., Mogle J., Lee J.K., et al. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Parent, Child, and Family Functioning. *Fam Process*, Mar, 61(1): 361-374. Doi: 10.1111/famp.12649
- Ferrera M. (2021). L'analisi delle politiche sociali e del welfare state. In Ferrera M., a cura di, *Le politiche sociali*. Bologna: Il Mulino, pp. 11-56.
- Figlioli F., Bianco A., Thomas E., Stajer V., Korovljević D., Trivic T., et al. (2021). Rapid weight loss habits before a competition in sambo athletes. *Nutrients*, 13(4): 1-8. Doi: 10.3390/nu13041063
- Fine G.A. (1993). The Sad Demise, Mysterious Disappearance, and Glorious Triumph of Symbolic Interactionism. *Annual Review of Sociology*, August, 19: 61-87. Doi: 10.1146/annurev.so.19.080193.000425
- Fischler C. (1992). *L'onnivoro. Il piacere di mangiare nella storia e nella scienza*. Milano: Mondadori.
- Fleck L. (1983). *Genesi e sviluppo di un fatto scientifico*. Bologna: Il Mulino.
- Floridi L. (2014). *The Onlife Manifesto: Being Human in a Hyperconnected Era*. London: Springer.
- Flynn D.J., Nyhan B., Reifler J. (2017). The Nature and Origins of Misperceptions: Understanding False and Unsupported Beliefs About Politics. *Advances in Political Psychology*, 38: 127-150. Doi: 10.1111/pops.12394
- Food and Drug Administration - FDA (2021). FDA Approves New Drug Treatment for Chronic Weight Management, First Since 2014. 4 June. Disponibile al sito: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-new-drug-treatment-chronic-weight-management-first-2014>.
- Ford H. (2008). *My life and work*. Hawthorne, CA: BN Publishing.
- Foreman K.J., Marquez N., Dolgert A. et al. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet*, Nov 10, 392(10159): 2052-2090. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)31694-5
- Forouzanfar M.H., Liu P., Roth G.A., Ng M. et al. (2017). Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*, Jan. 10, 317(2): 165-182. Doi: 10.1001/jama.2016.19043
- Foucault M. (1978). *La volontà di sapere*. Milano: Feltrinelli, Milano.
- Foucault M. (2014). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino: Einaudi.
- Foucault M. (2015). *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*. Milano: Feltrinelli.
- Francardo S.M., Mariani E. (2019). *Nutrirsi con i cibi di stagione è la miglior medicina preventiva*. Milano: Edilibri.
- Freeman M., Mathison S. (2009). Conceptions of children and childhood. In Freeman M., Mathison

- S., eds, *Researching children's experiences*. New York: Guilford Press, pp. 1-18.
- Freidson E. (1970). *Professional Dominance*. New York: Atherton Press.
- Fridel M. (2020), *Modello di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso Regione Emilia-Romagna*, testo disponibile in pdf: https://marche.coni.it/images/marche/Fride_l_Modello_.pdf.
- Fridel M., Padovani A., Bernardini M. (a cura di) (2020). *Indicazioni tecniche per la ristorazione scolastica in relazione al rischio COVID-19*. Disponibile in pdf: https://archivio.comune.rimini.it/sites/comune.rimini.it/files/indicazioni_tecniche_per_la_riestorazione_scolastica_in_relazione_al_rischio_covid-19-1.pdf
- Frisina A. (2010). *Focus group. Una guida pratica*. Bologna: Il Mulino.
- Fugali E. (2012). "I limiti del mio corpo sono i limiti del mio mondo". Il tema del corpo proprio nella riflessione filosofica contemporanea e nella scienza cognitiva incarnata. *Reti, saperi, linguaggi*, 2: 48-56. Disponibile in pdf: http://www.antonioacasella.eu/dnlaw/Fugali_corpo_2012.pdf.
- Furetière A. (1690). *Dictionnaire Universel, Arnout et Reinier Leers*. Rotterdam: La Haye.
- Gabe J., Cardano M., Genova A. (2021). Introduction. In Gabe J., Cardano M., Genova A. (eds.), *Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe*. Bingley: Emerald Publishing Limited, pp. 1-8.
- Gaeta F., Conti V., Pepe A. et al. (2022). Drug dosing in children with obesity: a narrative updated review. *Ital J Pediatr.*, 48: 168. Doi: 10.1186/s13052-022-01361-z
- Galbraith J.K. (2014). *La società opulenta*. Roma: Edizioni di comunità.
- Galimberti G. (2021). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Galloway A.T., Fiorito L.M., Francis L.A., Birch L.L. (2006). "Finish your soup": counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*, may, 46(3): 318-23. Doi: 10.1016/j.appet.2006.01.019
- Galloway A.T., Fiorito L.M., Lee Y., Birch L.L. (2005). Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *Journal of the American Dietetic Association*, 105(4): 541–548. Doi: 10.1016/j.jada.2005.01.029
- Gallus S., Borroni E., Stival C., Kaur S., Davoli S., Lugo A., Effertz T., Garattini S., Scaglioni S. (2021). Food Advertising during Children's Television Programmes in Italy. *Public Health Nutrition*, 24: 4663-4670.
- Ganley R.M. (1992). Family patterns in obesity: With consideration of emotional eating and restraint. *Family Systems Medicine*, 10(2): 181–199. Doi: 10.1037/h0089244
- Garrett C. (2001). Sources of hope in chronic illness. *Health Sociology Review*, 10(2): 99–107. Doi: 10.5172/hesr.2001.10.2.99
- Genné-Bacon E.A. (2014). Thinking evolutionarily about obesity. *Yale J Biol Med.*, Jun 6, 87(2): 99-112.
- Genova A., Terraneo M. (2020). Le diseguglianze sociali di salute. In Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: Il Mulino, pp. 323-337.

- Gerhardt U. (1990). *Ideas about Illness. An Intellectual and Political History of Medicine*. London: Mac Millan.
- Germov J., Williams L. (1996). The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*, 27(2): 97-108. Doi:10.1006/appe.1996.0038
- Ghia F. (2010). *Ascesi e gabbia d'acciaio. La teologia politica di Max Weber*. Soveria Mannelli: Rubbettino.
- Ghigi R. (2020). La costruzione sociale del corpo. In Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G, (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: Il Mulino, p. 63-83.
- Ghigi R., Sassatelli R. (2018). *Corpo, genere e società*. Bologna: Il Mulino.
- Giancotti V. (2011). L'obesità infantile in una prospettiva sistemica. *Psicobiattivo*, 1: 36-49. Doi: 10.3280/PSOB2011-001003
- Giarelli G. (1998). *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*. Milano: FrancoAngeli.
- Giddens A. (1994). *Le conseguenze della modernità*. Bologna: Il Mulino.
- Giddens A. (1999). *Identità e società moderna*. Napoli: Ipermedium Libri.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Berkeley, Cal.
- Giorgi A., Pizzolati M., Vacchelli E. (2021). *Metodi creativi per la ricerca sociale. Contesto, pratiche, strumenti*. Bologna: Il Mulino.
- Giusti U. (1906). *Annuario Statistico delle Città Italiane. Anno I – 1906*. Firenze: Alfani e Venturi.
- Giusti U. (1910). *Annuario Statistico delle Città Italiane. Anno III – 1909-1910*. Firenze: Alfani e Venturi.
- Giusti U. (1914). *Annuario Statistico delle Città Italiane. Anno V – 1913-1914*. Firenze: Alfani e Venturi.
- Glaser G.B., Strauss A.L. (1967). *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa*. Roma: Armando.
- Gluckman P.D. (2004). *The Fetal Matrix: Evolution, Development and Disease*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Gluckman P.D., Hanson M.A., et al. (2008). Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med.*, 359: 61–73.
- Goffman E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, Doubleday & Company, Inc.
- Goffman E. (1969). *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna: Il Mulino.
- Goffman E. (2003a). *Espressione e identità. Giochi, ruoli, teatralità*. Bologna: Il Mulino.
- Goffman E. (2003b). *Stigma, L'identità negata*. Verona: Ombre Corte.
- Goffman E. (2009). *L'interazione strategica*. Bologna: Il Mulino.
- Goffman E., (2018). *Stigma. Note sulla gestione dell'identità degradata*. Verona: Ombre Corte.
- Gois A., Sacker A., Kelly Y. (2016). Why are poorer children at higher risk of obesity and overweight? A UK cohort study. *European Journal of Public Health*, 26(1): 7–13. Doi: 10.1093/eurpub/ckv219
- Good B.J. (1999). *Narrare la malattia*. Torino: Edizioni di Comunità

- Gordon C., Purciel-Hill M., Ghai N.R., Kaufman L., Graham R., Van Wye G. (2011). Measuring food deserts in New York City's low-income neighborhoods. *Health Place*, mar, 17(2): 696-700. Doi: 10.1016/j.healthplace.2010.12.012
- Gortmaker S.L., Must A., Sobol A.M., Peterson K., Colditz G.A., Dietz W.H. (1996). Television Viewing as a Cause of Increasing Obesity among Children in the United States, 1986-1990. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150: 356-362.
- Graffigna G., Barello S. (2017). *Engagement. Un nuovo modello di partecipazione in sanità*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Graham C. (2012). *The Pursuit of Happiness: An Economy of Well-Being*. Washington, Stati Uniti: Brookings Institution.
- Graham H. (2002). Building an Interdisciplinary Science of Health Inequalities: The Example of Lifecourse Research. *Social Science and Medicine*, 55(11): 2005-2016.
- Greenfield A. (2017). *Tecnologie radicali. Il progetto della vita quotidiana*. Torino: Einaudi.
- Gregory J.E., Paxton S.J., Brozovic A.M. (2011). Maternal feeding practices predict fruit and vegetable consumption in young children. Results of a 12-month longitudinal study. *Appetite*, aug, 57(1): 167-72. Doi: 10.1016/j.appet.2011.04.012
- Griffith R., O'Connell M., Smith K. (2013). *Food expenditure and nutritional quality over the Great Recession*. London: Institute for Fiscal Studies.
- Guala C. (2000). *Metodi della ricerca sociale. La storia, le tecniche, gli indicatori*. Roma: Carocci.
- Guidotti B. (2004). Corporeità e salute. In: Cipolla C., a cura di, *Manuale di sociologia della salute, I. Teoria*.
- Guthman J. (2011). *Weighing In Obesity, Food Justice, and the Limits of Capitalism*. California: University of California Press.
- Guthman J., DuPuis M. (2006). Embodying Neoliberalism: Economy, Culture, and the Politics of Fat. *Environment and Planning D: Society and Space*, 24(3): 427-448. Doi: 10.1068/d3904
- Guthold R., Stevens G.A., Riley L.M., Bull F.C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*, Oct., 6(10): e1077-e1086. Doi: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7
- Guthold R., Stevens G.A., Riley L.M., Bull F.C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*, Jan., 4(1): 23-35. Doi: 10.1016/S2352-4642(19)30323-2
- Hadisuyatmana S., Has E.M.M. et al. (2021). Women's Empowerment and Determinants of Early Initiation of Breastfeeding: A Scoping Review. *J Pediatr Nurs*. jan-feb, 56: e77-e92. Doi: 10.1016/j.pedn.2020.08.004

- Halbwachs M. (2001). *La memoria collettiva. Nuova edizione critica*. Milano: Unicopli.
- Hales C.N., Barker D.J. (2001). The thrifty phenotype hypothesis. *Br Med Bull*, 60: 5–20.
- Hales C.N., Barker D.J. (2013). Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: the thrifty phenotype hypothesis. 1992. *Int J Epidemiol.*, oct., 42(5): 1215-22. Doi: 10.1093/ije/dyt133
- Hamari J., Sjöblom M. (2017). What Is eSports and Why Do People Watch It?. *Internet research*, 27(2). Doi: 10.1108/IntR-04-2016-0085
- Han M. (2003). Body image dissatisfaction and eating disturbance among Korean college female students: Relationships to media exposure, upward comparison, and perceived reality. *Communication Studies*, 54: 65–78.
- Hancox R.J., Milne B.J., Poulton R. (2004). Association between Child and Adolescent Television Viewing and Adult Health: A Longitudinal Birth Cohort Study. *Lancet*, 364: 257–262.
- Hardin A.P., Hackell J.M., Aap Committee on Practice and Ambulatory Medicine (2017). Age Limit of Pediatrics. *Pediatrics*, 140(3): e20172151. Doi: 10.1542/peds.2017-2151
- Harper D. (2002). Talking about pictures: a case for Photo Elicitation. *Visual Studies*, 17(1): 13-26.
- Hemmingsson E. (2018). Early Childhood Obesity Risk Factors: Socioeconomic Adversity, Family Dysfunction, Offspring Distress, and Junk Food Self-Medication. *Curr Obes Rep.*, Jun; 7(2): 204-209. Doi: 10.1007/s13679-018-0310-2
- Hernandez T.L., Kittelson J.M., Law C.K. *et al.* (2011). Fat Redistribution Following Suction Lipectomy: Defense of Body Fat and Patterns of Restoration. *Obesity*, 19: 1388-1395. Doi: 10.1038/oby.2011.64
- Hertzman C., Power C. (2006). A life course approach to health and human development. In Heymann J., Barer M.L., Evans R.G., eds, *Healthier societies: From analysis to action*. Oxford: Oxford University Press.
- Hill T.D., Cockerham W.C., Mcleod J.D., Hafferty F.W. (2021). Medical Sociology and Its Changing Subfields. In Cockerham W.C. (a cura di), *The Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology*. UK/USA: John Wiley & Sons, pp. 3-21.
- Hinnouh G.M., Czernichow S., Dugravot A. *et al.* (2013). Metabolically healthy obesity and risk of mortality: does the definition of metabolic health matter?. *Diabetes Care*, 36(8): 2294–2300. Doi: 10.2337/dc12-1654
- Hochschild A.R. (2006). *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*. Bologna: Il Mulino.
- Hoffman J.A., Miller E.A. (2020). Addressing the Consequences of School Closure Due to COVID-19 on Children's Physical and Mental Well-Being. *World Medical & Health Policy*, 12: 300-310. Doi: 10.1002/wmh3.365
- Hoffman R. (2011). Illness, not age, is the leveler of social mortality differences in old age. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological and Social Sciences*, 66(3): 374-379.

- Hofmann B. (2002). On the Triad Disease, Illness and Sickness. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6): 651–673. Doi: 10.1076/jmep.27.6.651.13793
- Hofmann B. (2016). Disease, Illness and Sickness. In M. Solomon, J. R. Simon, & H. Kincaid (Eds.), *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine*. London: Routledge, pp. 16–26. Doi: 10.5840/pc200911125
- Hook J. (2010). Gender inequality in the welfare state: Sex segregation in housework, 1965-2003. *American Journal of Sociology*, 115(5): 1480-1523.
- Horwitz A. (2008). Normality. *Context*, 7(1): 70-71. Doi: 10.1525/ctx.2008.7.1.70.
- Hovinen T., Korkalo L., Freese R., et al., (2021). Vegan diet in young children remodels metabolism and challenges the statuses of essential nutrients. *EMBO Mol Med.*, 20 January, 13: e13492. Doi: 10.15252/emmm.202013492
- Husserl E. (1976). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro primo. Introduzione generale alla fenomenologia pura*. Torino: Einaudi.
- Husserl E. (1997). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore.
- Idler E.I. (1982). Salute, malattia e sociologia sanitaria. *Sapere*, febbraio-marzo, 7-16.
- Illich I. (1976). *Medical Nemesis*. New York: Pantheon.
- Index Mundi (2016). *Obesity. Adult prevalence rate*. Disponibile al sito: <https://www.indexmundi.com/map/?v=2228&r=eu&l=en>.
- Ingresso M., (1994) (a cura di). *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*. Milano: Franco Angeli.
- International Society Aesthetic Plastic Surgery - ISAPS (2018). *International Survey on Aesthetic/Cosmetic procedures*. Disponibile in pdf: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/10/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-1.pdf>
- ISSalute (2020). *Dieta*. Disponibile al sito: <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/d/dieta>.
- Issanchou S (2017). Determining Factors and Critical Periods in the Formation of Eating Habits: Results from the Habeat Project. *Ann Nutr Metab*, 70: 251-256. Doi: 10.1159/000471514
- Istat (2021). *Aspetti della vita quotidiana. Abitudini nei pasti*. Disponibile al sito: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=16805#>.
- Istituto Superiore della Sanità – ISS (2019). *OKkio alla Salute. Indagine nazionale*. Disponibile al sito: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2019-dati>.
- Istituto Superiore di Sanità – ISS (2017). *Informazioni generali*. Disponibile al sito: <https://www.epicentro.iss.it/obesita/>.
- Istituto Superiore di Sanità – ISS (2021). *Strategie non farmacologiche per la perdita di peso*. Disponibile al sito:

https://www.iss.it/prodotti-per-il-controllo-del-peso/-/asset_publisher/S27m3JVjGST7/content/strategie-non-farmacologiche-per-la-perdita-di-peso.

- Jansen E., Mulkens S., Emond Y., Jansen A. (2008). From the Garden of Eden to the land of plenty. Restriction of fruit and sweets intake leads to increased fruit and sweets consumption in children. *Appetite*, nov, 51(3): 570-5. Doi: 10.1016/j.appet.2008.04.012
- Jaspers K., (1991). *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Cortina.
- Jung J., Seung-Hee L. (2006). Cross-Cultural Comparisons of Appearance Self-Schema, Body Image, Self-Esteem and Dieting Behavior Between Korean and U.S. Women. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34 (4): 350–65.
- Jung T., Huang J., Eagan L., Oldenburg D. (2019). Influence of school-based nutrition education program on healthy eating literacy and healthy food choice among primary school children. *International Journal of Health Promotion and Education*, 57(2): 67-81. Doi: 10.1080/14635240.2018.1552177
- Jusiené R., Urbonas V. *et al.* (2019). Screen Use During Meals Among Young Children: Exploration of Associated Variables. *Medicina*, 55: 688.
- Kahneman D. (2011). *Thinking, fast and slow: Daniel Kahneman*. London: Penguin Books.
- Kanazawa M., Yoshiike N., Osaka T., Numba Y., Zimmet P., Inoue S. (2005). Criteria and classification of obesity in Japan and Asia-Oceania. *World Rev Nutr Diet.*, 94: 1-12. Doi: 10.1159/000088200
- Kapoor N. (2021). Thin Fat Obesity: The Tropical Phenotype of Obesity. In Feingold K.R., Anawalt B., Boyce A., *et al.*, (eds.). *Endotext [Internet]*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.
- Kaufman S.R. (2005). *...And A Time to Die. How American Hospitals Shape the End of Life*. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Kaufman S.R. (2010). Time, clinic technologies, and the making of reflexive longevity: The cultural work of time left in an ageing society. *Sociology of Health & Illness*, 32(2): 225–237. Doi: 10.1111/j.1467-9566.2009.01200.x
- Kaufmann J.C. (2009). *L'intervista*. Bologna: Il Mulino.
- Khambalia A., Hardy L.L., Bauman A. (2012). Accuracy of weight perception, life-style behaviours and psychological distress among overweight and obese adolescents. *J Paediatr Child Health*, Mar., 48(3): 220-7. Doi: 10.1111/j.1440-1754.2011.02258.x
- Khan M.A., Moverley Smith J.E. (2020). “Covibesity” a new pandemic. *Obes Med.*, 19: 100282. Doi: 10.1016/j.obmed.2020.100282
- Kickbusch I., Allen L., Franz C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*, 4: 895-896. Doi: 10.1016/S2214-109X(16)30217-0

- Kickbush I., Maag D. (2007). Lo sviluppo della Health Literacy nelle moderne società della salute. *Salute e Società*, VI(1).
- Kim J. (2011). Socioeconomic inequalities in self-rated health among middle-aged and older adults. *Social Work in Health Care*, 50: 124-142.
- Kivimäki M., Jokela M., Hamer M. *et al.* (2011). Examining Overweight and Obesity as Risk Factors for Common Mental Disorders Using Fat Mass and Obesity-Associated (FTO) Genotype-Instrumented Analysis: The Whitehall II Study, 1985–2004. *American Journal of Epidemiology*, 173(4): 421–429, 15 february. Doi: 10.1093/aje/kwq444
- Kleinman A. (1978). Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science and Medicine*, 12: 85-93.
- Koplan J.P., Liverman C.T., Kraak V.I. (eds) (2005). *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance, 1st ed.* Washington, DC: The National Academies Press.
- Kristensen D.B., Askegaard S., Jeppesen L.H. (2013). “If it makes you feel good it must be right”: Embodiment strategies for healthy eating and risk management. *Journal of Consumer Behaviour*, 12(4): 243–52.
- Krzniarić Ž., Karas I., Ljubas Kelečić D., Vranešić Bender D. (2021). The Mediterranean and Nordic Diet: A Review of Differences and Similarities of Two Sustainable, Health-Promoting Dietary Patterns. *Front Nutr.*, Jun 25, 8:683678. Doi: 10.3389/fnut.2021.683678
- Kuhn T.S. (1970). The structure of scientific revolutions (2 edition, enlarged). *International Encyclopedia of Unified Science*, II(2). Chicago: University of Chicago.
- Kuk J.L., Ardern C.I. (2009). Are metabolically normal but obese individuals at lower risk for all-cause mortality?. *Diabetes Care*, 32(12): 2297–2299. Doi: 10.2337/dc09-0574
- Kuriyan R., Naqvi S., Bhat K.G., Ghosh S., *et al.* (2020). The Thin But Fat Phenotype is Uncommon at Birth in Indian Babies. *The Journal of Nutrition*, April, 150(4): 826–832. Doi: 10.1093/jn/nxz305
- Kutcher E.J., Bragger J.D. (2004). Selection Interviews of Overweight Job Applicants: Can Structure Reduce the Bias? *Journal of Applied Social Psychology*, 34(10): 1993–2022. Doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02688.x
- Kwan S., Trautner M.N. (2011). Weighty Concerns. *Contexts*, 10(2): 52–57. Doi: 10.1177/1536504211408907
- Labree W., van de Mheen D., Rutten F., Rodenburg G., Koopmans G., Foets M. (2015). Differences in Overweight and Obesity among Children from Migrant and Native Origin: The Role of Physical Activity, Dietary Intake, and Sleep Duration. *PLoS One*, Jun 1, 10(6):e0123672. Doi: 10.1371/journal.pone.0123672
- Lakoff G. (2010). *Why it Matters How We Frame the Environment*. Environmental Communication, 4:1, 70-81. DOI: 10.1080/17524030903529749
- Lancet-Anonymous (2009). What is health? The ability to adapt. *Lancet*, 373: 781.

- Lapierre M.A., Vaala S.E., Linebarger D.L. (2011). Influence of licensed spokescharacters and health cues on children's ratings of cereal taste. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, Mar; 165(3): 229-34. Doi: 10.1001/archpediatrics.2010.300
- Lapum J.L., Liu L., Church K., Yau T.M., Ruttonsha P., Matthews D.A., Retta B. (2014). Arts-informed research dissemination in the health sciences: An evaluation of peoples responses to "The 7,024 th Patient" art installation. *Sage Open*, 4(1): 2158244014524211.
- Le Breton D. (2007). *Antropologia del corpo e modernità*. Milano: Giuffrè.
- Lean S.C., Derricott H., Jones R.L., Heazell A.E.P. (2017). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(10):e0186287. Doi: 10.1371/journal.pone.0186287
- Leppo K., Ollila E., Peña S., Wismar M., Cook S. (2013). *Health in All Policies - Seizing opportunities, implementing policies*. Disponibile in pdf: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69920/URN_ISBN_978-952-00-3407-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Lester B.M., Conratt E., LaGasse L.L. *et al.* (2018). Epigenetic Programming by Maternal Behavior in the Human Infant. *Pediatrics*, e20171890. Doi: 10.1542/peds.2017-1890
- Letona P., Chacon V., Roberto C. *et al.* (2014). Effects of licensed characters on children's taste and snack preferences in Guatemala, a low/middle income country. *Int J Obes.*, 38: 1466–1469. Doi: 10.1038/ijo.2014.38
- Levine S. (1987). The changing terrains in medical sociology: emergent concern with quality of life. *Journal of Health and Social Behaviour*, 28: 1-6.
- Levinson J.A., Sarda V., Sonnevile K., Calzo J.P., Ambwani S., Austin S.B. (2020). Diet Pill and Laxative Use for Weight Control and Subsequent Incident Eating Disorder in US Young Women: 2001-2016. *Am J Public Health*, jan., 110(1): 109-111. Doi: 10.2105/AJPH.2019.305390
- Lévi-Strauss C. (1966a). *Antropologia strutturale*. Milano: il Saggiatore.
- Lévi-Strauss C. (1966b). *Mitologica I. Il crudo e il cotto*. Milano: il Saggiatore.
- Lévi-Strauss C. (1971). *Mitologica III. Le origini delle buone maniere a tavola*. Milano: il Saggiatore.
- Lev-Ran A. (2000). Genotipo parsimonioso, obesità, diabete e la società dello spreco. *GIDM*, 20: 199-221.
- Livelli di assunzione di riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana - LARN (2014). *Tabelle*. Disponibile al sito: <https://sinu.it/tabelle-larn-2014/>.
- Livi Bacci M. (2011). Fame e crescita demografica. *Parolechiave*, 1: 1-13. Doi: 10.7377 /70430
- Lombi L. (2015). *Le web survey*. Milano: FrancoAngeli.
- Lonardi C. (2011). Salute. In Cipolla C. (a cura di), *Concetti fondamentali del sapere sociologico*. Milano: FrancoAngeli, pp. 318-332.
- Longo V. (2020). *La longevità inizia da bambini*. Milano: Mauri Spagnol.

- Loos R.J.F., Yeo G.S.H. (2022). The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nat Rev Genet.*, feb, 23(2): 120-133. Doi: 10.1038/s41576-021-00414-z
- Lucas A. (1991). Programming by early nutrition in man. In Bock G.R., Whelan J. (eds.), *The Childhood Environment and Adult Disease*, CIBA Foundation Symposium 156. Chichester: Wiley, pp. 38-55.
- Lucas A., Fewtrell M.S., Cole T.J. (1999). Fetal origins of adult disease - the hypothesis revisited. *BMJ*, 319: 245-9.
- Luhmann N. (1983). *Teoria politica nello stato del benessere*. Milano: FrancoAngeli.
- Luhmann N. (2002a). *La fiducia*. Bologna: Il Mulino.
- Luhmann N. (2002b). *Risk. A Sociological Theory*. London: Routledge.
- Lupton D. (1999). *L'anima nel piatto*. Bologna: Il Mulino.
- Lupton D. (2016). Explainer: what is fat studies? *The Conversation*, september 21. Disponibile al sito: <https://theconversation.com/explainer-what-is-fat-studies-63108>.
- Lupton D. (2018). *Fat (2nd ed.)*. London: Routledge.
- Lupton R.C., Allwood J.M. (2017). Hybrid Sankey diagrams: Visual analysis of multidimensional data for understanding resource use. *Resources, Conservation and Recycling*, 124: 141-151. Doi: 10.1016/j.resconrec.2017.05.002
- Lynch D.K. (2005). Advertising Motherhood: Image, Ideology, and Consumption. *Berkeley Journal of Sociology*, XLIX: 32-57.
- Macintyre S., McKay L., Der G., Hiscock R. (2003). Socio-economic position and health: what you observe depends on how you measure it. *J Public Health Med.*, dec., 25(4): 288-94. Doi: 10.1093/pubmed/fdg089
- Madan S., Basu S., Ng S., Ching Lim E.A. (2018). Impact of Culture on the Pursuit of Beauty: Evidence from Five Countries. *Journal of International Marketing*, 26(4): 54-68. Doi: 10.1177/1069031X18805493
- Maher J.M., Supski S., Wright J., Leahy D., Lindsay J., Tanner C. (2020). Children, "healthy" food, school and family: the '[n]ot really' outcome of school food messages. *Children's Geographies*, 18(1): 81-95.
- Maietta O.W., Gorgitano M.T. (2016). School meals and pupil satisfaction. Evidence from Italian primary schools. *Food Policy*, 62: 41-55. Doi: 10.1016/j.foodpol.2016.04.006
- Malacarne D., Handakas E., Robinson O. et al. (2022). The built environment as determinant of childhood obesity: A systematic literature review. *Obesity Reviews*, 23(S1): e13385. Doi: 10.1111/obr.13385
- Malinowski B. (1922). *Argonauts of the Western Pacific*. London: Routledge & Kegan.
- Mancino L., Lin B.H., Ballenger N. (2004). The Role of Economics in Eating Choices and Weight Outcomes. *Agriculture Information Bulletin*, 791: 1-18. Doi: 10.22004/ag.econ.33781
- Mantegazza A. (2020). *Milano e la refezione scolastica*. Milano: Milano Ristorazione S.p.A.
- Marmot M., Wilkinson R.G. (2009). Introduction. *Oxford Academic*, 1-5. Doi: 10.1093/acprof:oso/9

780198565895.003.01

- Marmot M., Wilkinson R.G., (a cura di) (1999). *Social Determinant of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marradi A. (1996). Due famiglie un insieme. In Cipolla C, De Lillo A., a cura di, *Il sociologo e le sirene. La sfida dei metodi qualitativi*. Milano: FrancoAngeli, pp. 1667-178.
- Marradi A. (2007). *Metodologia delle scienze sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Marradi A. (2019). *Tutti redigono questionari. Ma è davvero così facile?* Milano: FrancoAngeli.
- Martines R.M., Pereira Machado P. *et al.* (2019). Association between watching TV whilst eating and children's consumption of ultraprocessed foods in United Kingdom. *Wiley Maternal & Child Nutrition*, 15(4): e12819.
- Martínez-Gómez D., León-Muñoz L.M., Guallar-Castillón P., López-García E., Aguilera M.T., Banegas J.R. *et al.* (2013). Reach and equity of primary care-based counseling to promote walking among the adult population of Spain. *J Sci Med Sport*, nov., 16(6): 532–538. Doi: 10.1016/j.jsams.2013.01.006
- Marx K. (2007). *Das Kapital*. United States: Frederick Ellis.
- Marzulli M. (2015). *Salute e mutualità nel welfare Lombardo*. Milano: FrancoAngeli.
- Mathews T.J., Hamilton B.E. (2014). First Births to Older Women Continue to Rise. *NCHS Data Brief*, May, 152: 1-8.
- Mathiot L. (2015). Manger comme un grand. La régulation des pratiques alimentaires. *Ethnologie française*, 45: 685-692. Doi: 10.3917/ethn.154.0685
- Maturo A. (2007). *Sociologia della malattia. Un'introduzione*. Milano: FrancoAngeli.
- Maturo A. (2014). Gente pesante. Un'analisi sociologica su blog e obesità. In Cipolla C., Maturo A. (a cura di), *Sociologia della salute e web society*. Milano: FrancoAngeli.
- Maturo A. (2015). Doing Things with Numbers. The Quantified Self and the Gamification of Health. *European Journal of Medical Humanities & Social Studies of Science and Technology*, 7(1): 87-105.
- Maturo A. (2022). *La società bionica. Saremo sempre più belli, felici e artificiali?* Milano: FrancoAngeli.
- Maturo A. Moretti V. (2020). COVID-19, the triple bias, and the “Unheimlich”. The challenges of COVID-19: global health and inequality. *ESA RN16 Newsletter – Special Issue*, 11:17-18.
- Maturo A., Esposito M., Tognetti M. (2020). Medicalizzazione, biomedicalizzazione e farmacologizzazione. In Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G, (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: Il Mulino, p. 363-381.
- Maturo A., Moretti V. (2019). La medicalizzazione della vita tra quantificazione e gamification. *Rassegna Italiana di Sociologia*, luglio-settembre, 3: 510-530. Doi: 10.1423/95506
- Maturo A., Moretti V., Gibin M. (2021). Perturbante e performante. Il lockdown indomestico. *Salute e Società*, suppl. 2: 21-34. Doi: 10.3280/SES2021-002-S1002

- Maturo A., Setiffi F. (2021). *Gli aspetti sociali del Wellness*. Milano: FrancoAngeli.
- Mauss M. (2017). *Le tecniche del corpo*. Pisa: ETS.
- May C. (2005). Chronic illness and intractability: professional-patient interactions in primary care. *Chronic Illness*, 1(1): 15–20. Doi: 10.1177/17423953050010011201
- Mayr E. (1994). Does it pay to acquire high intelligence? *Persp Biol Med.*, 37: 337-338. Doi: 10.1353/pbm.1994.0076
- Mc Kinsey Global Institute (2014). *Overcoming Obesity. An Initial Economic Analysis*. Stati Uniti: McKinsey & Company. Disponibile in pdf: https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/business%20functions/economic%20studies%20temp/our%20insights/how%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/mgi_overcoming_obesity_full_report.ashx.
- McHugh M.C., Chrisler J.C. (2015). *The wrong prescription for women: how medicine and media create a “need” for treatments, drugs, and surgery*. Santa Barbara: Praeger.
- McIntosh W.A. (2013). *Sociologies of food and nutrition*. Berlino: Springer.
- McKeown T. (1976). *The modern rise of population*. Cambridge, Massachusetts, Stati Uniti: Academic Press.
- McKeown T. (1976). *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis?* London, England: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- McLaren L. (2007). Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiologic Reviews*, 29: 29-48. Doi: 10.1093/epirev/mxm001
- Mead G.H. (1972). *Mente, sè e società: dal punto di vista di uno psicologo comportamentista*. Firenze: Giunti-Barbera.
- Meglio L. (2017). *Sociologia del cibo e dell'alimentazione. Un'introduzione. Nuova ediz.* Milano: FrancoAngeli.
- Mehta K., Booth S., Coveney J., Strazdins L. (2019). Feeding the Australian Family: Challenges for Mothers, Nutrition and Equity. *Health Promotion International*, 1–8.
- Melbye E.L., Øgaard T., Øverby N.C. et al. (2013). Parental food-related behaviors and family meal frequencies: associations in Norwegian dyads of parents and preadolescent children. *BMC Public Health*, 13(820): 1-9. Doi: 10.1186/1471-2458-13-820
- Meloni C., Mibelli M. (2021). *Belle di faccia*. Milano: Edizioni Mondadori.
- Mennell S. (1985). *All Manners of Food: Eating and Taste in England and France from the Middle Ages to the Present*. Oxford: Basil Blackwell.
- Merleau-Ponty M. (2003). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani.
- Merton R.K. (2000). *Teoria e struttura sociale. Vol. II. Studi sulla struttura sociale e culturale*. Bologna: Il Mulino.
- Migliaccio R. (2020). *Forme. La guida alle proporzioni per imparare a valorizzare e amare la nostra unicità*. Milano: Vallardi editore.
- Ministero dell'Istruzione (2020). *Linee guida per la Didattica digitale integrata*. Disponibile in pdf:

- https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/ALL.+A+_+Linee_Guida_DDI_.pdf/f0eeb0b4-bb7e-1d8e-4809-a359a8a7512f.
- Ministero della Salute (2010). *Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica*. Disponibile in pdf: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1248_allegato.pdf.
- Ministero della Salute (2013). *Che cos'è l'obesità*. Disponibile al sito: http://www.ccm-network.it/ebp_e_obesita/paginaObesita.jsp?id=node/118.
- Miur (2015). *Linee guida per l'educazione alimentare*. Disponibile in pdf: https://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l'Educazione_Alimentare_2015.pdf.
- Moliterni P., Magnanini A. (2020). Attività motoria tra specificità e trasversalità, tra costrutti formali e informali. In: Cecilian A., a cura di, *L'educazione motoria nella scuola primaria*. Roma: Carocci.
- Monaghan L.F., Rich E., Bombak A.E. (2022). *Rethinking Obesity. Critical perspectives in Crisis Times*. London: Routledge.
- Mongardini C. (2002). *La conoscenza sociologica*. Genova: ECIG.
- Montanari M. (1997). *La fame e l'abbondanza. Storia dell'alimentazione in Europa*. Roma-Bari: Laterza.
- Monteiro C.A, Moura E.C., Conde W.L., Popkin B.M. (2004). Socioeconomic Status and Obesity in Adult Populations of Developing Countries: A Review. *Bulletin of the World Health Organization*, Dec., 82(12): 940-6.
- Monzani A., Ricotti R., Caputo M., Solito A., Archero F., Bellone S., Prodam F. (2019). A systematic review of the association of skipping breakfast with weight and cardiometabolic risk factors in children and adolescents. What should we better investigate in the future?. *Nutrients*, 11: 1-23. Doi: 10.3390/nu11020387
- Moreira S., Gonçalves L. (2020). Overweight and Obesity in Children of Immigrant Versus Native Parents: Exploring a Local Setting in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*, 17(21): 7897. Doi:10.3390/ijerph17217897
- Moretti V. (2020). *Sociologia del paziente. Diseguaglianze sociali, salute digitale e nuove forme di partecipazione in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Moretti V., Maturo A. (2021). Unhome Sweet Home: The Construction of New Normalities in Italy during COVID-19. In: Lupton D., Willis K., eds., *The COVID-19 Crisis. Social Perspectives*. London: Routledge.
- Mortara A., Sinisi V. (2016). La prima colazione delle famiglie italiane: uno sguardo dall'interno. *Sociologia della comunicazione*, 52: 84-102. Doi: 10.3280/SC2016-052007
- Moss M. (2013). *Salt Sugar Fat: How the Food Giants Hooked Us*. New York: Random House.
- Mostowlansky T., Rota A. (2020). Emic and etic. *Cambridge Encyclopedia of Anthropology*, 29 November. Disponibile al sito: <https://www.anthroencyclopedia.com/entry/emic-and-etic>

- Nações Unidas (2020). *OMS aponta Portugal como referência para prevenir obesidade nas crianças*. 4 marzo. Disponibile al sito: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706141>.
- Navarro V., (1976). *Medicine under Capitalism*. New York: Prodist.
- Neel J.V. (1962). Diabetes mellitus: a “thrifty” genotype rendered detrimental by “progress”? *Am J Hum Genet.*, dec;14(4): 353-62.
- Nestle M. (2013). *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*. Berkeley, California (Stati Uniti): University of California Press.
- Nestle M. (2015). *Soda Politics: Taking on Big Soda (and Winning)*. Usa: OUP.
- Nestle M. (2018a). *When Big Soda Started Stalking Me. An unlikely gift from Russian hackers*. 30 ottobre. Disponibile al sito: <https://gen.medium.com/when-big-soda-started-stalking-me-ccffa03eafe>.
- Nestle M. (2018b). Superfoods Are a Marketing Ploy. Blueberries and macadamia nuts aren't that good for you. *The Atlantic*, 23 ottobre. Disponibile al sito: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2018/10/superfoods-marketing-ploy/573583/>.
- Nestle M. (2018c). *Unsavoury Truth: How Food Companies Skew the Science of What We Eat*. New York: Basic Books.
- Nestle M. (2019). How neoliberalism ruins traditional diets and health. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, april 18, 7(8): P595. Doi: 10.1016/S2213-8587(19)30142-1
- Nestle M. (2020). Conflicts of Interest in Food and Nutrition Research. In Goldberg A.M. (ed.), *Feeding the World Well: A Framework for Ethical Food Systems*. Baltimore: Johns Hopkins Press, pp. 89-97.
- Nestle M. (2022). Regulating the food industry: an aspirational agenda. *Am J Public Health*. 112(6):853–858. Doi: 10.2105/AJPH.2022.306844
- Nettle D., Andrews C., Bateson M. (2017). Food insecurity as a driver of obesity in humans: the insurance hypothesis. *Behav. Brain Sci.*, Jan., 40: e105. Doi: 10.1017/S0140525X16000947
- Niero M. (2005). Disability Paradox: i disabili e la felicità. *Salute e Società*, IV: 32-46.
- Niero M., Poletti P. (a cura di) (2009). *La salute dei mantovani. Epidemiologia, percezione e differenze*. Milano: FrancoAngeli.
- Niola M. (2018). Umiliati e obesi. *Archivio antropologico mediterraneo*, 20(1): 1-11 Doi: 10.4000/aam.286
- Nocenzi M. (2005). Il rischio della “società del rischio”. *Salute e Società*, IV(2). Milano: FrancoAngeli.
- Nordenfelt L., Liss P.E. (2021). *Dimensions of health and health promotion*. Leiden: Brill.
- Ofori-Asenso *et al.* (2016). Overweight and obesity epidemic in Ghana. A systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 12:1239. Doi: 10.1186/s12889-016-3901-4
- Ohri-Vachaspati P., DeLia D., DeWeese R., Crespo N., Todd M., Yedidia M. (2015). The relative contribution of layers of the Social Ecological Model to childhood obesity. *Public Health Nutrition*, 18(11): 2055-2066. Doi:10.1017/S1368980014002365

- Omran A.R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4): 731-57. Doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x
- Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD (2019). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing. Doi: 10.1787/67450d67-en
- Ortega-García J.A., Kloosterman N., Alvarez L. *et al.* (2018). Full Breastfeeding and Obesity in Children: A Prospective Study from Birth to 6 Years. *Childhood Obesity*, July, 14(5): 327-337. Doi: 10.1089/chi.2017.0335
- Otero G. (2018). *The Neoliberal Diet: Healthy Profits. Unhealthy People*. Austin (Stati Uniti): University of Texas Press.
- Ouldzeidoune N., Keating J., Bertrand J., Rice J. (2013). A description of female genital mutilation and force-feeding practices in Mauritania: implications for the protection of child rights and health. *PLoS One*, 8(4): e60594.
- Paarlberg R. (2010). *Food Politics: What Everyone Needs to Know*. New York: Oxford University Press.
- Pace P. (2017). *La parola muta. La sofferenza del soggetto obeso*. Milano: Edizioni San Paolo.
- Pace P. (a cura di) (2021). Nutrire il cuore. Nuovi disagi in età evolutiva. In: Pace P., a cura di, *Sfamami. Attualità della clinica psicoanalitica dei disordini alimentari in età pediatrica 10 anni dopo*. Milano: Mimesis, pp. 41-76.
- Page R.M., Ihász F., Uvacek M., *et al.* (2007). Self-Perception of Body Weight, Weight Management Practices and Goals, and other Weight-Related Factors in Central and Eastern European Adolescents. *International Quarterly of Community Health Education*, 27(1): 39-58. Doi:10.2190/IQ.27.1.d
- Palazzi M., Silvestrini G., Sintoni F., Vitali P. (2019). Profilo di equità in epoca prenatale e perinatale. Prov. Rimini. Disponibile in pdf: <https://www.auslromagna.it/organizzazione/dipartimenti/dipsan/prevenzione/salute-romagna/diseguaglianze/profilo-di-equita-prenatale-e-perinatale/850-e-profilo-di-equita-prenatale-e-perinatale-rimini/file>.
- Paltrinieri C. (2019). *Mangiare a scuola. La rivoluzione della mensa sostenibile che cambierà il mondo*. Milano: FrancoAngeli.
- Paltrinieri R., Parmiggiani P. (2004). Il tempo dei consumi alimentari nella società globale. In Di Nallo E., Fabris G. (a cura di), *L'esperienza del tempo di consumo tra pratiche e fruizione sociale*. Milano: FrancoAngeli, pp. 77 – 116.
- Palumbo M., Garbarino E. (2022). *Ricerca sociale: metodo e tecniche*. Milano: FrancoAngeli.
- Pan XF., Wang L., Pan A. (2021). Epidemiology and determinants of obesity in China. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 9(6): 373–392. Doi: 10.1016/S2213-8587(21)00045-0

- Parkinson K.N., Reilly J.J., Basterfield L., Reilly J.K., Janssen X., Jones A.R., *et al.* (2017). Mothers' perceptions of child weight status and the subsequent weight gain of their children: a population-based longitudinal study. *International journal of obesity*, 41(5): 801-806.
- Parodi A. (2002). *Storie della medicina*. Torino: Edizioni di Comunità.
- Parsons T. (1965). *Il Sistema Sociale*. Milano: Comunità.
- Parsons T. (1975). The Sick role and the Role of the Physician Reconsidered. The Milbank Memorial Fund Quarterly. *Health and Society*, 53(3): 257-278.
- Patall E.A., Cooper H., Robinson J.C. (2008). The effects of choice on intrinsic motivation and related outcomes: a meta-analysis of research findings. *Psychol Bull.*, mar, 134(2): 270-300. Doi: 10.1037/0033-2909.134.2.270
- Patterson M., Johnston J. (2012). Theorizing the obesity epidemic: Health crisis, moral panic and emerging hybrids. *Social Theory & Health*, march, 10(3): 265-291. Doi: 10.1057/sth.2012.4
- Pérez-Escamilla R., Kac G. (2013). Childhood obesity prevention: a life-course framework. *Int J Obes Suppl*, 3(Suppl. 1): S3–S5. Doi: 10.1038/ijosup.2013.2
- Phelan J.C., Link B.G., Tehranifar P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav.*, 51 Suppl: S28-40. Doi: 10.1177/0022146510383498
- Picheral H. (1989). Géographie de la transition épidémiologique. *Annales de Géographie*, 98(546): 129-151. Doi: 10.3406/geo.1989.20898
- Picheral H. (2002). Baudelle G., Géographie du peuplement. *Annales de Géographie*, 111(624): 213.
- Pietrobelli A. Fearnbach N., Ferruzzi A., Vrech M., Heo M., *et al.* (2021). Effects of COVID-19 lockdown on lifestyle behaviors in children with obesity: Longitudinal study update. *Obes Sci Pract.*, Dec 27, 8(4): 525-528. Doi: 10.1002/osp4.581
- Pires D. (2020). *OMS aponta Portugal como um exemplo na luta contra a obesidade*. 4 marzo. Disponibile al sito: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/oms-aponta-portuga-1-como-um-exemplo-na-luta-contr-a-obesidade-11887389.html>
- Piwek L., Ellis D.A., Andrews S., Joinson A. (2016). The Rise of Consumer Health Wearables: Promises and Barriers. *PLOS Medicine*, 13: e1001953.
- Plava A. (2023), “Covibesity”, in Ritzer G., Rojek C. (eds.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Sociology*, 2nd edition, Malden, Oxford, pp. 1-5. Doi: 10.1002/9781405165518.wbeos1892
- Popkin B.M. (2009). *The World Is Fat the Fads, Trends, Policies, And Products That Are Fattening the Human Race*. New York: Avery.
- Popkin B.M., Adair L.S., Ng S.W. (2012). Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev.*, 70(1): 3-21.

- Popkin B.M., Lu B., Zhai F. (2002). Understanding the nutrition transition: measuring rapid dietary changes in transitional countries. *Public Health Nutr*, 5: 947–53. Doi: 10.1079/PHN2002370
- Popkin B.M. (2009). Global changes in diet and activity patterns as drivers of the nutrition transition. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program*, 63:1-10. Doi: 10.1159/000209 967
- Potwarka L.R., Kaczynski A.T., Flack A.L. (2008). Places to play: association of park space and facilities with healthy weight status among children. *J Community Health*, oct., 33(5): 344-50. Doi: 10.1007/s10900-008-9104-x
- Poulain J.P. (2008). *Alimentazione, cultura e società*. Bologna: Il Mulino.
- Poulain J.P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Poulain JP. (2014). *Sociologie de l'obésité*. Paris: PUF.
- Poulain JP. (2021). Food in transition: The place of food in the theories of transition. *The Sociological Review*, 69(3): 702-724. Doi:10.1177/00380261211009092
- Pourmoradian S., Ostadrahimi A., Bonab A.M., Roudsari A.H., Jabbari M., Irandoost P. (2021). Television Food Advertisements and Childhood Obesity: A Systematic Review. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 91: 3-9.
- Prati G., Pietrantonio L. (2012). *Attivi e sedentari. Psicologia dell'attività fisica*. Bologna: Il Mulino.
- Prentice A.M. (2006). The emerging epidemic of obesity in developing countries. *Int J Epidemiol.*, 35: 93-99. Doi: 10.1093/Ije/dyi272
- Prete M.L. (2021). Cibo e cartoni animati: cosa mangiano gli eroi dei bambini? *Melarossa*, 24 febbraio. Disponibile al sito: <https://www.melarossa.it/dieta/cibo-cartoni-animati/>.
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - PNPAS (2019). *Medidas fiscais*. Disponibile al sito: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/modificacao-da-oferta-alimentar/medidas-fiscais/>.
- Raman U. (2016). Body Image Perception: Adolescent Boys and Avatar Depiction in Video Games. *The Journal of Undergraduate Research and Creative Scholarship*, 1-11. Doi: 10.25886/CS5D-MC02
- Ramos Salas X., Buoncristiano M., Williams J., Kebbe M., Spinelli A., Nardone P., Rito A., et al. (2021). Parental Perceptions of Children's Weight Status in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI 2015/2017. *Obes Facts.*, 14(6): 658-674. Doi: 10.1159/000517586
- Rampersaud G.C., Pereira M.A., Girard B.L., Adams J., Metz J.D. (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 105: 743-760. Doi: 10.1016/j.jada.2005.02.007
- Reale R.J., Slater G.J., Burke L.M. (2017). Acute-Weight-Loss Strategies for Combat Sports and Applications to Olympic Success. *International journal of sports physiology and performance*,

12(2): 142-151. Doi: 10.1123/ijspp.2016-0211

- República Portuguesa (2018). *Relatório «Impacto do imposto especial sobre o consumo de bebidas açucaradas e adicionadas e edulcorantes»*. Disponibile in pdf: <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBAAAAB%2BLCAAAAAAABAAM7I0AQ%3D%3D>.
- Richard A.J., White U., Elks C.M. *et al.* (2020). Adipose Tissue: Physiology to Metabolic Dysfunction. In Feingold K.R., Anawalt B., Boyce A., *et al.* (eds.), *Endotext [Internet]*. South Dartmouth (MA): MDText.com.
- Richardson A.S., Boone-Heinonen J., Popkin B.M. *et al.* (2011). Neighborhood fast food restaurants and fast food consumption: A national study. *BMC Public Health*, 11(543): 1-8. Doi: 10.1186/1471-2458-11-543
- Rietmeijer-Mentink M., Paulis W.D., van Middelkoop M., Bindels P.J., van der Wouden J.C. (2013). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Matern Child Nutr.*, Jan, 9(1): 3-22. Doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x
- Ringbäck Weitoft G., Eliasson M., Rosén M. (2008). Underweight, overweight and obesity as risk factors for mortality and hospitalization. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(2): 169-176. Doi:10.1177/1403494807085080
- Rito A.I., Buoncristiano M., Spinelli A. *et al.* (2019). Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obes Facts*, 12(2): 226-243. Doi: 10.1159/000500425
- Rito A.I., Mendes S., Baleia J., Gregório M.J. (2021). *Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI Portugal 2019*. Disponibile in pdf: https://www.ceidss.com/wp-content/uploads/2021/10/COSI_Portugal_2019_out2021.pdf.
- Ritzer G. (2020). *La McDondalizzazione del mondo nella società digitale*. Milano: FrancoAngeli.
- Riva G., Wiederhold B.K., Mantovani F. (2021). Surviving COVID-19: The Neuroscience of Smart Working and Distance Learning Cyberpsychology. *Behavior, and Social Networking*, 24(2): 79-85.
- Roberts K., Cavill N., Hancock C., Rutter H. (2013). *Social and economic inequalities in diet and physical activity*. London: Public Health England.
- Robinson T.N., Banda J.A., Hale L., Lu A.S., Fleming-Milici F., Calvert S.L., Wartella E. (2017). Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 140: 97–101.
- Rogers P.J., Hardman C.A. (2015). Food reward. What it is and how to measure it. *Appetite*, jul, 90: 1-15. Doi: 10.1016/j.appet.2015.02.032
- Rogovik A.L., Goldman R.D. (2009). Should weight-loss supplements be used for pediatric obesity? *Can Fam Physician.*, mar., 55(3): 257-9.

- Romagnoli G. (2015). *Solo bagaglio a mano*. Milano: Feltrinelli.
- Rooney B.L., Mathiason M.A., Schauburger C.W. (2011). Predictors of Obesity in Childhood, Adolescence, and Adulthood in a Birth Cohort. *Matern Child Health J*, 15: 1166–1175. Doi: 10.1007/s10995-010-0689-1
- Rose G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1): 32–38. Doi: 10.1093/ije/30.3.427
- Rose G. (1995). *Le strategie della medicina preventiva*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Rose N. (2008). *La politica della vita*. Torino: Einaudi.
- Rose Spratt T.J. (2021). Understanding “fat shaming” in a neoliberal era: Performativity, healthism and the UK’s “obesity epidemic”. *Feminist Theory*, 0(0). Doi: 10.1177/146470012111048300
- Ross J.A. (2017). Durkheim and the Homo Duplex: Anthropocentrism in Sociology. *Sociological Spectrum*, 37(1): 18-26, Doi: 10.1080/02732173.2016.1227287
- Rouche M. (1987). The Early Middle Ages in the West. In Veyne P., (ed.). *A History of Private Life, Volume I: From Pagan Rome to Byzantium*. Cambridge, Massachusetts (Stati Uniti): Harvard UP, p. 444-447.
- Rundle A.G., Park Y., Herbstman J.B., Kinsey E.W., Wang Y.C. (2020). COVID-19-related school closings and risk of weight gain among children. *Obes Silver Spring*, 28(6): 1008–9.
- Ryan J. (2010). *A History of the Internet and the Digital Future*. London: Reaktion Books.
- Satmary W.A., Brusie C. (2022). *The Risks of Advanced Maternal Age: Pregnancy After Age 35*. Disponibile al sito: <https://www.healthline.com/health/pregnancy/geriatric-pregnancy>
- Sbraccia P., D’Adamo M., Guglielmi V. (2020). Obesità: malnutrizione per eccesso o vera e propria malattia? *L’Endocrinologo*, 21: 35–41. Doi: 10.1007/s40619-020-00669-4
- Scheff T. J. (1966). *Being mentally ill III: A sociological theory*. Chicago: Aldine.
- Scheper-Hughes N., Wacquant L. (2002). *Commodifying Bodies*. London: Sage.
- Schillinger D., Tran J., Mangurian C., Kearns C. (2017). Do Sugar-Sweetened Beverages Cause Obesity and Diabetes? Industry and the Manufacture of Scientific Controversy. *Ann Intern Med.*, dec 20, 165(12): 895-897. Doi: 10.7326/L16-0534.
- Schmidt M. (2008). The Sankey diagram in energy and material flow management: part I: history. *J. Ind. Ecol.*, 12: 82-94. Doi: 10.1111/j.1530-9290.2008.00004.x
- Schooler D. (2008). Real women have curves: A longitudinal investigation of TV and the body image development of Latina adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 23(2): 132-153.
- Schütz A. (1962). *Collected Papers: the problem of Social reality*. Amsterdam: The Hague.
- Schütz A. (1974). *La fenomenologia del mondo sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Schwartz-Shea P., Yanow D. (2014). *Interpretative Research Design. Concepts and Processes*. New York and London: Routledge. Doi: 10.1002/9781118836477.ch3

- Sebald G. (2011). Crossing the Finite Provinces of Meaning. Experience and Metaphor. *Human Studies*, 34(4): 341–352.
- Semi G. (2010). *L'osservazione partecipante. Una guida pratica*. Bologna: Il Mulino.
- Servizio sanitario regionale Emilia-Romagna - SSRER (2009). *Linee strategiche per la ristorazione scolastica in Emilia-Romagna*. Bologna: Centro stampa Giunta. Disponibile in pdf: [http://www.comune.bologna.it/media/files/lineestrategiche perlari storazione scolastica2](http://www.comune.bologna.it/media/files/lineestrategicheperlari storazione scolastica2).
- Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2006). *Sorveglianza nutrizionale. Determinanti e indicatori di rischio obesità nella popolazione infantile, Emilia Romagna. Indagine 2003 e 2005*. Disponibile in pdf: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/rapporti/contributi/contributi-n.-49-2006>.
- Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2008). *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2008. REGIONE EMILIA-ROMAGNA*. Disponibile in pdf: https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf/emilia%20romagna_corretto_ONLINE.pdf.
- Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2013). *Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso*. Bologna: Assessorato Politiche per la Salute. Disponibile in pdf: <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-pubblicati/2013/n.176-del-28.06.2013-parte-seconda.2013-06-27.7747401378/modello-regionale-di-presa-in-carico-del-bambino-sovrappeso-e-obeso-di-cui-alla-deliberazione-n.-2071-2010-approvazione-del-piano-regionale-della-prevenzione/allegato-compl.-bambino-sovrappeso-obeso.pdf>.
- Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2014). *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2014. REGIONE EMILIA-ROMAGNA*. Disponibile in pdf: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2014/Emilia-Romagna.pdf>.
- Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2016). *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2016. REGIONE EMILIA-ROMAGNA*. Disponibile in pdf: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2016/OKkio%20Report%20Regionale%202016%20ER.pdf>.
- Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2019a). *OKkio alla SALUTE. Risultati dell'indagine 2019*. Disponibile in pdf: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/report-regionale-2019/emilia-romagna-2019.pdf>.
- Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna - SSRER (2019b). *Rapporti regionali, Emilia-Romagna, scheda sintetica*. Disponibile in pdf: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/report-regionale-2019/emilia-romagna-scheda-2019.pdf>.
- Shaw H.J. (2006). Food deserts: towards the development of a classification. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 88(2): 231-247. Doi: 10.1111/j.0435-3684.2006.00217.x

- Shilling C. (2005). The Rise of the Body and the Development of Sociology. *Sociology*, 39(4): 761–767. Doi: 10.1177/0038038505056034
- Shilling C. (2012). *The body and social theory*. London: Sage.
- Shim J.K. (2010). Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51: 1-15.
- Silvestri S. (2021). Riflessi negli schermi. In: Pace P., a cura di, *Sfamami. Attualità della clinica psicoanalitica dei disordini alimentari in età pediatrica 10 anni dopo*. Milano: Mimesis, pp. 119-141.
- Silvestrini G., Marra M. (2018). *Health Equity Audit nei piani regionali della prevenzione in Italia*. Disponibile in pdf: [https://www.dors.it/ds/Introduzione/Health%20Equity %20Audit%20%20Toolbox%20generale%20progetto.pdf](https://www.dors.it/ds/Introduzione/Health%20Equity%20Audit%20%20Toolbox%20generale%20progetto.pdf).
- Simmel G. (2006). Sociologia del pasto. In: Mele V., a cura di, *Estetica e sociologia. Lo stile della vita moderna*, Roma: Armando Editore, p. 104.
- Simmel G. (2014). *Le metropoli e la vita dello spirito*. Roma: Armando Editore.
- Singhal V., Sella A.C., Malhotra S. (2021). Pharmacotherapy in pediatric obesity: current evidence and landscape. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*. February, 28(1): 55-63 Doi: 10.1097/MED.0000000000000587
- Siqueira Reis R., Hino A.A., Ricardo Rech C., Kerr J., Curi Hallal P. (2013). Walkability and physical activity: findings from Curitiba, Brazil. *Am J Prev Med.*, 45(3): 269-275. Doi:10.1016/j.amepre.2013.04.020
- Sobal J. (2000). Sociability and meals: Facilitation, commensality, and interaction. In Meiselman H.L. (ed.), *Dimensions of the meal: The science, culture, business, and art of eating*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, pp. 119–133.
- Sobal J., Stunkard A.J. (1989). Socioeconomic Status and Obesity: A Review of the Literature. *Psychological Bulletin*, 105: 260-275. Doi: 10.1037/0033-2909.105.2.260
- Società Italiana dell'obesità-Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica - SIO-ADI (2017). *Standard Italiani per la Cura dell'Obesità 2016-2017*. Disponibile in pdf: <https://www.sio-obesita.org/wp-content/uploads/2017/09/STANDARD-OBESITA-SI O-ADI.pdf>.
- Società Italiana di Nutrizione Umana, Società Italiana di Scienze dell'Alimentazione - SINU-SISA (2018). *Documento SINU-SISA sulla prima colazione*. Disponibile in pdf: <https://sinu.it/wp-content/uploads/2019/06/DOCUMENTO-Prima-Colazione-IS BN-agg.pdf>
- Sogari G., Velez-Argumedo C., Gómez M.I., Mora C. (2018). College Students and Eating Habits: A Study Using An Ecological Model for Healthy Behavior. *Nutrients*, 10(12): 1823. Doi: 10.3390/nu10121823
- Sontag S. (2020). *Malattia come metafora e L'Aids e le sue metafore*. Verona: Nottetempo.

- Soreda P. (2020). *Différence entre collation, goûter et grignotage*. Disponibile al sito: <https://www.paulinesoreda.com/difference-entre-collation-gouter-et-grignotage/>
- Spinelli A. (2019). *OKkio alla SALUTE 2019: la metodologia e le prevalenze di sovrappeso e obesità*. Disponibile in pdf: <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/pdf2020/10-nov-2020/SPINELLI.pdf>.
- Stagi L. (2008). *Anticorpi. Dieta, fitness e altre prigioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Stagi L. (2010). *Lavori in corpo. Pratiche ed estetiche di identità*. Milano: FrancoAngeli.
- Stagi L. (a cura di) (2009). Il cibo tra salute e cultura. Tavola rotonda con: Riccardo Dalle Grave, Antonio Guerci, Caterina Renna. *Salute e Società*, 3: 113-122. Doi: 10.3280/SES2009-003007
- Stagi L., Cavanna D. (2009). Introduzione. *Salute e società*, 3: 1-6. Doi: 10.3280/SES2009-003002
- Stefler D., Brett D., Sarkadi-Nagy E. *et al.* (2021). Traditional Eastern European diet and mortality: prospective evidence from the HAPIEE study. *Eur J Nutr* 60, 1091–1100. Doi: 10.1007/s00394-020-02319-9
- Stein E. (1986). *L'empatia*. Milano: FrancoAngeli.
- Stevens J., McClain J.E., Truesdale K.P. (2006). Obesity claims and controversies. *International Journal of Epidemiology*, feb., 35(1): 77–78. Doi: 10.1093/ije/dyi258
- Straus R. (1957). Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review*, 22(2): 200-204. Doi: 10.2307/2088858
- Strauss A.L., Corbin J., Fagerhaugh S., Glaser B.G., Maines D., Suczeck B., Wiener C. (1975). *Chronic Illness and the Quality of Life*. Saint-Louis, Mo.: Mosby.
- Stunkard A.J., Sorensen T.I.A. (1993). Obesity and Socioeconomic Status: A Complex Relation. *New England Journal of Medicine*, 329: 1036-1037.
- Sulik G.A. (2009). Managing biomedical uncertainty: The technoscientific illness identity. *Sociology of Health and Illness*, 31(7): 1059–1076. Doi: 10.1111/j.146795 66.2009.01183.x
- Sullivan D.A. (2010). A social change model of the obesity epidemic. In Mukherjea A. (ed.), *Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches*. Bingley: Emerald Group, pp. 315-342.
- Swan M. (2009). Emerging Patient-Driven Health Care Models: An Examination of Health Social Networks, Consumer Personalized Medicine and Quantified Self-Tracking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6: 492–525.
- Swinburn B.A., Kraak V.I., Allender S. *et al.* (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*, feb, 23, 393(10173): 791-846. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)32822-8
- Taveras E.M., Gillman M.W., Kleinman K., Rich-Edwards J.W., Rifas-Shiman S.L. (2010). Racial/ethnic differences in early-life risk factors for childhood obesity. *Pediatrics*, Apr., 125(4): 686-95. Doi: 10.1542/peds.2009-2100

- Taylor F.W. (2004). *L'organizzazione scientifica del lavoro*. Milano: Etas.
- Terraneo M. (2018). *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*. Milano: FrancoAngeli.
- Thaler R.H., Sunstein C.R. (2022). *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness*. London: Penguin.
- The State Council Information Office of the People's Republic of China (2020). *Press briefing for the Report on Chinese Residents' Chronic Diseases and Nutrition*, december 24. Disponibile al sito: http://www.gov.cn/xinwen/2020-12/24/content_5572983.htm.
- Thermes D. (2018). Il Paese di Cuccagna tra mito, utopia e politica. In De Castris M. (a cura di). *Cibo e società. Una relazione da esplorare*. Roma: Roma Tre-press, pp. 215-248.
- Thury C., de Matos C.V. (2015). Prevention of childhood obesity: a review of the current guidelines and supporting evidence. *S D Med.*, 18-23.
- Timmermans S., Steven H. (2008). Towards a sociology of disease. *Sociology of Health and Illness*, 30(5): 659-676.
- Tognetti M. (2017). *Nuovi scenari di salute. Per una sociologia della salute e della malattia*. Milano: FrancoAngeli.
- Tompkins C.L., Seablom M., Brock D.W. (2015). Parental perception of child's body weight: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5): 1384-1391.
- Tremblay M.S., Barnes J.D., Copeland J.L., Esliger D.W. (2005). Conquering childhood inactivity: is the answer in the past? *Med Sci Sports Exerc.*, Jul., 37(7): 1187-94. Doi: 10.1249/01.mss.0000170079.71522.a6
- Turmel A. (2013). *Une sociologie historique de l'enfance Pensée du développement, catégorisation et visualisation graphique*. Laval: Presses Universitaires de Laval, p. 352.
- Turner B.S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage.
- Turner B.S. (2004). *The New Medical Sociology: Social Forms of Health and Illness*. New York: Norton.
- Turner B.S. (2007). Body and Society. *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, feb. 15, 1-4. Doi: 10.1002/9781405165518.wbeosb039
- Twaddle A. (1968). *Influence and illness: definitions and definers of illness behaviour among older males in Providence, Rhode Island*. PhD Dissertation, Brown University: Providence, RI.
- Twaddle A. (1994). Disease, Illness and Sickness Revisited. In A. Twaddle & L. Nordenfelt (Eds.), *Disease, illness and sickness: Three central concepts in the theory of health* (pp. 1-18). Linköping: Linköping University Press.
- Twaddle A.C. (1982). From medical Sociology to the Sociology of Health: Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and Treatment. In Bottomore T., Nowack S., Sokolowska M. (eds.). *Sociology: The state of the Art*. Beverly Hills, CA: Sage, pp. 323-357.
- Uisp/Svimez (2021). Il costo sociale e sanitaria della sedentarietà. *Rapporto finale*, settembre. Disponibile in pdf: [https://www.uisp.it/nazionale/files/principale/2022/Ricerca%20UISP_co mpresso%20\(1\).pdf](https://www.uisp.it/nazionale/files/principale/2022/Ricerca%20UISP_co%20mpresso%20(1).pdf).

- UniSalute (2018). *La salute si impara da piccoli*. Bologna: Unisalute.
- University of Iowa (2018). *How effective is bariatric surgery? Patient Education*. Disponibile al sito: <https://uihc.org/educational-resources/how-effective-bariatric-surgery>.
- Van der A.D.L., Nooyens A.C., van Duijnhoven F.J. *et al.* (2014). All-cause mortality risk of metabolically healthy abdominal obese individuals: the EPIC-MORGEN study. *Obesity*, 22(2): 557–564. Doi: 10.1002/oby.20480
- Vaughn A.E., Ward D.S., Fisher J.O., Faith M.S., *et al.* (2016). Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutr Rev.*, feb, 74(2): 98-117. Doi: 10.1093/nutrit/nuv061
- Venturino L. (2022). Luisa Ranieri combatte l'obesità infantile con un cartone animato. *Dissapore*, 11 novembre. Disponibile al sito: <https://www.dissapore.com/notizie/luisa-ranieri-combatte-lobesita-infantile-con-un-cartone-animato/>.
- Verduci E., Banderali G., Barberi S., Radaelli G. *et al.* (2014). Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients*, 6(4): 1711–1724. Doi: 10.3390/nu6041711
- Villarini A. (2019). I bambini, il cibo e la salute. In Paltrinieri C., a cura di, *Mangiare a scuola. La rivoluzione della mensa sostenibile che cambierà il mondo*. Milano: FrancoAngeli, p. 81.
- Viviani D. (2010). *Il corpo dei giovani tra moda e tradizione. Valori, stili di vita e di consumo dei giovani del nord est. Una indagine a Verona*. Milano: Franco Angeli.
- von Hippel P.T., Workman J. (2016). From Kindergarten Through Second Grade, U.S. Children's Obesity Prevalence Grows Only During Summer Vacations. *Obesity*, Nov., 24(11): 2296-2300. Doi: 10.1002/oby.21613
- Waldby C. (2002). Stem Cells, Tissue Cultures and the Production of Biovalue. *Health*, 6(3): 305-323.
- Walsh J.J., Barnes J.D., Cameron J.D., *et al.* (2018). Associations between 24 hour movement behaviours and global cognition in US children: a cross-sectional observational study. *Lancet Child Adolesc Health*, Nov, 2(11): 783-791. Doi: 10.1016/S2352-4642(18)30278-5
- Wang C., Wan G., Yang D. (2014), Income inequality in the people's Republic of China: trends, determinants and proposed remedies. *Journal of Economic Surveys*, 28: 686-708. Doi: 10.1111/joes.12077
- Wang Y.C., Vine S., Hsiao A., Rundle A., Goldsmith J. (2015). Weight-Related Behaviors When Children Are in School Versus on Summer Breaks: Does Income Matter? *J School Health*, 85: 458-466. Doi.org/10.1111/josh.12274
- Wann M. (1998). *FAT!SO? : Because You Don't Have to Apologize for Your Size*. Berkeley, California, Stati Uniti: Ten Speed Press.
- Wardle J., Walter J., Jarvis M.J. (2002). Sex Differences in the Association of Socioeconomic Status with Obesity. *American Journal of Public Health*, 92(8): 1299-1304. Doi: 10.2105/ajph.92.8.1299
- Wasserman J.A., Hinote B.P. (2011). Chronic illness as incalculable risk: Scientific uncertainty and

- social transformations in medicine. *Social Theory and Health*, 9(1): 41-58. Doi: 10.1057/sth.2010.4
- Watson D. (2019). Fordism: a review essay. *Labor History*, 60(2): 144-159. Doi: 10.1080/0023656X.2019.1537031
- Weber M. (1991). *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo*. Milano: Rizzoli.
- Weber M. (2003). *Il metodo delle scienze storico-sociali*. Torino: Einaudi.
- Webster M. (2019). The cycle of uncertainty: parents' experiences of childhood epilepsy. *Sociology of Health and Illness*, 41(2): 205–218. Doi: 10.1111/1467-9566.12815
- Wells J.C. (2011). The thrifty phenotype: An adaptation in growth or metabolism? *Am J Hum Biol*, 23: 65-75. Doi: 10.1002/ajhb.21100
- Whiting S., Buoncristiano M., Gelius P. *et al.* (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. *Obesity Facts*, 14: 32-44. Doi: 10.1159/000511263
- Wilding J.P.H., Batterham R.L., Calanna S., Davies M., Van Gaal L.F., Lingvay I., *et al.* (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N. Engl. J. Med.*, 384 (11): 989–1002. Doi:10.1056/NEJMoa2032183
- Wilson K.M., Klein J.D., Sesselberg T.S., Yussman S.M., Markow D.B., Green A.E., West J.C., Gray N.J. (2006). Use of complementary medicine and dietary supplements among U.S. adolescents. *J Adolesc Health.*, Apr., 38(4): 385-94. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.01.010
- Wolinsky F.D. (1980). *The Sociology of Health*. Boston: Little, Brown.
- World Health Organization – WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva. Disponibile in pdf: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- World Health Organization – WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September. Disponibile al sito: https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2.
- World Health Organization – WHO (1984). *Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles*. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organization – WHO (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. *Report*, 854: 161–262. Disponibile al sito: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization – WHO (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Ginevra, 3–5 giugno, 1997. Disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
- World Health Organization – WHO (2001). *Controlling the global obesity epidemic*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>.
- World Health Organization - WHO (2007a). *Growth reference data for 5-19 years*. Geneva: WHO.

- Disponibile al sito: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years>.
- World Health Organization - WHO (2007b). *The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response: Summary*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization – WHO (2010a). *Community-based rehabilitation: CBR Guidelines. Health component*. Geneva. Disponibile in pdf: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44405>.
- World Health Organization - WHO (2010b). *A healthy lifestyle - WHO recommendations*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- World Health Organization - WHO (2014). *Monitoring health inequality: an essential step for achieving health equity*. Disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/133849>.
- World Health Organization – WHO (2015). *European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020*. Disponibile al sito: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/294474/European-Food-Nutrition-Action-Plan-20152020-en.pdf.
- World Health Organization – WHO (2016). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization – WHO (2017). *Taking action on childhood obesity*. Disponibile in pdf: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf>.
- World Health Organization - WHO (2018a). “*Health in all policies*” approach to improve nutrition in Portugal. Disponibile al sito: <https://www.who.int/europe/news/item/17-01-2018--health-in-all-policies-approach-to-improve-nutrition-in-portugal>
- World Health Organization - WHO (2018b). Evaluating implementation of the WHO set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Progress, challenges and guidance for next steps in the WHO European Region. Disponibile in pdf: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/384015/food-marketing-kids-eng.pdf
- World Health Organization - WHO (2019a). *Mapping the health system response to childhood obesity in the WHO European Region. An overview and country perspectives*. Disponibile in pdf: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/401176/Childhood-obesity-web.pdf.
- World Health Organization – WHO (2019b). *Global Action Plan for Physical Activity 2018-2030: more active people for healthier world*. Geneva: WHO.
- World Health Organization – WHO (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: WHO.
- World Health Organization – WHO (2021a). *Noncommunicable diseases*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- World Health Organization – WHO (2021b). *Obesity*. Disponibile al sito: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.

- World Health Organization - WHO (2021c). *Regional Director congratulates Portugal on progress with COVID-19 vaccination and tackling childhood obesity*. 16 novembre. Disponibile al sito: <https://www.who.int/europe/news/item/16-11-2021-regional-director-congratulates-portugal-on-progress-with-covid-19-vaccination-and-tackling-childhood-obesity>
- World Health Organization – WHO (2022a). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. Disponibile in pdf: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- World Health Organization - WHO (2022b). *Physical activity*. Disponibile al sito: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
- World Health Organization – WHO, (1987). *Ottawa charter for health promotion*. 2, May. Disponibile al sito: <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>.
- World Health Organization – WHO, (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Second International Conference on Health Promotion*. Adelaide, South Australia, 5-9 April. Disponibile al sito: <https://www.who.int/health-promotion/conferences/previous/adelaide/en/>.
- World Health Organization Europe – WHO Europe (2013). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (short version)*. Disponibile in pdf: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131300/9789289002783-eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- World Health Organization/The World Bank - WHO The World Bank (2017). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. Disponibile in pdf: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1614441.pdf>
- Yajnik C.S., Fall C.H., Coyaji K.J., Hirve S.S. *et al.* (2003). Neonatal anthropometry: the thin-fat Indian baby. The Pune Maternal Nutrition Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, feb., 27(2): 173-80. Doi: 10.1038/sj.ijo.802219
- Zarca B. (1990). La division du travail domestique: poids du passé et tensions au sein du couple. *Economie et statistique*, janvier, 228: 29-40. Doi: 10.3406/estat.1990.5410
- Zemrani B., Gehri M., Masserey E., Knob C., Pellaton R. (2021). A hidden side of the COVID-19 pandemic in children: the double burden of undernutrition and overnutrition. *Int J Equity Health*, Jan 22, 20(1): 44. Doi: 10.1186/s12939-021-01390-w
- Zenlea I.S., Thompson B., Fierheller D., Green J., Ulloa C., Wills A., *et al.* (2017). Walking in the shoes of caregivers of children with obesity: supporting caregivers in paediatric weight management. *Clin Obes.*, 7(5): 300–6.
- Zenti M.G. (2022). *L'Ospedale Pederzoli è Centro Accreditato SIO per la cura dell'obesità*. 1 aprile. Disponibile al sito: <https://www.ospedaledederzoli.it/ospedale-pederzoli-centro-accreditato-sio-cura-obesita/>.
- Ziglio E. (2002). Determinanti della salute in Europa: opportunità e sfide per la Sociologia della Salute. In: Cipolla C., a cura di, *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*. Milano: FrancoAngeli.

APPENDICE

ALLEGATO A

MODULO PER IL CONSENSO INFORMATO (INTERVISTE E FOCUS-GROUP)



Scuola, salute e stili alimentari delle famiglie prima e durante il COVID-19. Un'analisi sociologica sul territorio riminese

All'interno del percorso di Dottorato di Ricerca in Sociologia e Ricerca Sociale presso il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna si sta svolgendo una ricerca sociologica per indagare e comprendere educazione alimentare e stili di vita delle famiglie con figli tra 6 e 11 anni sul territorio riminese anche in relazione all'obesità infantile. La ricerca offrirà una base di conoscenze utili a valutare opportunità e limiti negli stili alimentari e di vita dei bambini al fine di individuare possibili strategie biopedagogiche integrative ma soprattutto preventive rispetto a quelle già in essere, che permettano di sostenere l'*empowerment* delle famiglie inteso come una corretta consapevolezza, percezione e comprensione dello "stare in salute".

Attraverso **la presente intervista narrativa/il presente focus-group** si intende confrontarsi, raccogliere opinioni e informazioni, che saranno esaminate e studiate in forma aggregata, senza dar peso a informazioni strettamente personali, fatte salvo solo generiche caratteristiche anagrafiche.

Si garantisce, pertanto, il totale anonimato dei partecipanti.

Con la presente si domanda di consentire l'audio-registrazione, la sua sbobinatura e il conseguente utilizzo della stessa (o di parti di essa) per pubblicazioni ed eventi di natura accademico-scientifica. Desidero ringraziarla per il suo prezioso contributo e rimango a disposizione per ogni ulteriore informazione o specifica.

Annalisa Plava

Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia Università di Bologna
Strada Maggiore, 45 – Bologna
email: annalisa.plava2@unibo.it
Sito web: <https://www.unibo.it/sitoweb/annalisa.plava2/>
Cell: 333 9049490

ALLEGATO B
GRIGLIA OSSERVATIVA



Nome della Scuola: xxx - Classe: xxx
Giorno osservazione: xxx - Orario: xxx
Insegnante referente: xxx

BIOLOGICO MENSA (SI/NO; %)	
MATERIE PRIME	
Qualità (da 1 a 10)	
Presenza di frutta e verdura nei menu dei bambini (SI/NO)	
Pane integrale (SI/NO)	
Sale iodato (SI/NO)	
Tempi di preparazione, arrivo e distribuzione (breve, medi, lunghi)	
Contenitori adeguati (SI/NO)	
Adeguatezza Porzioni (SI/NO)	
Gradimento/Mancato Gradimento del pasto o della singola pietanza da parte dei bambini (SI/NO)	
Diete speciali (SI/NO)	
Destinazione del cibo non somministrato nel rispetto dei principi di cui alla L. 166/2016 (SI/NO)	
MENÙ	
Chi predispone i menù?	
Trasmissione del menù giornaliero/settimanale	
Mancato rispetto del menù	
SCUOLA, PROGETTI, EDUCAZIONE ALIMENTARE	
Promozione di una sana alimentazione/ Educazione alimentare	
Migliorie apportate al piano organizzativo	
Migliorie da apportare all'organizzazione e gestione	
GENITORI/FAMIGLIE	
Ricaduta sulle famiglie relativa a: conoscenza e consumo di cibo BIO	
Coinvolgimento delle famiglie in attività e progetti legati all'alimentazione	
Coinvolgimento delle famiglie durante il pasto a scuola	
OBESITÀ INFANTILE	
Problema di obesità o sovrappeso (SI/NO)	
Percezione a Scuola	
Percezione genitori	
Pre/post Lockdown	

ALLEGATO C
QUESTIONARIO



Scuola, salute e stili alimentari delle famiglie prima e durante il COVID-19.

Un'analisi sociologica sul territorio riminese

Le chiediamo di collaborare ad una ricerca sociologica promossa dall'Università di Bologna e dal Comune di Rimini in collaborazione con la sua scuola.

Lo studio è diretto dal Prof. Antonio Maturo.

Il Suo contributo sarà utile per definire il gradimento dei bambini nell'alimentazione scolastica, degli stili di vita delle famiglie con figli in età scolare (6-11 anni) prima e durante il COVID-19, anche nell'ottica del biorispetto.

Le ricordiamo che non ci sono risposte giuste o sbagliate; desideriamo soltanto conoscere le Sue opinioni.

Il questionario è ANONIMO. I dati saranno analizzati in forma aggregata.

La ringraziamo fin d'ora per la sua collaborazione!

SCHEMA ANTROPOMETRICA SUA/O BAMBINA/O

1. Genere

- Maschio
 Femmina

2. Età

- 6-7 anni
 8-9 anni
 10 anni o più

3. Peso bambino (Kg)

4. Altezza bambino (cm)

SCHEMA ANTROPOMETRICA GENITORE

5. Risponde in qualità di:

- Madre
 Padre
 Tutore
 Altro (specificare)

6. Il suo nucleo familiare:

- Monogenitoriale
 Bigenitoriale

7. Età genitore rispondente

8. Peso genitore rispondente (Kg)

9. Altezza genitore rispondente (cm)

10. Nazionalità genitore rispondente
- Italiana
 - Straniera (specificare)
- 10a. Specifica nazionalità straniera genitore rispondente
11. Grado di istruzione Genitore rispondente
- Nessuno
 - Licenza elementare
 - Licenza media
 - Diploma
 - Laurea triennale, magistrale o vecchio ordinamento
 - Master o Dottorato di ricerca
12. Attualmente Lei è:
- Occupata/o part-time
 - Occupata/o full-time
 - Disoccupata/o
 - Inoccupata/o
 - Inattiva/o
 - Altro (specificare)
- 12a. Specifica Occupazione genitore rispondente

(FACOLTATIVE 13-18a)

13. Et  Altro Genitore
14. Peso (Kg) Altro Genitore
15. Altezza (cm) Altro Genitore
16. Nazionalit  Altro Genitore
- Italiana
 - Straniera (specificare)
- 16a. Specifica nazionalit  straniera Altro genitore
17. Grado di istruzione Altro Genitore
- Nessuno
 - Licenza elementare
 - Licenza media
 - Diploma
 - Laurea triennale, magistrale o titolo superiore
18. Attualmente l'Altro Genitore  :
- Occupata/o part-time
 - Occupata/o full-time
 - Disoccupata/o
 - Inoccupata/o
 - Inattiva/o
 - Altro (specificare)
- 18a. Specifica Occupazione Altro genitore
19. Da quanti anni Lei abita a Rimini?
- Pi  di 10 anni
 - Meno di 10 anni

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto meno di 10 anni)

- 19a. Per quale motivo si   trasferita/o a Rimini?

COLAZIONE E MERENDA

20. Lei fa colazione al mattino?

- Sì
- Raramente
- No (motivare)

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto No)

20a. Motivo no colazione

(OBBLIGATORIE 21-22a solo se ha risposto Sì e Raramente)

21. Prima del *lockdown*, dove mangiava, Lei a colazione?

- Casa propria
- Casa non propria (nonni o altro)
- Al bar
- Al sacco (nel tragitto per andare a lavoro o mentre attende di entrare)

21a. Prima del *lockdown*, cosa mangiava, Lei, più frequentemente, a colazione? ...

22. Durante l'anno scolastico (in presenza), dove mangia, Lei, a colazione?

- Casa propria
- Casa non propria (nonni o altro)
- Al bar (e a seguito delle misure restrittive al bar d'asporto)
- Al sacco (nel tragitto per andare a lavoro)

22a. Durante l'anno scolastico (in presenza), cosa mangia, Lei, più frequentemente, a colazione?

23. Sua figlia/suo figlio fa colazione al mattino?

- Sì
- Raramente
- No (motivare)

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto No)

23a. Motivazione no colazione

(OBBLIGATORIE 24-25a solo se ha risposto Sì e Raramente)

24. Prima del *lockdown*, dove mangiava, sua figlia/sua figlio, a colazione?

- Casa propria
- Casa non propria (nonni, babysitter o altro)
- Al bar
- Al sacco (nel tragitto per andare a scuola o mentre attende di entrare)

24a. Prima del *lockdown*, cosa mangiava, sua figlia/sua figlio, più frequentemente, a colazione?

25. Durante l'anno scolastico (in presenza), dove mangia, sua figlia/sua figlio, a colazione?

- Casa propria
- Casa non propria (nonni, babysitter o altro)
- Al bar (e a seguito delle misure restrittive al bar d'asporto)
- Al sacco (nel tragitto per andare a scuola o mentre attende di entrare)

25a. Durante l'anno scolastico (in presenza), cosa mangia, sua figlia/sua figlio, più frequentemente, a colazione?

.....

26. Per la merenda di metà mattina, cosa porta da mangiare, con più frequenza, sua figlia/sua figlio, a scuola?

- dolce
- salato
- nulla

26a. Può specificare il tipo di merenda a cui allude sopra (*es. se ha risposto salato: panino al crudo - se ha risposto dolce: merendina*)?

27. Per la merenda di metà mattina, cosa porta da bere, con più frequenza, sua figlia/sua figlio, a scuola?

- acqua
- succo
- thè confezionato
- nulla
- altro (specificare)

27a. Specifica tipologia di bevanda consumata

LA MENSA SCOLASTICA

28. Sua figlia/sua figlio, a pranzo usufruisce della mensa scolastica?

- Sì
- No (Può motivare la sua risposta?)

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto No)

28a. Motivazione no pranzo

(OBBLIGATORIE 29-41 solo se ha risposto Sì, con salto di domanda)

29. Per quante volte, in una settimana, sua figlia/sua figlio, usufruisce della mensa scolastica?

- 1 volta a settimana
- 2-3 volte la settimana
- Tutta la settimana

30. Lei è a conoscenza del fatto che le materie prime del servizio mensa sono per la gran parte biologiche?

- Sì
- No

31. Quanto è importante, a suo avviso, che l'alimentazione nelle mense scolastiche sia per la gran parte biologica?

- Molto importante
- Importante
- Poco importante
- Non importante
- Non so

32. Lei sa che i menu proposti variano molto e sono appositamente preparati secondo linee guida ministeriali e regionali?

- Sì
- No

33. Lei è soddisfatto della varietà dei menu proposti?

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Non soddisfatto

34. Lei si ritiene complessivamente soddisfatto della QUALITA' degli alimenti e degli ingredienti utilizzati in mensa?

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Non soddisfatto
- Non so, ma mi fido della scuola

35. Lei si ritiene complessivamente soddisfatto della QUANTITA' degli alimenti e degli ingredienti utilizzati in mensa?

- Molto soddisfatto
- Soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Non soddisfatto
- Non so, ma mi fido della scuola

36. Sua/o figlia/o gradisce le pietanze servite a mensa?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente
- Non so

37. A casa le capita di parlare con sua figlia/suo figlio di cosa mangia in mensa?

- Sempre
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai

37a. Può specificare gli argomenti che sua figlia/suo figlio le riporta, più frequentemente, all'attenzione? (*es. un particolare cibo apprezzato o non apprezzato, sensibilità verso le nuove modalità di svolgimento della mensa...*)?

38. Esprima il suo GIUDIZIO COMPLESSIVO sul pranzo a scuola per come è stato gestito prima del COVID-19:

- Non soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non so

39. Esprima il suo GIUDIZIO COMPLESSIVO sul pranzo a scuola per come è gestito adesso a causa del COVID-19:

- Non soddisfatto
- Poco soddisfatto
- Soddisfatto
- Molto soddisfatto
- Non so

40. Lei ritiene che il COSTO del servizio mensa sia:

- Basso
- Equilibrato
- Alto

41. È a conoscenza della esistenza di una piattaforma online dove il Comune e il Servizio Ristorazione Mensa forniscono informazioni ai genitori relative ai menu, le diete, le materie prime, le eventuali variazioni al menu nonché molte altre attività di supporto all'educazione alimentare dei bambini?

- Sì
- No

I PASTI A CASA

42. Nel fare la spesa considera maggiormente:

- Qualità del cibo
- Prezzo
- Provenienza
- Altro (Specificare)

- 42a. Specifica Altre considerazioni nel fare la spesa
43. In famiglia, consumate prodotti biologici?
- Sì, tutti i giorni o quasi
 - Almeno una volta alla settimana
 - Saltuariamente
 - Mai
44. Utilizzate prodotti biologici:
- A prescindere dal servizio mensa scolastico
 - Grazie al servizio mensa scolastico
45. In famiglia, consumate prodotti integrali (pasta, pane, farine)?
- Sì, tutti i giorni o quasi
 - Almeno una volta alla settimana
 - Saltuariamente
 - Mai
46. In famiglia, consumate prodotti senza glutine?
- Sì, c'è qualcuno in famiglia celiaco
 - Sì, nessuno è celiaco in famiglia ma li utilizziamo perché li consideriamo sani
 - Sì, a volte per gusto personale
 - No
47. In famiglia, quante volte alla settimana mangiate carne rossa?
- 1-2 volte
 - 3-5 volte
 - Tutti i giorni
 - Mai
48. In famiglia, quante volte alla settimana mangiate carne bianca?
- 1-2 volte
 - 3-5 volte
 - Tutti i giorni
 - Mai
49. In famiglia, quante volte alla settimana mangiate pesce?
- 1-2 volte
 - 3-5 volte
 - Tutti i giorni
 - Mai
50. In famiglia, quante volte alla settimana consumate legumi? (lenticchie, fagioli, piselli, ceci, fave ecc.)
- 1-2 volte
 - 3-5 volte
 - Tutti i giorni
 - Mai
51. A parte il pranzo a scuola, a casa quante volte alla settimana sua/o figlia/o mangia verdura?
- 1-2 volte
 - 3-6 volte
 - Tutti i giorni
 - Mai
52. A parte il pranzo a scuola, a casa quante volte alla settimana sua/o figlia/o mangia frutta fresca?
- 1-2 volte
 - 3-6 volte
 - Tutti i giorni
 - Mai

53. In famiglia, fate attenzione al sale?
- Nessuna attenzione particolare; usiamo il sale secondo il gusto
 - Aggiungiamo poco sale a tavola e scegliamo cibi poco salati (facciamo attenzione a formaggi, salumi, pane ecc.)
 - Usiamo le spezie per ridurre il consumo di sale
54. In famiglia, fate attenzione allo zucchero?
- Nessuna attenzione particolare; usiamo lo zucchero secondo il gusto
 - Cerchiamo di aggiungere poco zucchero e scegliamo cibi poco zuccherati (facciamo attenzione a torte, brioches, caramelle, cioccolatini ecc.)
 - Cerchiamo di sostituirli con dolcificanti
55. Sua/o figlia/o quante volte alla settimana consuma bevande zuccherate (coca cola, aranciata, succhi di frutta, thè confezionato)?
- 1-2 volte
 - 3-5 volte
 - 6 o più volte anche ai pasti
 - Mai
56. Quale delle seguenti affermazioni giudica più vicina al suo stile di vita?
- visto che mia/o figlia/o consuma un pasto equilibrato a pranzo, a cena ci concediamo anche prodotti non particolarmente dietetici
 - anche se mia/o figlia/o consuma un pasto equilibrato a pranzo, cerchiamo di mantenere uno stile alimentare equilibrato anche a cena
57. L'attenzione verso un consumo di VERDURA DI STAGIONE a scuola ha determinato un maggior consumo anche a casa
- Sì
 - No
 - Abbiamo sempre consumato molta verdura
58. L'attenzione verso un consumo di FRUTTA DI STAGIONE a scuola ha determinato un maggior consumo anche a casa
- Sì
 - No
 - Abbiamo sempre consumato molta frutta
- 59a. Che soluzioni utilizza per invogliare sua/o figlia/o a mangiare cibi che non gradisce molto?
60. Le soluzioni che ha descritto sono efficaci?
- Sì, sempre
 - Sì, a volte
 - No, mai
 - Altro (specificare)
- 60a. Specifica efficacia soluzioni
61. Dal lunedì al venerdì, durante i pasti a casa, sua/o figlia/o guarda programmi per bambini e/o per adulti in Tv, sul *tablet* e/o sullo *smartphone*?
- Sì, solo programmi per bambini
 - Sì, sia programmi per bambini che per adulti
 - Sì, programmi che guardiamo anche noi adulti
 - No
 - Non so
62. Dal lunedì al venerdì, durante i pasti a casa, sua/o figlia/o gioca sul *tablet* e/o sullo *smartphone*?
- Sì, a volte
 - Sì, spesso
 - Sì, sempre
 - No, mai
 - Non so

63. Nei festivi, durante i pasti a casa, sua/o figlia/o guarda programmi per bambini e/o per adulti in Tv, sul *tablet* e/o sullo *smartphone*?

- Sì, solo programmi per bambini
- Sì, sia programmi per bambini che per adulti
- Sì, programmi che guardiamo anche noi adulti
- No
- Non so

64. Nei festivi, durante i pasti a casa, sua/o figlia/o gioca sul *tablet* e/o sullo *smartphone*?

- Sì, a volte
- Sì, spesso
- Sì, sempre
- No, mai
- Non so

USO DI STRUMENTI DIGITALI E ATTIVITA' FISICA

65. Dal lunedì al venerdì, può quantificare quante ore sua/o figlia/o trascorre alla Tv al giorno?

- 0-2 ore al giorno
- 3-4 ore al giorno
- 5 o più ore al giorno

66. Nei festivi, può quantificare quante ore sua/o figlia/o trascorre alla Tv al giorno?

- 0-2 ore al giorno
- 3-4 ore al giorno
- 5 o più ore al giorno

67. Dal lunedì al venerdì, può quantificare quante ore sua/o figlia/o gioca al PC/Tablet/Smartphone/Videogames al giorno?

- 0-2 ore al giorno
- 3-4 ore al giorno
- 5 o più ore al giorno

68. Nei festivi, può quantificare quante ore sua/o figlia/o gioca al PC/Tablet/Smartphone/Videogames al giorno?

- 0-2 ore al giorno
- 3-4 ore al giorno
- 5 o più ore al giorno

69. Attualmente dal lunedì al venerdì, può quantificare quante ore alla settimana sua/o figlia/o fa attività strutturata di educazione motoria:

- Mai
- 2 ore
- 3-4 ore
- 5 o più ore

70. Durante il periodo invernale nel tempo extra scolastico, può quantificare quante ore alla settimana sua/o figlia/o fa attività fisica (camminare, andare in bicicletta, giocare all'aria aperta ecc.):

- 2-4 ore
- 5-7 ore
- 8 o più ore
- Mai
- Non so

71. Durante il periodo primaverile nel tempo extra scolastico, può quantificare quante ore alla settimana sua/o figlia/o fa attività fisica (camminare, andare in bicicletta, giocare all'aria aperta ecc.):

- 2-4 ore
- 5-7 ore
- 8 o più ore
- Mai
- Non so

72. Prima delle misure di contenimento, sua/o figlia/o pratica attività strutturata con un'associazione sportiva?

- Sì
- No

(OBBLIGATORIE 72a-72b solo se ha risposto Sì)

72a. Può specificare lo sport praticato?

72b. Per quante ore settimanali?

73. Ritieni sua/o figlia/o:

- sottopeso
- normopeso
- sovrappeso
- molto in sovrappeso

74. Sua/o figlia/o si è mai sottoposto ad una dieta?

- Sì
- No

(OBBLIGATORIE 75-76a solo ha risposto Sì)

75. Pensando all'ultima dieta seguita da sua/o figlia/o, per quale motivo si è sottoposto alla dieta?

- Per motivi di salute (malattie, allergie, intolleranze)
- Per motivi sportivi
- Per acquisire uno stile di vita più sano
- Per perdere peso

76. Quali tra le seguenti figure ha prescritto la sua dieta?

- Professionista (Pediatra, Dietista, Biologo Nutrizionista, Medico dello sport...)
- Fai da te
- Altro (internet, libri, riviste...)

76a. Specifica altra figura che ha prescritto dieta bambina/o

EDUCAZIONE ALIMENTARE E ALTRI COMPONENTI FAMILIARI

77. È a conoscenza di progetti e laboratori sull'educazione alimentare nella scuola di sua/o figlia/o?

- Sì
- No

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto Sì)

78. Vi ha mai partecipato?

- Sì
- No

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto Sì)

78a. In che occasione?

79. Pensa che l'educazione alimentare debba avere maggiore attenzione nell'attività scolastica curriculare?

- Sì sarebbe molto importante
- No non è molto importante
- Indifferente

80. I nonni o altri familiari la aiutano con la crescita dei suoi figli?

- Sì
- No

(OBBLIGATORIE 81-83a solo se ha risposto Sì)

81. Per quanti giorni alla settimana i nonni o altri familiari si occupano di sua figlia/suo figlio?

- 1-2 giorni
- 3-4 giorni
- 5-6 giorni
- Tutti i giorni

82. In quale dei seguenti momenti della giornata, i nonni o altri familiari la supportano prevalentemente?

- attività sportiva/tempo libero
- compiti
- spostamenti (accompagnare o riprendere suo figlio/sua figlia a/dalla scuola o nel tempo libero e/o sportivo)
- pasti (specificare quali)

82a. Specifica pasti con nonni o altri familiari

83. Le è mai capitato di dover rimproverare uno dei nonni o altri familiari per aver dato troppo cibo a sua/o figlia/o?

- Sì
- No

83a. Può motivare la sua risposta?

ABITUDINI ALIMENTARI DURANTE I VARI LOCKDOWN

84. Durante il periodo di *lockdown*, le abitudini alimentari della sua famiglia:

- sono rimaste invariate
- sono migliorate
- sono peggiorate

85. Durante il periodo di *lockdown*, quanto tempo ha dedicato alla cucina?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

86. Durante il periodo di *lockdown*, i pasti in famiglia erano:

- più attenti ed equilibrati
- non sempre attenti ed equilibrati
- assolutamente casuali e non equilibrati

87. Durante il periodo di *lockdown*, la mattina Lei ha:

- fatto sempre colazione
- fatto raramente colazione
- iniziato a fare colazione
- saltato la colazione

88. Durante il periodo di *lockdown*, sua/o figlia/o:

- ha mangiato di più
- non ha avuto cambiamenti in relazione al cibo
- ha mangiato di meno
- non sa

89. Durante il periodo di *lockdown*, sua/o figlia/o ha:

- fatto sempre colazione
- fatto raramente colazione
- iniziato a fare colazione
- saltato la colazione

90. Durante il periodo di *lockdown* quale tra le seguenti affermazioni giudica più simile alla condizione vissuta da sua/o figlia/o:

- mia/o figlia/o ha consumato, PIU' DEL SOLITO, *junk food* (cioccolata, dolci di varia natura, patatine, snack salati e/o bevande gassate o zuccherate) per noia, stress, nervosismo.
- mia/o figlia/o ha consumato, MENO DEL SOLITO, *junk food* (cioccolata, dolci di varia natura, patatine, snack salati e/o bevande gassate o zuccherate) per noia, stress, nervosismo.
- mia/o figlia/o NON ha consumato *junk food* (cioccolata, dolci di varia natura, patatine, snack salati e/o bevande gassate o zuccherate) per noia, stress, nervosismo.

91. Quale tra le seguenti affermazioni giudica più simile alla condizione vissuta da sua/o figlia/o durante il periodo di *lockdown*:

- mia/o figlia/o ha avuto la possibilità di godere di uno spazio esterno (terrazzo, giardino, cortile e in seguito un adulto che lo accompagnasse al parco) ed è stato sempre in movimento
- mia/o figlia/o nonostante avesse la possibilità di godere di uno spazio esterno (terrazzo, giardino, cortile e in seguito un adulto che lo accompagnasse al parco) ha trascorso comunque tutta la giornata in casa
- mia/o figlia/o non ha avuto nessuna possibilità di godere di uno spazio esterno (terrazzo, giardino, cortile e in seguito un adulto che lo accompagnasse al parco) pertanto ha trascorso tutta la giornata in casa

92. Durante il periodo di *lockdown*, sua/o figlia/o ha seguito regolarmente la didattica a distanza?

- Sì, sempre
- Sì, abbastanza
- Poco
- Per nulla

93. Durante il periodo di *lockdown*, sua/o figlia/o ha seguito lezioni di educazione motoria strutturata a distanza?

- Sì
- No

94. Quale tra le seguenti affermazioni giudica più simile alla condizione vissuta da sua/o figlia/o durante il periodo di *lockdown*:

- mia/o figlia/o dedicava più di 3 ore al giorno a Tv, tablet, smartphone, videogames
- mia/o figlia/o dedicava 1-3 ore al giorno a Tv, tablet, smartphone, videogames
- mia/o figlia/o dedicava meno di un'ora al giorno a Tv, tablet, smartphone, videogames
- mia/o figlia/o non si dedicava a Tv, tablet, smartphone, videogames

95. Durante il periodo di *lockdown*, il suo lavoro ha subito cambiamenti importanti?

- Sì (può motivare la risposta)
- No

(OBBLIGATORIA solo se ha risposto Sì)

95a. Motivazione cambiamento lavorativo importante

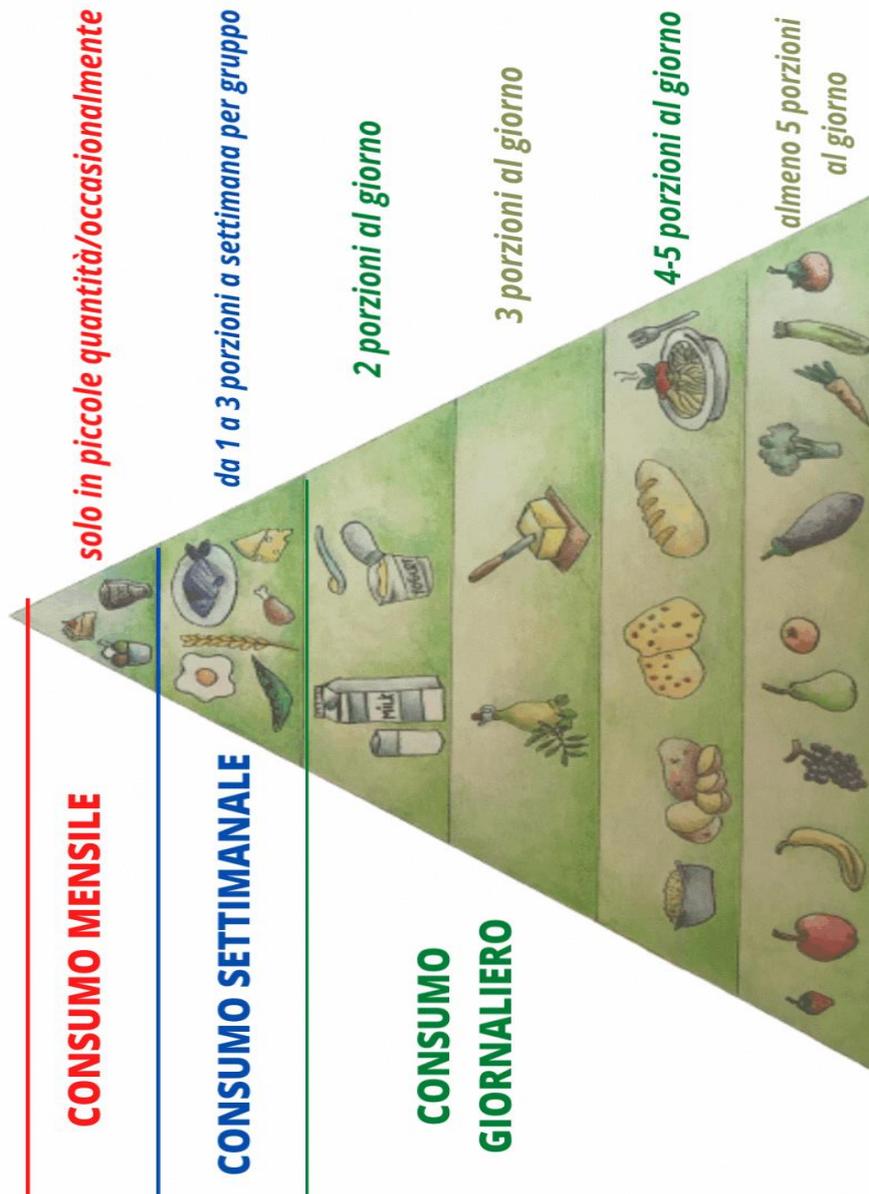
96. Con la riapertura delle scuole e delle mense, le abitudini alimentari di sua/o figlia/o:

- sono peggiorate
- sono restate invariate
- sono migliorate

GRAZIE PER AVER RISPOSTO ALLE NOSTRE DOMANDE!

ALLEGATO D

PIRAMIDE SETTIMANALE E GIORNALIERA DELLO STILE DI VITA ITALIANO¹⁵⁰



¹⁵⁰ Propria elaborazione. Si ringrazia Ilaria Alpine per l'illustrazione grafica.

ALLEGATO E

ANNUARIO STATISTICO DELLE CITTÀ ITALIANE. ANNO I - 1906

- 137 -

(Segue tab. N. 4).

Città	Alunni delle Scuole elementari che godono				Spesa fatta dal Comune per la refezione scolastica lire	Funzionamento del servizio di refezione scolastica
	del materiale scolastico gratuito		della refezione scolastica			
	N.	% degli iscritti	N.	% degli iscritti		
Marsala.....	391	15.2	—	—	—	Non esisteva la refezione scolastica.
Milano.....	19 433	45.1	14 457	33.6	195 436	Direttamente dal Comune per mezzo di una commissione di 9 membri. Furono distribuite pure n. 721 011 razioni a pagamento per lire 72 101.
Modena.....	•	•	•	•	5 000	Dal Patronato scolastico.
Monza.....	—	—	—	—	—	Non esisteva la refezione scolastica.
Napoli.....	9 060	33.7	—	—	—	Id.
Novara.....	2 243	46.7	—	—	—	Id.
Padova.....	5 766	76.8	4 473	59.6	60 000	Dal Comune.
Palermo.....	•	•	•	•	13 200	
Parma.....	•	•	•	•	15 500	
Pavia.....	1 275	39.5	1 485	46	14 965	Dal Comune.
Pinerolo.....	150	12.5	220	18.3	200	Dal Patronato scolastico.
Pisa.....	1 326	28.7	1 645	35.6	17 000	Dal Comune.
Porto Maurizio..	98	17.3	—	—	—	Non esisteva la refezione scolastica.
Potenza.....	317	38.2	—	—	—	Id.
Prato.....	365	25.6	—	—	—	Id.
Ragusa.....	78	5.3	—	—	—	Id.
Ravenna.....	2 716	51.1	—	—	—	Id.
Reggio Calabria..	—	—	—	—	—	Id.
Reggio Emilia...	3 262	53.8	—	—	—	Id.
Rimini.....	518	10.4	2 299	46.1	12 000	Dal Comune.
Roma.....	23 081	73.1	—	—	—	Esisteva in alcuni quartieri affidata a Comitati speciali. Nel 1906 furono stanziati L. 68 426.
Rovigo.....	636	61.3	520	50.0	2 732	Dal Comune.
Salerno.....	—	—	—	—	—	Non esisteva la refezione scolastica.
S. Pier d'Arena..	1 071	30.4	2 862	81.4	•	Da una Società Cooperativa.
San Remo.....	694	42.5	754	46.2	15 000	Dal Comune.
Sassari.....	850	29.9	713	25.0	4 000	Id.
Savona.....	2 320	60.5	•	•	17 361	Il servizio di refezione fu sospeso nel 1905.
Siena.....	503	29.8	300	17.7	2 000	Dal Patronato scolastico.
Spezia.....	•	•	•	•	18 000	Id.
Spoletto.....	258	43.0	—	—	—	Il Comune concorre con L. 1500 annue alle spese per un ricreatorio privato.
Taranto.....	200	5.5	—	—	—	Non esisteva la refezione scolastica.
Terlizzi.....	680	50.0	—	—	—	Id.
Torino.....	13 184	52.3	3 007	11.9	75 000	Dal Patronato scolastico.
Trani.....	627	26.6	388	16.4	3 500	Dal Comune.
Treviso.....	2 221	64.8	—	—	—	Non esisteva la refezione scolastica.
Udine.....	2 239	61.8	1 292	35.6	12 000	Dal Comune.
Venezia.....	8 438	79.6	3 624	34.2	25 000	Dall'Opera pia Combi.
Verona.....	3 911	65.8	2 234	37.5	4 000	Da un Comitato. (Spesa complessiva L. 15 000).
Vittoria.....	—	—	—	—	—	Non esisteva la refezione scolastica.

ALLEGATO F

ANNUARIO STATISTICO DELLE CITTÀ ITALIANE. ANNO III - 1909-1910

- 170 -

(Segue Tab. N. 6).

CITTÀ Villes	Alunni che godono <i>Élèves qui ont reçu</i>				Spesa fatta dal Comune per la refezione scolastica <i>Dépense pour les cantines scolaires</i> lire	Funzionamento del servizio di refezione scolastica <i>Fonctionnement du service des cantines scolaires</i>
	del materiale scolastico <i>le matériel scolaire</i>		della refezione scolastica <i>la distribution d'aliments</i>			
	N.	% degli iscritti <i>des inscrits</i>	N.	% degli iscritti <i>des inscrits</i>		
Modena .....	.	.	.	.	10 000	Funzionò per mezzo del Patronato scolastico per 81 giorni. La razione si compone di minestra e un panino, ed anche pane e salame o frutta.
Monza	609	11.4	.	.	.	Non si hanno notizie per il 1908.
Napoli .....	.	.	.	.	.	Funzionò per mezzo del Comune per 9 mesi.
Novara	2300	45.2	—	—	—	Non esiste.
Padova	6220	75.2	5382	65.1	72 000	Funzionò per cura del Comune per 6 mesi. La razione si compone di minestra gr. 300 e gr. 50 di pane, o gr. 200 pasta asciutta e 50 gr. di pane, o ragni di carne e fagioli gr. 50 e pane gr. 100, o insalata di fagioli con uova gr. 150 e gr. 100 di pane, a tonno all'olio gr. 25 e gr. 100 di pane, o un pezzo di creno e 100 gr. di pane, o salame gr. 20 e 100 gr. di pane, o formaggio 25 gr. e 100 gr. di pane, o pasta dolce con crema gr. 120 senza pane.
Parma	2326	58.9	220	5.5	22 000	Funzionò per cura del Comune per mesi 6. La razione si compone di minestra asciutta e in brodo.
Pavia	1401	36.6	1349	35.3	13 402	Funzionò per cura del Comune dal 18 Novembre 1907 al 30 Giugno 1908. La razione fu di gr. 120 di pane giornalieri e 10 gr. di cioccolato al lunedì e venerdì, e gr. 20 di gruyère al martedì e sabato, e gr. 12 salame crudo al mercoledì.
Perugia	4000	75.5	723	13.6	0 000	Funzionò per cura della Cassa scolastica la quale spende ogni anno 11 mila lire. Le razioni erano composte di pane (120 gr.) con affettato o formaggio o frutta ecc. La Cassa scolastica, oltre la refezione scolastica, provvede libri e quaderni agli alunni poveri e mantiene l'Educatore Umberto I.
Pesaro	1165	46.6	192	7.6	5 680	Funzionò per cura del Patronato scolastico sussidiato dal Comune, da enti e da privati per 8 mesi. La razione fu di una minestra al giorno.
Pinerolo	250	19.0	242	18.4	.	Funzionò per cura del Patronato scolastico per 3 mesi. La refezione era composta di una sola razione.
Prato	800	16.8	.	.	4 000	Funzionò soltanto per gli alunni poveri degli Asili infantili, per cura di una speciale amministrazione della Cassa per la Refezione scolastica retta da una Commissione nominata dal Consiglio Comunale, sussidiata dal Comune con L. 4000 annue.
Ragusa	2005	100.0	.	.	500	Funzionò per cura di un Comitato sovvenzionato dal Comune. La razione si compone di solo pane fresco.
Ravenna	3357	61.3	3375	61.6	25 000	Funzionò per cura del Comune. Le razioni distribuite furono 173 403. La refezione consiste in formaggio (gr. 20), cioccolata (gr. 18), salumi (gr. 20), frutta (gr. 25), pane (gr. 130).
Reggio Emilia	2825	38.2	—	—	—	Non esiste.
Rimini	1605	34.8	1569	34.0	5 000	Funzionò per cura del Patronato scolastico col sussidio del Comune. Le razioni pane furono 46 657, minestra 17 538.
Roma	20000	52.6	9100	23.9	125 000	Funzionò per cura di Comitati ed Educatori sussidiati dal Comune per tutto l'anno scolastico. Le razioni calde furono 154 700.
Rovigo	663	62.9	503	47.7	3 500	Funzionò per cura del Comune per tutto l'anno scolastico. Le razioni consistono, in inverno, in minestra, in estate in un pane di 125 grammi.
S. Pier d'Arena	529	13.0	2072	51.1	34 000	Funzionò per cura del Comune. La razione consiste in minestra, pane e salati o formaggio. Razioni distribuite n. 379 685.

ALLEGATO G

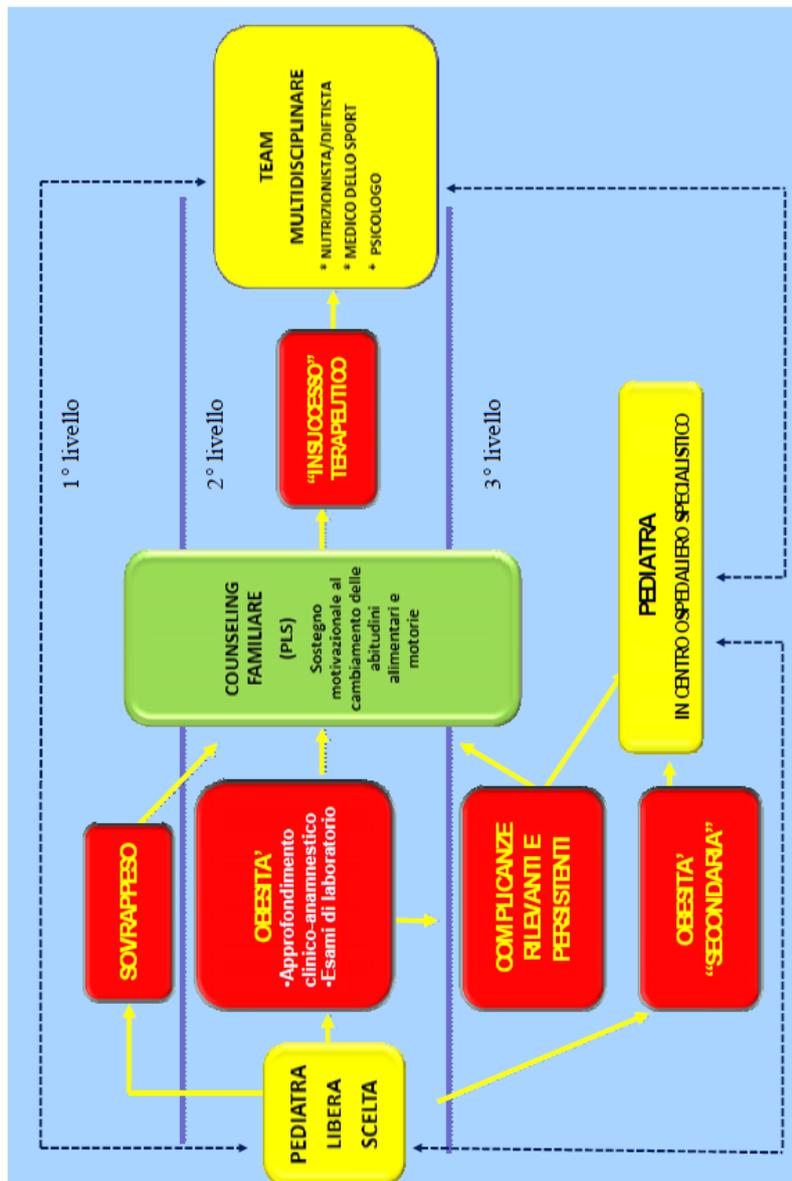
ANNUARIO STATISTICO DELLE CITTÀ ITALIANE. ANNO V - 1913-1914

(Segue Tab. N. 4).

CITTÀ Villes	Alunni che godono <i>Élèves qui ont reçu</i>				Spesa fatta dal Comune per la refezione scolastica <i>Dépense pour les cantines scolaires</i> lire	Funzionamento del servizio di refezione scolastica <i>Fonctionnement du service des cantines scolaires</i>
	del materiale scolastico <i>le matériel scolaire</i>		della refezione scolastica <i>la distribution d'aliments</i>			
	N.	% degli iscritti <i>des inscrits</i>	N.	% degli iscritti <i>des inscrits</i>		
Milano.....	30 000	56.1	52 431	98.0	300 086	Funzionò per mezzo d'apposita commissione a carico del Comune dal 3 Novembre al 30 Giugno 1911. Furono distribuite 2.958.562 razioni. La refezione somministrata, quando era calda consisteva in pasta al sugo, o manzo lesso, o risotto, o cioccolato in bevanda, o ragù; quand'era fredda in gruyère, o cioccolato, o mortadella, o salame crudo, o uova sode, o arrosto di vitello, sempre con pane di prima qualità. La spesa complessiva dell'anno sostenuta dal Com. fu di L. 890.401,33 > > delle refezioni a pagamento da dedursi fu di > 90.514,35 > > netta a carico del Comune di L. 800.086,98
Modena.....	4 708	71.1	800	12.1	1 200	Funzionò dal Novembre al Maggio a cura del Patronato scolastico sussidiato dal Comune e da altri enti. La razione era di minestra e pane, oppure di pane con salumi e frutta.
Monza.....	817	14.1	58	1.0	1 100	Funzionò per tutto l'anno scolastico a cura del Comune e del Patronato scolastico distribuendo refezione fredda a 58 alunni dal 1° Gennaio al 15 Luglio 1911, e la refezione calda per 28 alunni dal 1° Ottobre al 31 Dicembre 1911.
Novara.....	3 272	60.5	—	—	—	Non esiste refezione scolastica.
Padova.....	7 477	82.5	4 836	53.4	82 000	Funzionò per sette mesi a cura del Comune. Furono distribuite 536.023 razioni di minestra di riso e fagioli o piselli o patate, oppure pasta asciutta o carne con patate o latte o cacao o salame e formaggio. Pane da gr. 55 a 100.
Palermo.....	—	—	—	—	—	Non esiste refezione scolastica.
Parma.....	2 323	54.9	2 323	54.9	22 430	Funzionò per cinque mesi a cura del Comune. La refezione era composta di una razione di minestra asciutta o minestra in brodo.
Pavia.....	—	—	—	—	—	—
Perugia.....	5 278	85.8	763	12.4	3 750	Funzionò quattro mesi a cura del Patronato scolastico. La razione si componeva di una pagnotta di gr. 125 con salumi, o carne, o formaggio, o ricotta, o cioccolato, o frutta.
Pesaro.....	1 349	50.9	220	8.3	4 800	Funzionò per otto mesi a cura del Patronato scolastico sussidiato dal Comune e furono distribuite 5500 razioni di minestra.
Potenza.....	313	26.6	—	—	—	Non esiste refezione scolastica.
Prato.....	•	•	•	•	4 000	Funzionò soltanto per gli Asili, a cura di uno speciale Comitato sussidiato dal Comune.
Ravenna.....	2 467	40.6	—	—	—	Non esiste refezione scolastica.
Reggio Calabria..	688	17.9	—	—	—	Non esiste refezione scolastica.
Reggio Emilia	2 361	29.9	—	—	—	Non esiste refezione scolastica.
Rimini.....	922	18.0	1 217	23.8	4 800	Funzionò per 74 giorni a cura del Patronato scolastico col sussidio del Comune. Furono distribuite 41.357 razioni di pane e 7.738 razioni di minestra.
Roma.....	16 820	49.8	•	•	200 000	Funzionò per 10 mesi a cura del Comune e di diversi Comitati. Ogni razione consisteva in non meno di 1/2 litro di minestra nelle scuole dove c'è la cucina: in 100 gr. di pane e 20 gr. di companatico nelle altre.
Rovigo.....	827	73.2	624	55.2	•	Funzionò per tutto l'anno scolastico a carico del Comune. Le razioni si componevano di una scodella di minestra calda d'inverno ed una razione di pane di gr. 125 con frutta o cioccolato, o formaggio, o salame nei mesi d'estate.
Samplardarena...	987	22.6	2 484	56.8	40 000	Funzionò per sei mesi a spese del Comune per mezzo dell'alleanza Cooperativa "Avanti". Furono fornite 248.968 razioni di minestrone e frutta, o minestra al brodo, o carne e pane, o pasta asciutta e frutta.

ALLEGATO H

MODELLO “A RETE” DI PRESA IN CARICO DEL BAMBINO SOVRAPPESO O OBESO IN
EMILIA-ROMAGNA



* Complicanze rilevanti e persistenti: ipertensione, steatosi epatica, sindrome metabolica

Fonte: Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso, p. 17

ABSTRACT

L'obesità infantile è considerata una delle maggiori sfide di salute del XXI secolo. Nel quadro italiano, la fascia 6-11 anni risulta la più colpita. Secondo la prospettiva sociologica del corso di vita, gli anni dell'infanzia e della prima adolescenza influenzano, in modo consistente, lo sviluppo futuro della persona. Le conseguenze sono fisiche ma anche cognitive e sociali innescandosi a catena e protraendosi nel lungo termine.

Inoltre, le misure di contenimento e la sospensione dei programmi scolastici in presenza - causati dal COVID-19 - hanno originato un'obesità situazionale o *Covibesity* dovuta sia a comportamenti alimentari e di vita degli individui che dalla propria condizione socio-economica precaria e intermittente.

All'interno del dibattito interpretativo, l'obesità infantile, in questo lavoro, viene definita quale condizione endemica sintonizzata su vari livelli di gravità, clinici e sociali, che possono retroagire o cronicizzarsi, includere o escludere. Nello specifico, l'eziologia - inserita in una cornice tendenzialmente più "realista" - viene analizzata, principalmente, mediante prospettive biologico-evolutive, il mutamento degli stili di vita; la *political economy* dell'industria alimentare e le diseguaglianze sociali di salute. Non si tralasciano, tuttavia, accenni di stampo "costruzionista". L'importanza di spostare il focus dal vissuto del bambino a quello dell'intera famiglia risiede nel fatto che, da un punto di vista bio-psico-sociale, l'obesità infantile è una problematica che viene sviluppata in un'età in cui la gestione della persona dipende dagli adulti ed è, inoltre, connessa a scelte che appartengono alla fase intrauterina.

L'obiettivo del lavoro di ricerca, pertanto, è stato quello di indagare e comprendere i fattori sociali che hanno influenzato, facilitato o ostacolato le abitudini alimentari e gli stili di vita delle famiglie con bambini, tra 6 e 11 anni, all'interno dell'ambiente di socializzazione primaria (famiglia) e di quello secondario (scuola e altre istituzioni) anche

durante la pandemia da COVID-19. La ricerca si è svolta in Emilia-Romagna nella città di Rimini allargando poi la riflessione anche al contesto europeo contemporaneo.

Al fine di investigare questi punti è stata utilizzata una metodologia in parte qualitativa e in parte quantitativa. In un approccio mosaico composto da 15 interviste semi-strutturate; 8 focus group e 5 esperienze etnografiche, la metodologia qualitativa ha permesso, nella prima fase, di esplorare il contesto e di costruire gli *items* del questionario e, in una seconda fase, di approfondire quanto emerso dall'analisi statistica effettuata su 361 questionari, online e cartacei, compilati dai genitori coinvolti.

I principali risultati emersi, dall'analisi del materiale qualitativo e quantitativo, permettono di concludere che la costruzione di un dialogo sulle abitudini alimentari e gli stili di vita tra famiglie-bambini, scuola e territorio riminese, già a partire dagli anni '90, è stato funzionale alla creazione di un ambiente fertile che appare, ad oggi, pieno di opportunità da cogliere e da continuare ad implementare. Tuttavia, nonostante la propensione resiliente di questa popolazione - ben istruita, occupata e attenta a consumare determinati cibi e a perseguire determinati stili di vita - il fattore Covid-19 con la riorganizzazione della vita quotidiana, l'interruzione e/o l'intermittenza del programma scolastico in presenza, la somministrazione irregolare di cibo adeguato e, in particolare, biologico ha creato un peggioramento nelle abitudini alimentari e negli stili di vita trasversale a tutti i bambini.

La *Covibesity*, dunque, determinata da pasti poco equilibrati, aumento nel consumo di *junk food*, sedentarietà e molto tempo trascorso davanti agli schermi, se nelle famiglie più vulnerabili è stata un fattore esacerbante a condizioni strutturali pregresse, in quelle meno vulnerabili è stata una variabile emergente causata dalle nuove modalità di lavoro da parte dei genitori (*smartworking*, didattica a distanza e lavoro in ambito socio-sanitario).

Occorre, peraltro, sottolineare come il ruolo delle madri si confermi forte nella trasmissione "ponderale" e nella percezione "sociale" dell'obesità.