



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea triennale in Scienze psicologiche dello sviluppo, della
personalità e delle relazioni interpersonali

Globesity: l'obesità infantile tra stigma sociale e influenza genitoriale

*Globesity: childhood obesity between social stigma and parental
influence*

Relatrice
Prof.ssa Sabrina Bonichini

Laureanda: Giulia Zoia
Matricola: 2045728

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 – L’OBESITÀ IN ETÁ INFANTILE	2
1.1 Definizione di obesità infantile.....	2
1.2 Diagnosi e misurazione.....	2
1.3 Epidemiologia	3
1.4 Comorbilità	5
1.4.1 Comorbilità fisiche.....	5
1.4.2 Comorbilità psicologiche	6
1.5 Eziologia	7
1.5.1 Fattori politici.....	8
1.5.2 Fattori ambientali	9
1.5.3 Fattori famigliari e dell’ambiente domestico	10
1.5.4 Fattori individuali.....	11
1.6 Conseguenze psico-fisiche.....	12
CAPITOLO 2 – LO STIGMA DEL PESO	13
2.1 Conseguenze dello stigma del peso per il benessere	13
2.1.1 Disagio psicologico	13
2.1.2 Conseguenze sociali	14
2.1.3 Conseguenze accademiche.....	14
2.1.4 Conseguenze sulla salute fisica	14
2.2 Lo stigma del peso e l’assistenza sanitaria	15
2.3 Media e social media	16
2.3.1 Media.....	16
2.3.2 Social media	17

CAPITOLO 3 – CAREGIVER: ATTACCAMENTO, PREVENZIONE E INTERVENTI FAMILIARI	19
3.1 Attaccamento	19
3.1.1 Cenni teorici dell’attaccamento di Bowlby	19
3.1.2 Attaccamento e obesità infantile	20
3.2 Dispercezione del peso e prevenzione	21
3.3 Terapia basata sulla famiglia	23
3.3.1 Intensive Health Behavior and Lifestyle Treatment	24
CONCLUSIONI	26
BIBLIOGRAFIA	27
SITOGRAFIA	30

INTRODUZIONE

"Globesity" è un termine che unisce "global" e "obesity" (obesità globale) ed è stato coniato per descrivere l'epidemia di obesità che sta crescendo a livello mondiale. Questo fenomeno è stato riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come una delle principali sfide per la salute pubblica.

L'elaborato affronta la tematica dell'obesità infantile, analizzandone diversi aspetti sia dal punto di vista medico, che psicologico e sociale. Lo scopo di questa revisione bibliografica è quello di avere una visione più chiara della patologia, per poter così contenere l'epidemia globale di obesità che è in atto e poter pianificare programmi di prevenzione efficaci.

La ricerca bibliografica delle fonti è stata condotta consultando diverse banche dati quali PubMed, Google Scholar, PsycInfo, oltre a siti ufficiali quali quello dell'American Psychiatric Association (APA) e dell'American Academy of Pediatrics (AAP). Sono stati raccolti e confrontati diversi studi sperimentali e di metanalisi.

La prima sezione introduce il concetto di obesità infantile, riportando quelle che sono le definizioni e le classificazioni più recenti ed esaminando l'epidemiologia, l'eziologia e le comorbidità. La seconda sezione, invece, tratta dello stigma sociale del peso corporeo e di come questo possa influire sulle possibilità di cura degli individui affetti da obesità. La terza sezione prevede un'analisi della malattia nel contesto familiare, in particolare il ruolo dei genitori come fattori di rischio, protezione e prevenzione nella malattia del figlio.

In conclusione, questa revisione bibliografica ha messo in luce l'importanza di un approccio multidisciplinare per affrontare l'obesità infantile. Attraverso l'analisi dei diversi aspetti medici, psicologici e sociali legati alla patologia, è emersa la necessità di sviluppare e implementare programmi di informazione, prevenzione e trattamento. Fondamentale è coinvolgere non solo gli operatori sanitari, ma anche le famiglie e la società nel complesso, al fine di ridurre lo stigma sociale e promuovere uno stile di vita sano.

CAPITOLO 1 – L’OBESITÀ IN ETÀ INFANTILE

1.1 Definizione di obesità infantile

L’obesità è una malattia cronica comune, complessa e spesso persistente associata a gravi conseguenze per la salute e la vita sociale (AAP, 2023). Sovrappeso e obesità sono condizioni multifattoriali caratterizzate dall’eccesso di grasso corporeo, provocato dallo squilibrio energetico tra le calorie assunte e le calorie utilizzate.

Si parla di obesità infantile nel caso in cui si prendano in considerazione casi di obesità in bambini e ragazzi dai 2 ai 18 anni.

1.2 Diagnosi e misurazione

L’Indice di Massa Corporea (BMI – Body Mass Index) è ampiamente impiegato nella pratica clinica come principale strumento di screening e diagnosi per identificare situazioni di sovrappeso e obesità, grazie alla sua facilità di utilizzo e alla sua economicità. Nonostante ciò presenta limiti significativi. Questo indice, sebbene ampiamente adottato, non è in grado di distinguere la massa grassa dalla massa magra. Ad esempio, un bambino o un adolescente con una considerevole massa muscolare potrebbe presentare un BMI elevato, portando a una classificazione errata di sovrappeso o obesità, nonostante la percentuale di grasso corporeo sia bassa.

Nel calcolo del BMI per bambini e adolescenti, si adottano i ranghi percentili che tengono conto dell’età, del sesso e della curva di crescita individuale. Il peso dei giovani viene considerato sovrappeso quando il BMI è compreso tra l’85° e il 95° percentile e obeso quando supera il 95° percentile. L’obesità grave si verifica quando il BMI è almeno il 120% superiore al 95° percentile (approssimativamente equivalente al 99° percentile), considerando l’età e il sesso dell’individuo.

Tabella 1 – Classificazione dell’indice di massa corporea in base al range percentile

CATEGORIE DI PESO	RANGHI PERCENTILI
Sottopeso	Meno del 5° percentile
Normopeso	Compreso tra il 5° e l’85° percentile
Sovrappeso	Compreso tra l’85° e il 95° percentile
Obesità	Uguale o maggiore al 95° percentile

La comunicazione del BMI al paziente e alla sua famiglia rappresenta un momento delicato e significativo all'interno del percorso di valutazione e trattamento. Affrontare questo argomento richiede una sensibilità particolare e l'adozione di strategie comunicative atte a evitare qualsiasi forma di stigmatizzazione legata al peso. Innanzitutto, è essenziale instaurare un dialogo aperto e rispettoso con il paziente e la famiglia, ottenendo il loro consenso prima di affrontare il tema del BMI e del peso corporeo. Questo atto di consenso non solo garantisce il rispetto della privacy e della dignità del paziente, ma crea anche uno spazio sicuro per una comunicazione costruttiva. Un altro aspetto cruciale riguarda il linguaggio utilizzato durante la discussione. Evitare l'etichettatura e preferire un linguaggio in prima persona può fare la differenza nel modo in cui il peso viene percepito e affrontato. Ad esempio, anziché utilizzare termini come "bambino obeso", si potrebbe optare per espressioni più neutre e rispettose, come "bambino con obesità". Questo aiuta a sottolineare che il peso non definisce l'intera identità dell'individuo, ma è solo un aspetto della sua salute e benessere complessivi. Inoltre, è importante considerare l'impatto delle parole scelte sulla sensibilità e l'accettazione da parte dei genitori, degli adolescenti e dei bambini stessi. Evitare termini carichi di connotazioni negative come "grasso", "paffuto" o "sovrappeso" è fondamentale per creare un ambiente comunicativo rispettoso e inclusivo. La scelta di un linguaggio neutro e non giudicante favorisce un clima di fiducia e apertura, facilitando il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia nel percorso di cura.

Va inoltre considerato che, nonostante l'adozione di un linguaggio non stigmatizzante, affrontare il tema del peso può suscitare reazioni emotive intense, come rabbia o tristezza, sia nel paziente che nei suoi familiari. In tali situazioni, è fondamentale riconoscere e rispettare lo stato emotivo del paziente, offrendo sostegno e comprensione. L'ascolto empatico e la capacità di rispondere in modo adeguato alle esigenze emotive del paziente contribuiscono a consolidare un rapporto di fiducia reciproca tra famiglia, paziente e operatori sanitari, facilitando così un percorso di cura più efficace e personalizzato.

1.3 Epidemiologia

Nel corso degli ultimi trent'anni, l'incidenza dell'obesità negli adulti è più che raddoppiata, mentre l'obesità adolescenziale è quadruplicata. Questa tendenza all'aumento dell'obesità rappresenta una preoccupazione significativa per la salute pubblica, poiché l'obesità è

associata a una serie di gravi problemi di salute, tra cui malattie cardiache, diabete di tipo 2, ictus e altri disturbi cronici.

I dati raccolti nel 2022 dall'OMS evidenziano la diffusione dell'obesità sia nella popolazione adulta che tra bambini e adolescenti:

- 1 persona su 8 nel mondo conviveva con l'obesità.
- Tra gli adulti (dai 18 anni in su), 2,5 miliardi erano in sovrappeso, di cui 890 milioni vivevano con l'obesità.
- Tra i bambini di età inferiore ai 5 anni, 37 milioni erano in sovrappeso. Questo problema, una volta considerato predominante nei paesi ad alto reddito, sta ora aumentando anche nei paesi a basso e medio reddito. In Africa, il numero di bambini in sovrappeso sotto i 5 anni è aumentato di quasi il 23% dal 2000. Quasi la metà dei bambini sotto i 5 anni in sovrappeso o affetti da obesità nel 2022 viveva in Asia.
- Tra i bambini e gli adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni, oltre 390 milioni di bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni erano in sovrappeso, di cui 160 milioni vivevano con l'obesità. La prevalenza del sovrappeso, che include anche l'obesità, in questa fascia di età è aumentata drasticamente dal solo 8% nel 1990 al 20% nel 2022. Questo aumento si è verificato in modo simile sia tra i ragazzi che tra le ragazze: nel 2022, il 19% delle ragazze e il 21% dei ragazzi erano in sovrappeso. Nel 1990, solo il 2% dei bambini e degli adolescenti di età compresa tra i 5 e i 19 anni era considerato obeso, che equivaleva a 31 milioni di giovani. Tuttavia, nel 2022, questa cifra è aumentata significativamente, con l'8% dei bambini e degli adolescenti che vivevano con l'obesità, rappresentando un totale di 160 milioni di giovani.

Nel panorama italiano, secondo le stime fornite dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel biennio 2021-2022, il 40% degli adulti presenta eccesso ponderale, di cui il 30% è sovrappeso e il 10% è obeso. Secondo l'indagine "OKkio alla salute" condotta nel 2019 su 2467 scuole e 2735 classi della scuola primaria, il 20,4% dei bambini in età scolare è affetto da sovrappeso e il 9,4% è obeso, con una prevalenza più alta tra i maschi (9,9%) rispetto alle femmine (8,8%). Inoltre, si sono registrati valori più alti di eccesso ponderale in entrambi i sessi nelle regioni del sud rispetto al nord e nelle famiglie con condizioni economiche più svantaggiate.

A livello europeo, l'Italia si colloca tra i primi paesi per la prevalenza di sovrappeso e obesità infantile.

Questi dati evidenziano l'urgente necessità di affrontare il problema del sovrappeso e dell'obesità tra bambini e adolescenti a livello globale, attraverso interventi mirati e politiche preventive.

1.4 Comorbilità

I bambini e gli adolescenti affetti da obesità presentano un aumentato rischio di sviluppare altre condizioni fisiche o psicologiche contemporaneamente, oltre a essere più inclini a diventare obesi da adulti, con conseguente aumento di morbilità e mortalità precoce. Tale rischio di comorbilità si accentua con l'avanzare dell'età e il grado di gravità dell'obesità, con variazioni nella prevalenza in relazione all'etnia.

L'obesità e le sue comorbilità dovrebbero essere valutate in modo completo considerando contemporaneamente l'anamnesi medica, la storia personale di obesità, l'analisi dei fattori familiari e sociali, i dati provenienti dagli esami fisici e i risultati dei test di laboratorio. Questo approccio consente una valutazione globale dell'individuo, consentendo di comprendere le cause sottostanti e le eventuali complicazioni di ciascun caso in modo esaustivo.

1.4.1 Comorbilità fisiche

Tra le condizioni mediche associate più frequentemente all'obesità si includono:

- Prediabete e diabete mellito di tipo 2: “è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina. L'insulina è l'ormone, prodotto dal pancreas, che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica. Quando questo meccanismo è alterato, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno” (Istituto Superiore di Sanità).
- Dislipidemie: “consistono nell'aumento del colesterolo plasmatico, dei trigliceridi, o di entrambi, o in un basso livello di colesterolo HDL che contribuisce allo sviluppo di aterosclerosi” (MSD Manuals).

- **Ipertensione:** significa pressione sanguigna elevata. È una condizione medica in cui la forza del sangue contro le pareti delle arterie è troppo alta (Ministero della Salute).
- **Asma:** “è una malattia complessa che si manifesta attraverso una infiammazione cronica delle vie aeree. L’infiammazione genera un aumento della responsività bronchiale che, a sua volta, causa episodi ricorrenti (i cosiddetti ‘attacchi d’asma’) di crisi respiratorie, respiro sibilante, senso di costrizione toracica e tosse” (Istituto Superiore di Sanità).
- **Apnea ostruttiva del sonno:** “è un disturbo del sonno caratterizzato da parziale prolungato ostruzione delle vie aeree superiori e/o ostruzione completa intermittente che interrompe la normale ventilazione durante il sonno” (AAP, 2023).
- **Steatosi epatica non-alcolica:** “è una malattia cronica del fegato caratterizzata da steatosi (accumulo di grasso), infiammazione e fibrosi. La patogenesi sottostante è la resistenza all’insulina, che altera il processo di ossidazione dei grassi nel fegato, aumentando lo stress ossidativo e l’infiammazione, con conseguente danno epatico. Tra i bambini con obesità, sono stati riportati tassi fino al 34%” (AAP, 2023).
- **Comorbilità ortopediche:** come epifisi femorale scivolata, malattia di Blount, ipertensione intracranica idiopatica.
- **Sindrome dell’ovaio policistico:** è un disturbo caratterizzato da iperandrogenismo e disfunzioni alle ovaie, spesso accompagnato da obesità e resistenza all’insulina. Si stima che circa il 3%-11% degli individui soddisfano i criteri per la diagnosi.

1.4.2 Comorbilità psicologiche

Le comorbilità psicologiche sono maggiormente complesse da individuare e da studiare accuratamente. Le due comorbilità su cui si sono concentrati principalmente gli studi sono la Depressione e i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Diversi studi hanno rilevato una probabilità più elevata di sperimentare bassa autostima e sintomi depressivi tra gli adolescenti affetti da sovrappeso o obesità rispetto ai coetanei con una situazione di normopeso. Si è osservata una relazione bidirezionale dell’influenza tra depressione e obesità: l’eccesso ponderale può contribuire ad aumentare il rischio di

sviluppare sintomi depressivi, mentre la depressione può predisporre l'individuo a condizioni di sovrappeso o obesità. Altri fattori che possono rafforzare la relazione tra questi due elementi sono i disturbi del sonno, la dieta non salutare, la mancanza di attività fisica e/o la presenza di bullismo diretto all'individuo. Inoltre, esperienze psicologiche negative, quali il bullismo, gli eventi traumatici e lo stigma sociale, possono avviare l'alimentazione emotiva, alimentando il ciclo obesità-depressione. Pertanto, è di fondamentale importanza l'identificazione della depressione durante la valutazione e il trattamento dell'obesità pediatrica, poiché potrebbe impattare con l'esito del trattamento. Per quanto riguarda i DCA, è emerso che una storia di obesità o sovrappeso pregressa funge da fattore di rischio per l'insorgenza di disturbi alimentari restrittivi. Inoltre, si stima che oltre il 25% dei giovani con sovrappeso o obesità manifestino abbuffate e perdita di controllo sull'alimentazione. A causa di questa grande relazione tra obesità/sovrappeso e DCA, è di cruciale importanza, durante la valutazione dell'obesità, cercare di esaminare attentamente la possibile coesistenza di un disturbo della sfera alimentare. Poiché si è osservato che il disturbo potrebbe presentarsi anche durante o al termine del trattamento dell'obesità, si rende necessario un monitoraggio continuo rispetto alla sintomatologia associata ai DCA. In presenza di DCA è importante non tralasciare la cura dell'obesità, bensì è fondamentale trattare entrambi gli aspetti.

In sintesi, l'obesità pediatrica è spesso associata a una serie di comorbidità mediche e psicologiche, tra cui il diabete di tipo 2, la steatosi epatica non-alcolica, la depressione e i disturbi del comportamento alimentare. Il riconoscimento precoce di queste comorbidità e l'adozione di approcci integrati nella valutazione e nel trattamento dell'obesità sono elementi essenziali per migliorare l'esito clinico e la qualità della vita dei bambini e dei ragazzi affetti.

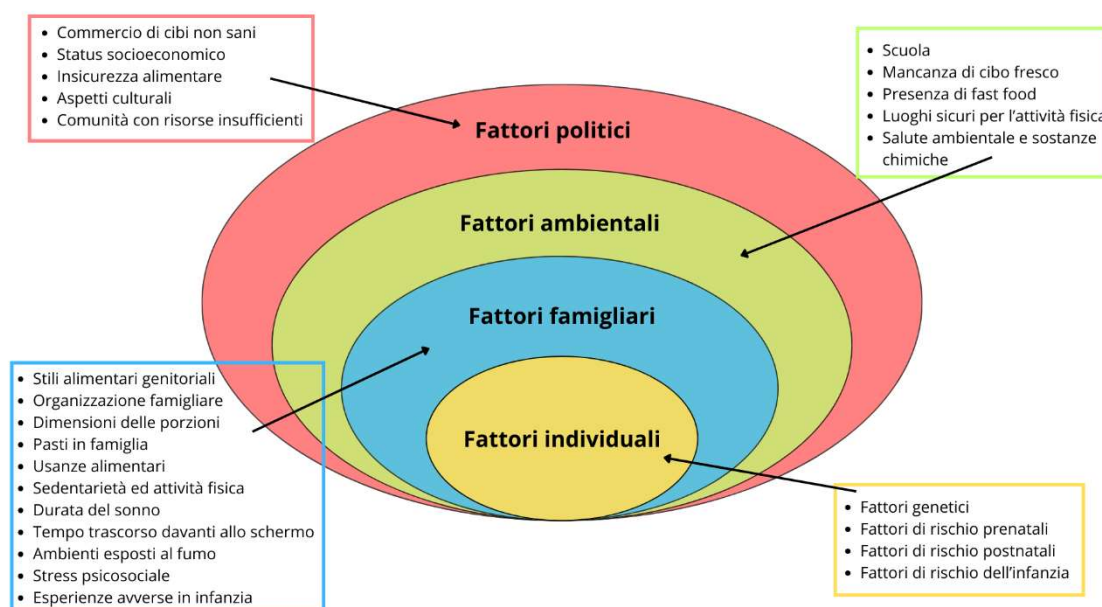
1.5 Eziologia

L'obesità infantile deriva da un insieme di fattori socioecologici, ambientali e genetici che influenzano sia i bambini che le loro famiglie. Individui esposti a delle esperienze avverse possono riportare delle alterazioni immunologiche, metaboliche e dei processi epigenetici che aumentano rischio di obesità alterando la regolazione dell'energia. Queste influenze tendono ad essere più comuni tra bambini che hanno sperimentato delle esperienze

negative (es. razzismo). Inoltre, è fondamentale riconoscere che l'obesità non colpisce tutte le popolazioni allo stesso modo; questo sottolinea l'importanza di comprendere il ruolo dei fattori che giocano un ruolo determinante per la salute, così come il contesto sociale del bambino e della famiglia, nella comprensione e nel trattamento del sovrappeso e dell'obesità (AAP, 2023).

I fattori di rischio per il sovrappeso e l'obesità includono: politiche più ampie e fattori di sistema, istituzionali o organizzativi (es. scuola), quartiere e comunità, contesto familiare, socioeconomico, ambientale, ecologico, genetico e fattori biologici.

Figura 1 – Modello per riassumere e comprendere le relazioni tra i diversi fattori che influenzano l'obesità infantile



1.5.1 Fattori politici

Si tratta del macroambiente più ampio ed include una varietà di fattori come le attitudini e le credenze sociali, le politiche governative, le pratiche dell'industria alimentare, e i sistemi educativi e sanitari. Questi elementi possono influenzare il rischio di obesità e l'efficacia del trattamento, poiché è più difficile apportare cambiamenti comportamentali sani quando si vive in un ambiente obesogenico. Tra i fattori politici e socioeconomici rilevanti troviamo:

- Commercio di cibi non sani: la diffusione di alimenti poco salutari tramite pubblicità diffusa sia nei social che in televisione.

- Comunità con risorse insufficienti: le famiglie che vivono in queste comunità possono avere difficoltà ad accedere a frutta e verdura fresca, spazi sicuri per l'attività fisica e trattamenti sanitari adeguati.
- Status socioeconomico: è rilevante in quanto è stato osservato che la popolazione appartenente ad uno status socioeconomico più basso ha un rischio maggiore di vivere una condizione di obesità o sovrappeso a causa di un minor accesso ai cibi sani e alla possibilità di svolgere attività fisica.
- Bambini immigrati in famiglie americane: i bambini provenienti da contesti immigratori possono trovarsi in un ambiente culturale differente, dove le buone abitudini alimentari possono essere influenzate dai nuovi genitori.
- Insicurezza alimentare: fortemente associata alla povertà, l'insicurezza alimentare implica che il costo di frutta, verdura e cibi provenienti dai fast food influisce notevolmente sulle scelte alimentari della famiglia.

Questi fattori, integrati nel macroambiente, giocano un ruolo cruciale nel determinare il rischio di obesità e la capacità degli individui di mantenere comportamenti salutari.

1.5.2 Fattori ambientali

I fattori ambientali giocano un ruolo significativo nella prevalenza dell'obesità. Le opportunità e le pratiche alimentari e di attività fisica delle famiglie sono influenzate dai loro quartieri. Tra i fattori troviamo:

- Scuola: è un ambiente molto frequentato dai bambini e ha un grande impatto sulle loro scelte alimentari e la pratica di attività fisica. La presenza di fast food, macchinette con merendine e bevande zuccherate a scuola ha un'influenza negativa.
- Mancanza di cibo fresco: la vicinanza ad un supermercato sembra influenzare il BMI. Sebbene alcuni studi abbiano dimostrato che una distanza di 1,6 km o meno tra una casa e un supermercato è associata a un BMI più basso, altri studi hanno riscontrato che maggiore è il numero di supermercati situati vicino alla casa di un bambino, più alto è il BMI del bambino stesso.
- Presenza di ristoranti fast food: i ristoranti fast-food generalmente offrono cibi a basso costo e ricchi di calorie. Grazie alla loro facile disponibilità, al gusto e alle

strategie di marketing, i fast food sono popolari tra bambini e adolescenti. Diversi studi hanno osservato che il consumo di fast food è associato all'aumento di peso.

- Accessibilità ad un'attività fisica sicura: essere vicini a degli spazi verdi aumenta la possibilità di svolgere attività fisica.
- Salute ambientale: l'esposizione a pericoli ambientali durante il periodo prenatale, l'infanzia e l'adolescenza possono avere impatti sulla salute e sul benessere dei bambini. Le sostanze chimiche interferenti con l'attività endocrina possono attraversare la barriera placentare e influenzare il feto. Nel periodo postnatale e infantile, l'esposizione può avvenire attraverso l'allattamento al seno, l'inalazione, l'ingestione o l'assorbimento attraverso la pelle.

1.5.3 Fattori familiari e dell'ambiente domestico

Le preferenze alimentari e le abitudini di vita della famiglia hanno un ruolo significativo nell'influenzare il peso del bambino. Le pratiche alimentari dei genitori e il modello di comportamento alimentare, nonché il tipo e le quantità di cibi e bevande presenti in casa, sono stati segnalati come fattori determinanti sul comportamento alimentare e sulle preferenze alimentari dei bambini. Gli elementi che influiscono su questo fenomeno sono:

- Stili alimentari genitoriali: esistono 4 stili parentali di alimentazione: autoritario, autorevole (associato ad uno stile di vita più sano), permissivo e indulgente.
- Organizzazione dell'ambiente domestico: l'adozione di routine familiari e l'imposizione di limiti contribuiscono a creare un ambiente che promuove abitudini alimentari sane.
- Utilizzo di zucchero e bevande zuccherate: l'eccessivo consumo di zucchero è strettamente associato all'aumento di peso nei bambini.
- Dimensioni delle porzioni: porzioni eccessive possono portare ad un consumo calorico superiore al necessario, contribuendo all'obesità.
- Spuntini: l'uso di cibi ultra processati come spuntini per bambini e adolescenti, ha trovato un'associazione positiva con l'obesità infantile.
- Mangiare fuori e i pasti in famiglia: mangiare in ristoranti o fast food ha mostrato essere associato ad un'alimentazione con un alto introito energetico e con l'aumento di peso sia in bambini che in adulti.

- Tempo trascorso sullo schermo: l'uso prolungato di schermi (cellulari, videogiochi, televisione, computer) espone i bambini a marketing alimentare, favorisce l'alimentazione inconsapevole, la sedentarietà e riduce il tempo dedicato al sonno.
- Comportamento sedentario.
- Durata del sonno: una scarsa durata del sonno è associata all'aumento di rischio di obesità nei bambini.
- Ambienti esposti al fumo.
- Stress psicosociale: le problematiche psicosociali ed emotive potrebbero portare ad un aumento di peso attraverso dei meccanismi di adattamento malsani come il mangiare in assenza di fame per sopprimere le emozioni negative, la diminuzione dell'attività fisica e i disturbi del sonno.
- Esperienze avverse in infanzia: una storia di abusi fisici, emotivi o sessuali, l'esposizione alla violenza domestica, disfunzione familiare, psicopatologia dei genitori (es. abuso di sostanze), insicurezza economica, perdita di un genitore a causa della morte o dell'incarcerazione, possono influenzare negativamente il peso del bambino.

Questi fattori dimostrano che l'ambiente e le abitudini familiari giocano un ruolo centrale nella salute e nel benessere dei bambini, influenzando significativamente il loro peso corporeo e le loro preferenze alimentari.

1.5.4 Fattori individuali

- Fattori genetici: il rischio di obesità di un individuo è attribuibile per il 40-70% a fattori genetici. Gli studi hanno identificato 32 loci significativi per la predisposizione all'obesità.
- Fattori di rischio prenatale: questi includono l'obesità dei genitori, l'aumento di peso materno, il diabete gestazionale e il fumo materno.
- Fattori di rischio postnatali: tra questi rientrano il peso alla nascita, l'interruzione precoce dell'allattamento al seno e l'alimentazione artificiale, un rapido aumento di peso durante l'infanzia e la prima infanzia, e l'uso precoce di antibiotici.
- Fattori di rischio dell'infanzia: comprendono disturbi endocrini, bambini e giovani con esigenze sanitarie speciali che incidono sull'alimentazione e l'attività

fisica, bambini con disabilità di sviluppo o fisiche, bambini con disturbo dello spettro autistico, bambini con mielomeningocele, deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD), tratti appetitivi che favoriscono l'aumento di peso, uso di farmaci e depressione.

1.6 Conseguenze psico-fisiche

L'obesità è una condizione patologica che comporta numerosi effetti negativi sulla salute fisica e sul benessere psicosociale dell'individuo. Le conseguenze avverse dell'obesità infantile vengono tradizionalmente suddivise in due categorie principali: quelle a breve termine, che interessano il bambino o l'adolescente, e quelle a lungo termine, che colpiscono l'adulto futuro. Le conseguenze a breve termine possono influenzare negativamente praticamente ogni sistema organico dei bambini. Ipertensione, dislipidemia, prediabete, diabete di tipo 2 e malattia epatica grassa non alcolica sono ora comunemente riscontrati nei bambini, specialmente durante l'adolescenza. Sovrappeso e obesità durante l'infanzia e l'adolescenza comportano esiti sfavorevoli in termini di rischio di malattie croniche in età adulta. L'obesità infantile tende a persistere fino all'età adulta e così fanno gli effetti cardiovascolari dell'obesità. Di conseguenza, esiste un forte legame tra obesità infantile e morbilità e mortalità in età adulta. Inoltre, bambini e adolescenti con obesità tendono a diventare adulti con obesità, anche se non sempre questo si verifica. È importante notare che, oltre alle conseguenze fisiche e metaboliche, l'obesità durante l'infanzia e l'adolescenza è associata a un cattivo stato di salute psicologica ed emotiva. I giovani con obesità spesso sperimentano un aumento dello stress, sintomi depressivi e bassa autostima. Questi problemi psicologici ed emotivi possono aggravare ulteriormente la loro condizione di salute generale, creando un ciclo negativo che può essere difficile da interrompere senza interventi adeguati.

CAPITOLO 2 – LO STIGMA DEL PESO

Con stigma del peso ci si riferisce alla svalutazione sociale di una persona perché non rispetta le norme sociali prevalenti di peso e forma corporea adeguati. Questa discriminazione spesso comporta stereotipi negativi suggerendo che gli individui che presentano uno stato di sovrappeso o obesità sono pigri, demotivati o privi di forza di volontà per modificare il proprio benessere fisico.

Lo stigma del peso è particolarmente diffuso tra bambini e ragazzi e si manifesta sottoforma di esclusione sociale, prese in giro e atti di bullismo. Sebbene gli studi hanno dimostrato che bambini e ragazzi con obesità avevano maggiore probabilità di essere vittime dello stigma del peso per mano dei loro coetanei, le esperienze di stigmatizzazione del peso possono derivare da diverse fonti, inclusi educatori, operatori sanitari, genitori e dalla società nel suo complesso.

Due studi hanno indagato la distorsione del peso dei bambini di età compresa tra 4 e 6 anni attraverso la lettura di libri illustrati in cui il personaggio principale era di peso sano, su una sedia a rotelle o in sovrappeso. I risultati evidenziano che i bambini tendono a valutare negativamente i personaggi che appaiono visibilmente diversi da loro. In particolare, il personaggio con peso eccessivo è stato valutato più negativamente rispetto a quello in sedia a rotelle.

2.1 Conseguenze dello stigma del peso per il benessere

Molte persone che sperimentano lo stigma del peso sono esposte ad esso per tutta la vita. Per i giovani, le esperienze di stigmatizzazione del peso possono essere particolarmente dannose, con conseguenze di lunga durata, influenzando negativamente sia il loro benessere fisico che psicologico, la vita sociale e le prestazioni accademiche.

2.1.1 Disagio psicologico

Lo stigma del peso può avere gravi ripercussioni sul benessere psicologico delle persone, portando a sintomi come depressione, ansia, una forte insoddisfazione corporea e una ridotta autostima. Tra le conseguenze più preoccupanti ci sono i rischi associati all'autolesionismo e alla suicidalità. Gli adolescenti che sono stati oggetto di discriminazione a causa del loro peso hanno un'incidenza di comportamenti autolesivi e

suicidari che è approssimativamente il doppio rispetto a quelli che non hanno subito stigmatizzazioni. È importante sottolineare che questo rischio è presente in entrambi i sessi, indicando che ragazzi e ragazze sono altrettanto vulnerabili ai danni psicologici derivanti dall'essere stigmatizzati per il peso.

2.1.2 Conseguenze sociali

Lo stigma del peso esercita un notevole impatto sulla vita sociale dei giovani. Già dalle prime fasi della scuola elementare, i bambini affetti da obesità grave spesso incontrano una maggiore tendenza all'esclusione e al rifiuto da parte dei loro coetanei. Questo può tradursi in una minor probabilità di essere percepiti come popolari o di avere un'ampia cerchia di amicizie, rispetto ai bambini il cui peso rientra nei parametri considerati "normali".

Queste dinamiche si intensificano ulteriormente durante l'adolescenza. Ragazzi e ragazze con sovrappeso o obesità spesso sperimentano una ridotta accettazione sociale, con un numero di amicizie e contatti sociali inferiore rispetto ai loro coetanei di peso medio. Questa condizione può influire anche sulla loro vita romantica: i giovani con sovrappeso hanno una probabilità significativamente ridotta di instaurare una relazione amorosa tra l'età di 15 e 21 anni.

2.1.3 Conseguenze accademiche

Le conseguenze accademiche dello stigma del peso sono in gran parte alimentate dalle esperienze negative e dai rapporti sociali difficili che ne derivano. La frequenza del bullismo e i giudizi negativi ricevuti dai coetanei a causa del peso possono minare la motivazione e l'entusiasmo nell'ambito scolastico, portando ad una diminuzione delle risorse cognitive. A lungo termine, questa situazione può influenzare negativamente le prestazioni accademiche e compromettere il rendimento scolastico complessivo.

2.1.4 Conseguenze sulla salute fisica

Le implicazioni negative per la salute dei giovani che sono vittime dello stigma del peso includono comportamenti alimentari disadattivi come attuare abbuffate e comportamenti malsani di controllo del peso, aumento di peso, minore attività fisica e uso di sostanze.

La ricerca ha evidenziato una complessa relazione bidirezionale tra lo stigma del peso e lo stato ponderale dei bambini. Una meta-analisi del 2019, basata su studi longitudinali, ha rivelato che un BMI più elevato era associato a un rischio doppio di essere vittime di stigmatizzazione. Inoltre, è emerso che l'esperienza di stigma del peso può anticipare un aumento del BMI nel tempo, sottolineando l'interconnessione tra la discriminazione basata sul peso e la salute fisica degli individui.

2.2 Lo stigma del peso e l'assistenza sanitaria

L'esperienza dello stigma del peso può costituire un ostacolo significativo all'accesso e alla qualità dell'assistenza sanitaria, contribuendo all'aggravarsi dei problemi di salute e a un aumento della mortalità. Le persone affette da sovrappeso o obesità sono meno propense ad utilizzare i servizi sanitari e di conseguenza a ritardare o rinunciare all'intervento medico, non solo per la cura dell'eccessivo stato ponderale, ma anche per intervenire su altre condizioni mediche. Una revisione in questo settore ha evidenziato che i pregiudizi sul peso si manifestano spesso con comportamenti sprezzanti, paternalistici e mancanti di rispetto, inclusi insulti e umorismo inappropriato, oltre a attribuire tutti i problemi di salute ad un peso eccessivo. Inoltre, i pazienti con sovrappeso e obesità percepiscono una carenza di competenza ed informazione tra i professionisti sanitari riguardo alla gestione del peso e ai trattamenti disponibili per l'obesità. Questi fattori alimentano direttamente la stigmatizzazione del peso, portando all'evitamento, al ritardo o alla cancellazione di appuntamenti medici.

La percezione distorta del peso tra gli operatori sanitari può costituire un ostacolo significativo per gli individui con obesità, che sono maggiormente a rischio di sviluppare comorbidità legate al loro peso. Quando queste persone cercano assistenza all'interno del sistema sanitario, il pregiudizio associato al peso potrebbe compromettere la qualità e l'efficacia delle cure ricevute dai professionisti della salute. Di conseguenza, diventa cruciale che gli operatori sanitari si impegnino attivamente nel contrastare e superare lo stigma del peso, specialmente quando si occupano di bambini, adolescenti e delle loro famiglie. Questo impegno può manifestarsi attraverso l'adozione di un linguaggio empatico, solidale e privo di giudizi preconcepiuti durante l'interazione e la prestazione delle cure mediche.

L'American Academy of Pediatrics (AAP) ha sottolineato l'importanza per i pediatri di assumere un ruolo proattivo nel contrastare lo stigma del peso nella pratica clinica. Questo include l'adozione di comportamenti professionali che siano inclusivi e rispettosi, l'uso di un linguaggio che eviti ogni forma di stigmatizzazione, l'adozione di strategie di consulenza focalizzate sul paziente per promuovere il cambiamento comportamentale, e la creazione di un ambiente clinico che sia sicuro, accogliente e rispettoso di tutte le diverse corporature, utilizzando attrezzature mediche di capacità adeguata ed esponendo immagini didattiche inclusive. Inoltre, è importante che vengano condotti screening comportamentali per identificare segni di bullismo basato sul peso e le potenziali comorbidità emotive associate.

2.3 Media e social media

Un contesto in cui si riscontra un marcato pregiudizio basato sul peso è nei media e nei social media.

2.3.1 Media

I programmi televisivi e i film tendono a rappresentare le persone con una corporatura più robusta come disordinate, senza carattere, indesiderabili e soggette a trattamenti scadenti. Le persone affette da sovrappeso e obesità sono frequentemente oggetto di scherzi nei media, come talk show, commedie e film, rafforzando l'idea che i corpi più grandi siano inaccettabili nella società. Inoltre, lo stigma legato al peso è spesso presente in produzioni cinematografiche e televisive rivolte a un pubblico giovane.

Le ricerche sui contenuti di programmi TV e film destinati ai bambini mostrano un rafforzamento dello stigma verso il peso attraverso rappresentazioni stereotipate di personaggi con corporature più grandi. Nei media per bambini, i personaggi fisicamente magri sono spesso presentati come simpatici, popolari e attraenti, mentre quelli con una corporatura più robusta vengono dipinti come aggressivi, impopolari, negativi e oggetto di risate o derisione. Un'indagine sui film per bambini ha evidenziato che il 70% di essi contiene contenuti che stigmatizzano il peso, con il 90% di questi riferiti a personaggi obesi.

Un'ulteriore sorgente di pregiudizi si trova nella pubblicità. Lo stigma del peso è amplificato poiché le aziende, per promuovere i loro prodotti, tendono a utilizzare

individui con una corporatura considerata accettabile secondo gli standard della loro popolazione target. Inoltre, sono diffuse pubblicità che promuovono prodotti per la perdita di peso, trasmettendo l'idea che il peso sia facilmente controllabile e che raggiungere una significativa perdita di peso sia semplicemente una questione di impegno individuale. Queste pubblicità spesso mostrano immagini di persone prima e dopo l'uso del prodotto, raffigurando gli individui obesi come meno felici e meno attraenti.

2.3.2 Social media

I social media, come Instagram, Facebook, X e TikTok, sono piattaforme virtuali online che offrono agli utenti la possibilità di interagire, comunicare e condividere una vasta gamma di contenuti, che possono essere sia personali che pubblici. Queste piattaforme digitali hanno acquisito una diffusione capillare e rappresentano un mezzo potente per connettere individui provenienti da diverse parti del mondo, con background, esperienze e punti di vista vari.

I social media hanno un impatto significativo sulla società e sulle dinamiche sociali. In particolare, possono giocare un ruolo cruciale nel modellare e influenzare l'opinione pubblica e le percezioni collettive su questioni sensibili e rilevanti, come lo stigma associato al peso corporeo.

I social media possono sia amplificare che mitigare lo stigma del peso. Da un lato, possono contribuire a diffondere stereotipi e pregiudizi, promuovendo ideali estetici irrealistici e contribuendo alla creazione di pressioni sociali legate all'aspetto fisico. Una delle principali cause dello stigma del peso nelle piattaforme social è la natura anonima dei social media. L'anonimato delle piattaforme sociali permette alle persone di esprimere liberamente convinzioni e atteggiamenti, facilitando la diffusione di discorsi negativi e di incitamento all'odio. Questo può portare a commenti offensivi e messaggi stigmatizzanti, mirati a umiliare individui vulnerabili, come quelli con sovrappeso, rinforzando stereotipi negativi e ridicolizzando queste persone.

D'altro canto, i social media possono essere utilizzati come strumenti positivi per la sensibilizzazione, l'educazione e la promozione dell'accettazione e della diversità corporea. Il movimento Body Positivity (BoPo) rappresenta un'iniziativa sociale che mira a contrastare i pregiudizi di peso, sottolineando che tutte le persone meritano di avere un'immagine corporea positiva, indipendentemente dagli standard estetici predominanti.

Il BoPo ha radici nel Fat Rights Movement degli anni '60, che si focalizza sull'accettazione del corpo grasso e combatte la discriminazione basata sulle dimensioni e sul peso corporeo.

La National Association to Advance Fat Acceptance, fondata nel 1969, è un esempio di organizzazione che lavora per cambiare il modo in cui si parla e si pensa al peso. Il termine "Body Positivity" è stato coniato nel 1996 da uno psicoterapeuta e un paziente, che hanno creato il sito thebodypositive.org per fornire risorse educative volte a promuovere un rapporto sano con il proprio corpo, evitando il focus esclusivo sulla perdita di peso attraverso diete eccessive e esercizio fisico.

Il BoPo, nella sua forma attuale, ha guadagnato visibilità intorno al 2012, sfidando gli standard di bellezza femminile irrealistici e enfatizzando il concetto che "tutti i corpi sono belli". Questo movimento ha trovato un forte sostegno sui social media, in particolare su piattaforme come Instagram, dove l'hashtag #Bodypositive ha contribuito a diffondere il messaggio di accettazione e valorizzazione della diversità corporea.

Pertanto, sebbene i social media presentino delle sfide nella gestione dello stigma legato al peso, offrono anche opportunità significative per promuovere un dialogo costruttivo, incoraggiare l'empatia e sostenere movimenti che mirano a ridurre l'importanza dell'aspetto fisico come indicatore del valore individuale.

CAPITOLO 3 – CAREGIVER: ATTACCAMENTO, PREVENZIONE E INTERVENTI FAMILIARI

3.1 Attaccamento

3.1.1 Cenni teorici dell'attaccamento di Bowlby

La teoria dell'attaccamento classica fornisce la base per comprendere come si sviluppi la capacità di regolazione dell'affetto. È costruita sulle teorizzazioni di John Bowlby, e sulle ricerche condotte da Mary Ainsworth e di Mary Main. Secondo Bowlby, la predisposizione ad entrare in relazione con le figure di accudimento primarie rappresenta una componente biologica fondamentale che svolge importanti funzioni. Questi adulti di riferimento sono responsabili di proteggere e assicurare la sopravvivenza del neonato, inizialmente dipendente dal sistema di regolazione del caregiver (Tambelli, 2017).

Bowlby ha derivato la sua teoria dell'attaccamento dall'etologia, in cui il sistema di attaccamento è visto come un meccanismo attivato dalla paura, considerandolo parte dei comportamenti di sopravvivenza insieme alle risposte di attacco-fuga e freezing. Di fronte a una minaccia, il sistema di esplorazione del bambino viene disattivato, facendo spazio al sistema di attaccamento. A questo punto il cucciolo d'uomo cerca la propria figura di riferimento per vedere se sia attento a lui. Il caregiver svolge una funzione di porto sicuro quando fornisce accudimento fisico, e di base sicura se il piccolo, pur restando a distanza, si rassicura guardando il suo viso. L'obiettivo dell'attaccamento, secondo Bowlby (1980), è infatti quello di creare un senso di "sicurezza percepita" che permetta al piccolo di tornare ad esplorare liberamente. In termini di regolazione affettiva, la funzione dell'attivazione del sistema di attaccamento è riportare il bambino ad uno stato del Sé regolato (Hill, 2017).

Il bambino attua dunque strategie adattive per mantenere la relazione con la madre e un senso di sicurezza e protezione, sviluppando pattern di attaccamento definiti sicuri o insicuri. Tali interazioni si imprimono sottoforma di ricordi impliciti e vengono interiorizzati come Modelli Operativi Interni (Internal Working Models, IWM). Questi schemi costituiscono rappresentazioni relativamente fissi che il bambino utilizza per predire il mondo e mettersi in relazione con esso (Lis, 1999).

Bowlby ritiene che il bambino, sebbene abbia una propensione naturale a formare attaccamenti, darà luogo a un legame che risulterà adeguato o patologico in virtù della

natura dell'attaccamento e delle dinamiche dell'ambiente genitoriale a cui è esposto (Lis, 1999). Dal punto di vista della psicopatologia dello sviluppo, il tipo di attaccamento non designa una condizione di disturbo, ma è da considerarsi come un fattore di protezione o rischio (Tambelli, 2017). Analizzare il modello di attaccamento interiorizzato in età infantile sembra dunque fondamentale per comprendere quale sia il ruolo della relazione bambino-caregiver nell'insorgenza della psicopatologia.

La maggior parte dei soggetti che riportano obesità o sovrappeso ricade nelle categorie di attaccamento insicuro.

3.1.2 Attaccamento e obesità infantile

La teoria dell'attaccamento sostiene che i comportamenti del caregiver, sintonizzati con gli stati emotivi e i bisogni del bambino, specialmente durante momenti di paura e angoscia, aiutano a co-regolare le loro risposte emotive e fisiologiche (es. ciclo fame-sazietà). Questa co-regolazione favorisce la maturazione delle strutture cerebrali dei bambini, comprese quelle coinvolte nello sviluppo dell'autoregolazione. Al contrario, bambini che ricevono cure incoerenti, insensibili o indifferenti non sviluppano aspettative di conforto e rassicurazione, diventando attaccati in modo insicuro. Le madri di questi bambini non mostrano la sintonizzazione necessaria per co-regolare i loro figli, che quindi sperimentano livelli più elevati di stress, ostacolando lo sviluppo ottimale dell'autoregolazione.

Con autoregolazione si intende quell'insieme di capacità attraverso le quali gli individui gestiscono i propri pensieri, le emozioni e il comportamento. Questo costrutto è importante per quanto riguarda l'obesità infantile poiché si è osservata un'associazione tra il comportamento obesogenico del bambino e il suo attaccamento con le figure genitoriali. Questa associazione è mediata dall'autoregolazione del bambino. Diversi studi hanno osservato che la relazione tra questi tre elementi rimaneva significativa nonostante le differenze demografiche. Ciò risulta rilevante in quanto dimostra che l'attaccamento, l'autoregolazione e il comportamento obesogenico sono fortemente legati tra loro indipendentemente dalle diversità demografiche della popolazione.

La ricerca ha evidenziato una serie di comportamenti che individui con una minore capacità di regolazione possono mettere in atto, causando un aumento del peso corporeo. Coloro con una minore autoregolazione, possono sviluppare, fin dalla giovane età,

un'associazione tra cibo e gestione delle emozioni negative, ed essere più reattivi ai sistemi di ricompensa cerebrale attivati dal consumo di cibo. Inoltre, questi individui possono essere meno sensibili ai segnali interni, come quelli di fame e sazietà, ed esterni, come la presenza di cibi altamente appetibili. La non regolazione di questi segnali potrebbero portare l'individuo a mangiare più del necessario.

Un'adeguata sintonizzazione tra caregiver e bambino è centrale anche nel momento dei pasti: in base alla qualità delle risposte fornite dal caregiver, il bambino riesce a regolare il ciclo fame-sazietà. Quando il caregiver è in grado di rispondere in modo coerente ai segnali del proprio bambino, quest'ultimo sviluppa una migliore comprensione e gestione delle proprie sensazioni di fame e sazietà. Questo processo facilita una regolazione ottimale dei suoi bisogni nutrizionali. Al contrario, quando i comportamenti messi in atto dal caregiver sono incoerenti o caotici, il bambino non riesce a comprendere i propri stati emotivi nascenti, come le sensazioni legate alla sazietà e il bisogno di essere nutriti (Tambelli, 2017).

Dal punto di vista clinico, è fondamentale comprendere la relazione tra attaccamento e obesità infantile, poiché questa conoscenza consente di sviluppare interventi preventivi mirati a migliorare la relazione diadica tra caregiver e bambino. Migliorando questa relazione, si può potenziare la capacità di autoregolazione del bambino, riducendo così il rischio di comportamenti obesogenici.

3.2 Dispercezione del peso e prevenzione

Le figure genitoriali svolgono un ruolo importante nella prevenzione e nel trattamento dell'obesità infantile, questo perché fungono da modello per l'acquisizione di abitudini. Sono responsabili dell'organizzazione delle routine quotidiane, delle scelte degli alimenti che portano a casa e rappresentano un esempio sia per quanto riguarda l'alimentazione che l'esercizio fisico. Inoltre, le percezioni dei genitori sull'obesità infantile possono essere uno strumento importante da prendere in considerazione per ottenere dei miglioramenti nei casi di obesità infantile, in quanto, i genitori stessi, possono proporre dei cambiamenti mettendo in atto comportamenti più salutari. Tuttavia, potrebbero non essere in grado di percepire con precisione lo stato del peso dei propri figli, sottostimando condizioni di sovrappeso e obesità.

Questa errata percezione del peso è influenzata dall'età del bambino, dalla prevalenza di obesità nella popolazione a cui appartiene la famiglia, dallo stato di peso dei genitori stessi e dallo stigma interiorizzato. Altri studi vedono come ulteriori fattori d'influenza lo status socioeconomico della famiglia, il grado di istruzione dei genitori e il sesso del bambino, ma non sempre hanno trovato un alto grado di correlazione con la dispercezione del peso. Inoltre, i genitori potrebbero non considerare il loro bambino sovrappeso perché svolge attività fisica, perché non è vittima di bullismo per le sue dimensioni corporee e perché non ha problemi di salute evidenti; quindi potrebbero essere spinti ad utilizzare come criterio di lettura del peso del figlio, non tanto la dimensione corporea reale, ma gli stereotipi legati all'obesità. Altri due aspetti da tenere in considerazione è che i genitori potrebbero essere restii ad etichettare loro figlio come sovrappeso/obeso a causa dello stigma sociale, e che potrebbero non rendersi conto della problematica poiché credono che con la crescita questa si risolva da sola.

Uno studio ha mostrato che il 64,1% dei genitori classifica correttamente lo stato di peso dei propri figli secondo le categorie dell'OMS (peso normale, sovrappeso e obesità). Tra i bambini con peso normale, l'86,5% dei genitori ha valutato accuratamente il loro peso. Tuttavia, solo il 17,4% dei genitori ha riconosciuto il sovrappeso dei propri figli, mentre l'82,3% lo ha sottostimato. Per i bambini obesi, solo il 6,2% dei genitori ha percepito correttamente il loro stato di peso, con il 56,2% che li ha considerati "un po' sovrappeso" e il 37,2% come "peso normale".

La consapevolezza dei genitori riguardo all'impatto del peso dei loro figli è fondamentale per la loro partecipazione ai programmi di intervento, che sono essenziali per prevenire e trattare il sovrappeso e l'obesità infantile. In questo contesto, il ruolo del pediatra è cruciale, poiché può fornire ai genitori una valutazione accurata del peso dei bambini e aiutarli a riconoscere oggettivamente la condizione di obesità. Le ricerche indicano che i genitori che considerano il peso dei loro figli un problema di salute sono più inclini a introdurre cambiamenti nello stile di vita rispetto a quelli che non lo riconoscono come tale. Di conseguenza, migliorare la consapevolezza e la percezione dei genitori attraverso l'intervento dei pediatri e di un'adeguata informazione può essere un passo determinante per la riduzione dei tassi di obesità infantile, favorendo un ambiente familiare più salutare e proattivo.

3.3 Terapia basata sulla famiglia

L'ambiente domestico, che include elementi come le routine familiari e l'impostazione dei limiti, è stato a lungo riconosciuto come una delle influenze più significative sui comportamenti salutari dei bambini e sugli esiti di sovrappeso e obesità. I genitori giocano un ruolo fondamentale nel promuovere l'attività fisica, la dieta equilibrata, la gestione del tempo trascorso davanti allo schermo e il sonno dei loro figli. Attraverso pratiche genitoriali positive, come stabilire limiti chiari e fungere da modelli di comportamento salutare, e creando un ambiente domestico sano e di supporto, ad esempio con la disponibilità di frutta e verdura fresca, i genitori possono influenzare positivamente le abitudini di vita dei loro figli, contribuendo a prevenire l'obesità infantile.

Gli interventi basati sulla famiglia prevedono il coinvolgimento dei genitori, che può essere sia passivo che attivo, e spesso li considerano come i principali o unici agenti del cambiamento. Il coinvolgimento attivo dei genitori richiede un impegno continuativo, come la partecipazione a workshop, consulenze o sessioni educative. Al contrario, il coinvolgimento passivo non richiede una partecipazione diretta del genitore o del tutore, ma può includere la distribuzione di materiali informativi come brochure o newsletter.

I risultati ottenuti da interventi basati sulla famiglia risultano essere positivi sotto diversi aspetti. È stato dimostrato che il coinvolgimento dei genitori è associato ad un successo precoce nel trattamento dell'obesità infantile, e che il BMI ottenuto viene mantenuto in maniera più efficace, rispetto ad altre tipologie di intervento in cui viene coinvolto solo il bambino (ad esempio, gli interventi scolastici). Per quanto riguarda gli adolescenti, i risultati ottenuti da programmi famigliari sono meno chiari. Inoltre, questa tipologia di trattamenti, ha il potenziale di migliorare la salute e lo stato del peso dell'intera famiglia (AAP, 2023). Questo elemento è centrale in quanto l'utilizzo di tali pratiche può ridurre lo stato ponderale di membri della stessa famiglia, risultando così un intervento economico e capace di diminuire la prevalenza dell'obesità, non solo infantile ma anche nella popolazione adulta.

Sebbene questa tipologia di intervento abbia portato ad ottenere ottimi risultati, specialmente nei casi di obesità nei primi anni di vita, sono stati riscontrati dei limiti per quanto riguarda gli aspetti più pratici dell'intervento. In particolare, questi interventi, richiedono ai membri della famiglia di investire molto tempo per partecipare agli incontri, sottraendolo ad altre attività fondamentali come il lavoro e la scuola. Questa necessità di

un investimento di tempo significativo può rappresentare un ostacolo per molte famiglie, rendendo difficile la partecipazione e compromettendo l'efficacia dell'intervento stesso. Nel corso degli anni sono stati implementati numerosi interventi basati sulla famiglia per affrontare l'obesità infantile. In particolare, nell'ultimo aggiornamento delle linee guida dell'American Academy of Pediatrics (AAP) del 2023, è stata posta una particolare enfasi sull'Intensive Health Behavior and Lifestyle Treatment (IHBLT).













3.3.1 Intensive Health Behavior and Lifestyle Treatment

L'IHBLT (Intensive Health and Behavior Lifestyle Treatment) è un approccio fondamentale per ottenere una riduzione della massa corporea o un'attenuazione dell'aumento eccessivo di peso nei bambini (AAP, 2023). Generalmente, questo approccio, coinvolge le famiglie nelle discussioni sul trattamento necessario e prevede una serie di visite con una frequenza e un'intensità che facilitino il mantenimento di abitudini alimentari più sane e di attività fisica. Inoltre, è un approccio che si presta nel trattamento dell'obesità infantile non solo per bambini con sviluppo tipico, ma anche per individui con sviluppo atipico, apportando delle modifiche relative al singolo caso.

I programmi IHBLT più efficaci forniscono in modo costante 26 o più ore di consulenza familiare su nutrizione e attività fisica in un periodo di almeno 3-12 mesi, per bambini di età compresa tra i 2 e i 18 anni con condizioni di sovrappeso o obesità (AAP, 2023; APA, 2018). Questi incontri sono tenuti da un team multidisciplinare formato da pediatri, psicologi, nutrizionisti, educatori. Il trattamento può essere messo in atto in diverse tipologie di setting. Principalmente si trova la possibilità di usufruire di questo trattamento in centri medici specializzati nel trattamento dell'obesità o ospedali, mentre altri sono offerti tramite collaborazioni con entità comunitarie locali. Inoltre, è possibile che il servizio venga offerto al singolo nucleo familiare o in gruppo.

È importante che gli operatori sanitari siano formati per il trattamento dell'obesità e che sappiano dare delle indicazioni precise rispetto ai trattamenti offerti nel territorio locale, così da indirizzare i pazienti verso un percorso di guarigione e di miglior benessere psico-fisico.

Figura 2 - Intensive Health and Behavior Lifestyle Treatment (AAP, 2023)

WHO:	WHEN:	WHAT:	WHERE:	DOSAGE:	FORMAT:	CHANNEL:
 Patient and family in partnership with a multidisciplinary treatment team*	 Promptly for child or adolescent with overweight or obesity	 Health education and skill building on multiple topics  Behavior modification and counseling	 Healthcare setting  Community-based setting with linkage to medical home	 Longitudinal treatment across 3-12 months with ideally ≥ 26 contact hours	 Group,  Individual, or  Both	 Face-to-face (strongest evidence)  Virtual (growing evidence)

CONCLUSIONI

Da questa revisione della letteratura emerge l'importanza e l'urgenza di implementare interventi per contrastare l'epidemia di obesità infantile presente a livello globale. I dati attuali sulla prevalenza di obesità sono allarmanti e in continuo aumento.

La formazione per il riconoscimento e il trattamento dell'obesità infantile risulta essere inadeguata. Inoltre, la società sembra essere permeata da pregiudizi e stigmi che impediscono agli individui di cercare aiuto e influenzano negativamente la qualità delle cure sanitarie ricevute.

Fondamentale è tenere in considerazione la possibilità di riconoscere la presenza di sovrappeso e obesità in maniera precoce. Questo permetterebbe la conseguente presa in carico e l'inizio del trattamento atto a diminuire lo stato ponderale del bambino e a migliorare le condizioni di salute psico-fisica dell'individuo. Una diagnosi precoce aiuta a mitigare le complicanze mediche e psicologiche e a ridurre l'incidenza dell'obesità e delle malattie correlate in età adulta.

Coinvolgere la famiglia nel trattamento dell'obesità infantile è cruciale, poiché questo approccio non solo migliora la salute del bambino, ma anche quella di tutti i membri della famiglia, promuovendo cambiamenti nello stile di vita che possono ridurre il peso corporeo complessivo. È necessario implementare programmi preventivi ed educativi per informare i genitori sui rischi dell'eccesso di peso e fornire loro le conoscenze necessarie per identificare e affrontare il problema all'interno della famiglia.

Alla luce di queste considerazioni, si conferma la necessità di approcci integrati e multifattoriali nell'affrontare l'obesità infantile, andando ad agire non solo sui cambiamenti dal punto di vista alimentare e dell'attività fisica, ma tenendo in considerazione anche le componenti psicologiche sottostanti, al fine di garantire una migliore salute e qualità della vita per i bambini e le loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA

Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. (2019). Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development, 20*.

American Psychological Association, Clinical Practice Guideline Panel. (2018). *Clinical practice guideline for multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and adolescents: Current state of the evidence and research needs*.

Ames, M., & Leadbeater, B. (2017). Overweight and isolated: The interpersonal problems of youth who are overweight from adolescence into young adulthood. *International Journal of Behavioral Development, 41*(3), 390-404.

Bergmeier, H., Paxton, S. J., Milgrom, J., Anderson, S. E., Baur, L., Hill, B., Lim, S., Green, R., & Skouteris, H. (2020). Early mother-child dyadic pathways to childhood obesity risk: A conceptual model. *Appetite, 144*, 104459.

Clark Olivia, Lee Matthew M., Jingree Muksha Luxmi, O'Dwyer Erin, Yue Yiyang, Marrero Abrania, Tamez Martha, Bhupathiraju Shilpa N., Mattei Josiemer. (2021). Weight Stigma and Social Media: Evidence and Public Health Solutions. *Frontiers in Nutrition, 8*.

Clément, S., & Tereno, S. (2023). Attachment, Feeding Practices, Family Routines and Childhood Obesity: A Systematic Review of the Literature. *International journal of environmental research and public health, 20*(8), 5496.

Eisenberg, M. E., Ward, E., Linde, J. A., Gollust, S. E., & Neumark-Sztainer, D. (2017). Exposure to teasing on popular television shows and associations with adolescent body satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research, 103*, 15–21.

Fruh, S. M., Graves, R. J., Hauff, C., Williams, S. G., & Hall, H. R. (2021). Weight Bias and Stigma: Impact on Health. *The Nursing clinics of North America, 56*(4), 479–493.

HAMPL SE, HASSINK SG, SKINNER AC, et al. (2023). Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents with Obesity. *Pediatrics, 151*(2).

Hill, D., (2017). *Teoria della regolazione affettiva. Un modello clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Jebeile, H., Kelly, A. S., O'Malley, G., & Baur, L. A. (2022). Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *The lancet. Diabetes & endocrinology, 10*(5), 351–365.

Lamson, A. L., Didericksen, K. W., Winter, A., Brimhall, A. S., Lazorick, S. (2020). Attachment, Parenting, and Obesogenic Behavior: A Dyadic Perspective. *Journal of Marital and Family Therapy, 46*, 455–470.

Lawrence, B. J., Kerr, D., Pollard, C. M., Theophilus, M., Alexander, E., Haywood, D., & O'Connor, M. (2021). Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 29(11), 1802–1812.

Lis, A., Stella, S., Zavattini, G.C., (1999). *Manuale di Psicologia Dinamica*. Bologna: Il Mulino.

Ma, L., Chu, M., Li, Y., Wu, Y., Yan, A. F., Johnson, B., & Wang, Y. (2021). Bidirectional relationships between weight stigma and pediatric obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 22(6).

Nardone P, Spinelli A, Ciardullo S, Salvatore MA, Andreozzi S, Galeone D (Ed.). *Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla SALUTE 2019*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2022. (Rapporti ISTISAN 22/27).

Palad, C. J., Yarlagadda, S., & Stanford, F. C. (2019). Weight stigma and its impact on paediatric care. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity./Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 26(1), 19–24.

Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., & Slusser, W. (2017). Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 140(6).

Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., & Slusser, W. (2017). Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 140(6).

Puhl, R.M. and Heuer, C.A. (2009), The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*, 17, 941-964.

Puhl, R.M., Lessard, L.M. (2020). Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Current Obesity Reports*, 9, 402–411.

Puma, A., Pecoraro, L., Salvottini, C., Carbonare, L. D., Piacentini, G., & Pietrobelli, A. (2023). Parental Perceptions and Concerns Related to the Consequences of Pediatric Obesity: Feeling or Real Problem?. *Endocrine, metabolic & immune disorders drug targets*, 23(11), 1380–1391.

Ramos Salas X, Buoncristiano M, Williams J, Kebbe M, Spinelli A, Nardone P, Rito A, Duleva V, Musić Milanović S, Kunesova M, Braunerová RT, Hejgaard T, Rasmussen M, Shengelia L, Abdrakhmanova S, Abildina A, Usuopva Z, Hyska J, Burazeri G, Petrauskiene A, Pudule I, Sant'Angelo VF, Kujundzic E, Fijałkowska A, Cucu A, Brinduse LA, Peterkova V, Bogova E, Gualtieri A, Solano MG, Gutiérrez-González E, Rakhmatullaeva S, Tanrygulyyeva M, Yardim N, Weghuber D, Mäki P, Russell Jonsson K, Starc G, Juliusson PB, Heinen MM, Kelleher C, Ostojic S, Popovic S, Kovacs VA, Akhmedova D, Farpour-Lambert NJ, Rutter H, Li B, Boymatova K, Rakovac I, Wickramasinghe K, Breda J.(2021). Parental Perceptions of Children's Weight Status in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI 2015/2017. *Obesity Facts*, 14(6), 658-674.

Sarah Harrison, Madaleine Rowlinson, Andrew J. Hill (2016). “No fat friend of mine”: Young children's responses to overweight and disability. *Body Image*, 18, 65-73.

Smith, J. D., Fu, E., & Kobayashi, M. A. (2020). Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. *Annual review of clinical psychology*, 16, 351–378.

Sutin, A. R., Robinson, E., Daly, M., & Terracciano, A. (2018). Perceived Body Discrimination and Intentional Self-Harm and Suicidal Behavior in Adolescence. *Childhood Obesity*, 14(8), 528–536.

Tambelli, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Bologna: Il Mulino.

Wanniarachchi, V. U., Mathrani, A., Susnjak, T., & Scogings, C. (2020). A systematic literature review: What is the current stance towards weight stigmatization in social media platforms? *International Journal of Human-computer Studies*, 135, 102371.

Xhonneux, A., Langhendries, J., Martin, F., Seidel, L., Albert, A., Dain, E., Totzauer, M., Grote, V., Luque, V., Closa-Monasterolo, R., Dionigi, A. R., Verduci, E., Gruszfeld, D., Socha, P., & Koletzko, B. (2022). Parental Perception of Body Weight Status of Their 8-year-old Children: Findings from the European CHOP Study. *Maternal and Child Health Journal*, 26(6), 1274–1282.

SITOGRAFIA

Centers for Disease Control and Prevention. (2022, September 24). *About Child and Teen BMI*.

https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html

Davidson, M. H., & Pradeep, P. (2023, May 10). *Dislipidemia*. Manuali MSD Edizione Professionisti.

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-endocrine-e-metaboliche/disturbi-del-metabolismo-lipidico/dislipidemia>

EpiCentro. (n.d.). *Asma - EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità*.

<https://www.epicentro.iss.it/asma/>

EpiCentro. (n.d.). *Diabete - EpiCentro - Istituto Superiore di Sanità*.

<https://www.epicentro.iss.it/diabete/#:~:text=Diabete%20tipo%202&text=La%20causa%20%20%20%20ancora%20ignota,riconosciuti%20associarsi%20alla%20sua%20insorgenza.>

EpiCentro. (n.d.). *Obesità - sovrappeso - Dati epidemiologici in Italia*.

<https://www.epicentro.iss.it/obesita/epidemiologia-italia>

EpiCentro. (n.d.). *Sovrappeso e obesità dati sorveglianza Passi*.

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

Istituto Superiore di Sanità. (n.d.). *Alimentazione, nutrizione e sicurezza degli alimenti - ISS*.

https://www.iss.it/alimentazione-nutrizione-sicurezza-alimenti?p_p_id=com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_mvcPath=%2Fview_content.jsp&_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_assetEntryId=2992049&_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_type=content&p_1_back_url=https%3A%2F%2Fwww.iss.it%2Falimentazione-nutrizione-sicurezza-alimenti%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dmaximized%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_redirect%3Dhttps%253A%252F%252Fwww.iss.it%252Falimentazione-nutrizione-sicurezza-alimenti%253Fp_p_id%253Dcom_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet%2526p_p_lifecycle%253D0%2526p_p_state%253Dnormal%2526p_p_mode%253Dview%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_mvcPath%3D%252Fsearch.jsp%26_com_liferay_portal_search_web_portlet_SearchPortlet_key

Istituto Superiore di Sanità (n.d.). *Obesità - ISS*.

<https://www.iss.it/obesita%20%20>

Maria Cristina Ianiro (n.d.). *Il Body Positivity in un'epoca di cambiamento*. Università di Bologna.

<https://site.unibo.it/canadausa/it/articoli/body-positivity-in-un-epoca-di-cambiamento#:~:text=Il%20Body%20Positivity%20affonda%20le,peso%20corporeo%20erano%20diventati%20dilaganti>

Ministero della Salute (n.d.). *Ipertensione arteriosa*.

<https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioSchedeAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=18&area=Alleanza%20italiana%20per%20le%20malattie%20cardio-cerebrovascolari&menu=malattie>

Riva, C. (2022, November 16). *Italia quarta in Europa per sovrappeso e obesità infantile*. Società Italiana Di Pediatria.

<https://sip.it/2022/11/16/italia-quarta-in-europa-per-sovrappeso-e-obesita-infantile/>

Sio. (2024, January 30). *Family-Based Behavioral Treatment for Childhood Obesity implemented in Pediatric primary Care. a randomized clinical trial*. SIO Società Italiana Obesità.

<https://sio-obesita.org/family-based-behavioral-treatment-for-childhood-obesity-implemented-in-pediatric-primary-care-a-randomized-clinical-trial/>

World Health Organization: WHO. (2022, March 4). World Obesity Day 2022 – Accelerating action to stop obesity. *News Release*.

<https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022-accelerating-action-to-stop-obesity>

World Health Organization: WHO. (2024, March 1). *Obesity and overweight*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=In%202022%2C%2043%25%20of%20adults,who%20were%20living%20with%20obesity.>

World Health Organization: WHO. (2024, March 1). *Controlling the global obesity epidemic*.

<https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>