



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E
PSICOLOGIA APPLICATA

CORSO DI LAUREA IN COMUNICAZIONE

La rappresentazione del diabete di tipo 1 nei prodotti culturali: il caso della
Barbie diabetica

Relatrice:

Prof.ssa Barbara Morsello

Laureanda:

Giulia Perpruner

Matricola n. 2100342

ANNO ACCADEMICO 2025-2026

Un grazie a tutta la mia famiglia:

a mia mamma, a mio papà,

e a me stessa.

Un ringraziamento speciale va a mio zio Ciro e mia nonna Mirta
che mi hanno aiutata come due secondi genitori.

A Michele,

diventato il mio pilastro più saldo.

E per ultimo al mio compagno di vita invisibile

che mi ha fatta diventare la persona che sono oggi.

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1. Diabete tipo 1, corpo, identità e tecnologie.....	4
1.1 DT1 e gestione della malattia.....	4
1.2 Quantified-Self: percezione del corpo e identità.....	7
1.2.1 Tecnologie, empowerment e paziente 2.0.....	7
1.2.2. Percezione del corpo e problematiche sociali.....	13
1.2.3 Rappresentazione della malattia.....	16
1.3 Gamification e therapeutic toy per l'accettazione e l'apprendimento.....	19
CAPITOLO 2. Caso di studio sulla Barbie diabetica.....	22
2.1 Inclusività e mercificazione: la doppia natura della Barbie.....	22
2.2 La Barbie diabetica.....	30
2.3 Metodologia, tecniche di indagine e domanda di ricerca.....	37
CAPITOLO 3. Analisi e discussione dei risultati.....	41
3.1 Problematiche legate alla patologia.....	43
3.2 La dimensione pubblica del diabete di tipo 1.....	48
3.3 Rappresentazione del DT1 nei prodotti culturali e mediali.....	50
3.4 Accettazione e convivenza con la malattia.....	54
3.5 Apprendimento e comunicazione medico-paziente.....	56
CONCLUSIONI.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	64
SITOGRAFIA.....	69
APPENDICE (tracce interviste).....	71

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni il diabete mellito di tipo 1 è diventato una delle patologie croniche più diffuse in età pediatrica e adolescenziale, interessando un numero crescente di persone a livello mondiale. Nonostante i significativi progressi compiuti dalla medicina nella gestione della malattia, il diabete continua a rappresentare una condizione che richiede un impegno costante e quotidiano da parte dei pazienti. Il monitoraggio della glicemia, la somministrazione di insulina e la continua necessità di adattare le proprie abitudini di vita rendono infatti il diabete una realtà che coinvolge non soltanto la dimensione biologica della salute, ma anche quelle psicologica, sociale e identitaria.

L'evoluzione delle tecnologie mediche ha profondamente trasformato il rapporto tra paziente e malattia. Dispositivi quali i sistemi di monitoraggio continuo del glucosio e i microinfusori di insulina consentono oggi una gestione più autonoma, precisa e personalizzata della terapia. Questi strumenti non rappresentano soltanto un supporto clinico, ma contribuiscono a ridefinire il modo in cui il corpo viene percepito, vissuto e mostrato agli altri. In questo contesto emerge la figura del paziente contemporaneo, sempre più coinvolto nella produzione, interpretazione e gestione dei dati relativi alla propria salute e inserito in una rete di tecnologie che influenzano le pratiche quotidiane, le relazioni sociali e la costruzione dell'identità personale.

La convivenza con il diabete, tuttavia, non riguarda esclusivamente gli aspetti medici della patologia. La presenza visibile dei dispositivi terapeutici, le limitazioni e gli adattamenti richiesti dalla gestione della malattia, nonché il confronto con gli immaginari sociali della normalità e della salute, possono incidere profondamente sulla percezione di sé. Tale aspetto assume una particolare rilevanza durante l'infanzia e l'adolescenza, fasi della vita caratterizzate dalla costruzione dell'identità personale, dalla ricerca di appartenenza al gruppo dei pari e dal bisogno di riconoscimento sociale. In questi contesti, la malattia può essere percepita come un elemento di differenziazione, ma anche come un'opportunità di sviluppo di nuove strategie di adattamento e resilienza.

Alla luce di queste considerazioni, la rappresentazione culturale del diabete assume un ruolo particolarmente significativo. Media, social network, influencer e prodotti culturali contribuiscono infatti alla costruzione di significati condivisi sulla malattia, influenzando i processi di accettazione, inclusione e riconoscimento sociale. In particolare, il gioco e i giocattoli rappresentano strumenti privilegiati attraverso cui i bambini interpretano il mondo che li circonda, elaborano esperienze complesse e costruiscono la propria immagine di sé. La possibilità di trovare rappresentate nei prodotti ludici caratteristiche, esperienze o condizioni personali può favorire processi di identificazione e normalizzazione, contribuendo a ridurre il senso di diversità percepita.

L'obiettivo della presente ricerca è analizzare il rapporto tra diabete di tipo 1, identità, tecnologie e rappresentazioni culturali, soffermandosi in particolare sul potenziale educativo e simbolico degli strumenti ludici. Dopo aver approfondito la relazione tra gestione della malattia, corpo e tecnologie mediche, verranno esaminate le potenzialità della gamification e dei therapeutic toys come strumenti di apprendimento terapeutico, supporto psicologico e accettazione della condizione diabetica. Successivamente, attraverso il caso di studio della Barbie diabetica introdotta da Mattel nel 2025, si analizzerà come la rappresentazione della malattia all'interno di un oggetto culturale così diffuso possa contribuire alla normalizzazione del diabete, alla costruzione di modelli identificativi più inclusivi e alla promozione di una maggiore sensibilità sociale nei confronti delle condizioni croniche e della diversità corporea.

La domanda di ricerca che guida questo studio è la seguente: "Quali sono le percezioni dei pazienti diabetici e dei diabetologi rispetto all'utilizzo di strumenti culturali rappresentativi della malattia diabetica durante l'apprendimento delle terapie e nel processo di accettazione della malattia?"

Per rispondere a tale quesito sono state realizzate interviste semi-strutturate rivolte sia a persone affette da diabete di tipo 1 sia a professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico della patologia. Attraverso l'analisi delle loro esperienze, opinioni e riflessioni è stato possibile esplorare il significato attribuito a questi strumenti culturali e il loro potenziale impatto sulla vita delle persone con diabete.

I risultati evidenziano un generale apprezzamento nei confronti di strumenti rappresentativi come la Barbie diabetica, soprattutto per il loro valore simbolico e inclusivo. Gli intervistati hanno sottolineato come tali iniziative possano contribuire a normalizzare la presenza del diabete nella società, favorire il riconoscimento delle persone che convivono con la patologia e ridurre il peso derivante dalla necessità di spiegare continuamente la propria condizione agli altri. Per quanto riguarda l'apprendimento della terapia, invece, non sono emerse particolari considerazioni positive o negative, ad eccezione della riflessione di una diabetologa che ha evidenziato come il principale valore della bambola non risieda nella simulazione pratica delle procedure terapeutiche, bensì nella sua capacità di rappresentare visivamente la malattia.

L'aspetto maggiormente valorizzato dagli intervistati riguarda infatti il potenziale di sensibilizzazione rivolto alla popolazione generale. Dalle testimonianze emerge la necessità di aumentare la conoscenza sociale del diabete di tipo 1, contrastando stereotipi e informazioni errate ancora ampiamente diffusi. In questo senso, strumenti culturali come la Barbie diabetica sembrano assumere una funzione che va oltre la semplice rappresentazione: essi diventano veicoli di divulgazione, inclusione e normalizzazione di una delle patologie croniche più diffuse in età infantile e adolescenziale, ma che, nonostante la sua rilevanza, rimane ancora oggi poco conosciuta e spesso invisibile agli occhi della società.

1. DIABETE TIPO 1, CORPO, IDENTITÀ E TECNOLOGIE

1.1 DIABETE di TIPO 1 e GESTIONE della MALATTIA

Il diabete mellito di tipo 1 (DT1) è una malattia autoimmune cronica, ovvero una patologia per cui non esiste una cura definitiva, ma che richiede una gestione terapeutica quotidiana e costante.

La patologia colpiva in Italia circa 300.000 persone nel 2024, con numeri in costante aumento.¹ Nei soggetti diabetici di tipo 1, il pancreas non è in grado di produrre l'ormone insulina, necessario alle cellule per utilizzare gli zuccheri presenti nel sangue. Questo accade perché il sistema immunitario genera degli auto-anticorpi, che distruggono le cellule β , le quali sono responsabili della produzione dell'insulina. Per questo motivo è definita una malattia autoimmune.

Lo zucchero inutilizzato dalle cellule si deposita di conseguenza nel circolo sanguigno, causando l'iperglicemia. La glicemia si misura in mg/dl ed è un parametro che sta ad indicare i livelli di glucosio nel sangue.

Al contrario, quando il livello di zucchero scende sotto i valori previsti, si parla di ipoglicemia, una condizione che può manifestarsi con sintomi fisici (tremori, vertigini, sudorazione, debolezza, visione offuscata, tachicardia), disturbo del sonno e compromissione cognitiva (Indelicato, 2024).

Il rischio di sviluppare complicanze a lungo termine in questo contesto è molto alto. La terapia del DT1, oltre ovviamente all'adozione di uno stile di vita sano composto da dieta e attività fisica regolare, si basa sulla somministrazione di insulina tramite iniezioni. Questo tipo di diabete viene definito *insulino-dipendente* e, dato che compare in soggetti giovani come bambini e adolescenti, viene utilizzato anche il termine *diabete giovanile* per riferirsi alla patologia (Kumar et al., 2020).

Col tempo la mala gestione del diabete e l'iperglicemia prolungata portano a gravi danni a vari organi, tra cui il cuore, il cervello, il sistema nervoso, i reni, gli occhi e gli arti. I sintomi che indicano la presenza della malattia sono la sensazione di sete molto intensa (polidipsia), necessità di urinare frequentemente (poliuria), visione offuscata, stanchezza e perdita di peso non intenzionale.²

¹<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/diabete/diabete-mellito-tipo-1/> 18.06.2026

²<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> 15.02.2026

Bisogna specificare, però, che esistono anche altre varianti della stessa condizione. Tra le principali ci sono: diabete tipo 2, tipo 3, gestazionale (che compare in gravidanza) e diabete secondario (diabesità).³

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la stima di malati complessivi di diabete si aggirava attorno agli 830 milioni nel 2022⁴ a livello mondiale. Le statistiche mostrano come il 10-14% della popolazione europea sia affetta da diabete; la malattia rappresenta la quarta causa di morte nel continente. Infatti, la mortalità nelle persone affette da diabete è 1,9 volte quella dei non diabetici e per le donne il rapporto aumenta a 2,6.¹

L'Italia è uno dei paesi in Europa con il più alto numero di adulti con diabete e si trovava entro i primi 10 stati al mondo con le più alte spese sanitarie collegate alla gestione della patologia nel 2024.

Lo Stato italiano conta un totale di 4 milioni di persone affette dalla malattia che si distribuiscono disugualmente nelle varie regioni: la frequenza è mediamente inferiore nel Nord-ovest (6,3%), nel Nord-est (5,5%) e nel Centro (6,3%), in confronto con il Sud (7,9%) e le Isole (7,4%). Queste variazioni potrebbero dipendere però anche dalle diverse composizioni di età delle popolazioni di riferimento.¹

La malattia in questione rappresenta oggi una tematica di grande rilevanza, dato che interessa una parte significativa della popolazione mondiale e italiana. Per questo motivo il Ministero della Salute si impegna annualmente a promuovere la prevenzione e la consapevolezza verso la malattia. Per fare ciò, tra le iniziative, è stato individuato, insieme al IDF (International Diabetes Federation) e all'OMS, il 14 novembre come la *Giornata Mondiale del Diabete*. In questa data ricorre l'anniversario della nascita di Frederick Banting che isolò l'insulina nel 1921, passo fondamentale per il trattamento odierno del diabete e la sopravvivenza dei malati.³

La tipologia di diabete più diffusa è quella di tipo 2 (90%) e si manifesta in soggetti adulti. “La causa è ancora ignota, anche se è certo che il pancreas è in grado di produrre insulina, ma non in quantità sufficienti per quanto richiesto dall'organismo. In genere, si manifesta dopo i 30-40 anni”.⁵ Questo si differenzia dunque dal diabete di tipo 1.

La sua gestione consiste principalmente nel controllo dell'alimentazione (carboidrati e zuccheri), attività fisica costante e, in base alla gravità della condizione, è necessaria la somministrazione di medicinali per aiutare l'organismo a regolare la glicemia.

³<https://www.diabete.com/i-principali-tipi-di-diabete/> 26.02.2026

⁴<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> 26.02.2026

⁵<https://www.diabete.com/che-cosa-e-il-diabete/> 15.02.2026

Lo studio si focalizzerà sul diabete di tipo 1 per cui non c'è ancora una cura definitiva, ma negli anni lo sviluppo tecnologico ha contribuito in modo significativo al miglioramento della qualità della vita dei pazienti che ad oggi possono gestire la terapia in completa autonomia. Ciò è reso possibile dall'introduzione di dispositivi tecnologici che facilitano la gestione quotidiana della terapia e permettono ai malati di non vivere la patologia in maniera molto diversa rispetto al passato.

1.2 QUANTIFIED-SELF: PERCEZIONE del CORPO e IDENTITÀ

1.2.1 Tecnologie, empowerment e paziente 2.0

Il monitoraggio della glicemia, ovvero dei livelli di glucosio nel sangue, è tra gli aspetti più rilevanti nella gestione del diabete tipo 1. I valori della glicemia, infatti, non restano costanti durante la giornata, ma presentano delle fluttuazioni che dipendono in modo diretto da ciò che si mangia o beve, ma anche dall'intensità dell'attività fisica svolta. Quindi, ogni pasto, bevanda o attività motoria può alterare l'equilibrio glicemico. Per una persona con diabete T1, che non dispone di un sistema di autoregolazione biologica, questa variabilità rende la gestione quotidiana particolarmente onerosa. Per questo motivo i pazienti diabetici hanno dovuto imparare a gestire quotidianamente e in maniera autonoma la propria patologia. Una persona a cui viene diagnosticato il diabete, infatti, è tenuta ad assumere un ruolo centrale nella riorganizzazione della propria vita quotidiana e delle proprie abitudini, che subiscono cambiamenti radicali. Ciò è necessario per fare in modo di trasformare questa nuova condizione in una realtà significativa, comprensibile e gestibile per la persona stessa. In questo processo di adattamento e riorganizzazione della vita quotidiana, un ruolo centrale è svolto anche dalle tecnologie mediche che vengono integrate nelle pratiche quotidiane dei pazienti. Timmermans e Berg (2003) hanno introdotto infatti il concetto di “technology-in-practice” (tecnologia in pratica) per sottolineare che la tecnologia medica è profondamente intrecciata sia con il modo in cui viene progettata dagli specialisti, che usata dal paziente nella loro vita quotidiana. Ognuno, infatti, adatta gli strumenti che gli vengono forniti dall'assistenza sanitaria al proprio stile di vita e ai propri bisogni, integrando le tecnologie nella propria quotidianità. I dispositivi medici non solo monitorano il corpo e aiutano a regolare la terapia, ma plasmano costantemente il comportamento e le scelte della persona, ad esempio, per quanto riguarda cosa indossare tenendo conto dei dispositivi spesso ingombranti.

Il diabete, quindi, è una patologia ad alta densità tecnologica, la cui gestione si esplicita in 3 attività principali. La prima è la misurazione della glicemia attraverso il *glucometro* (Fig. 1): dopo una piccola puntura sul polpastrello di un dito attraverso un pungidito, va messa una goccia di sangue su una striscia reattiva inserita nello strumento di lettura, ovvero il glucometro. Questo strumento dopo qualche secondo restituisce i valori glicemici del paziente in quel preciso momento. Tale operazione va ripetuta almeno 4-5 volte al giorno che corrispondono con i pasti principali.

In base ai livelli di glicemia ci sono altre 2 attività che il paziente è tenuto a svolgere. Nel caso di ipoglicemia ($<70\text{mg/dl}$) è necessario assumere del glucosio, così che i valori tornino nella norma.



*Figura 1: glucometro a strisce reattive e pungidito.
Immagine tratta da <https://portal.wemeds.com.br/neuropatia-diabetica-periferica/>*

Nel caso di iperglicemia ($>190\text{ mg/dl}$) invece, il paziente è tenuto ad auto-somministrarsi delle dosi di insulina tramite delle iniezioni sottocutanee.

Queste iniezioni vengono effettuate tramite una *penna* (Fig. 2) che permette la somministrazione in N unità, in base alla necessità del momento. Una siringa/penna di insulina contiene 100 unità/ml.



*Figura 2: penna di insulina.
Immagine tratta da <https://depositphotos.com/br/photos/caneta-de-insulina.html>*

Nei pazienti con diabete di tipo 1 sono necessarie 3-4 somministrazioni di insulina quotidiane che generalmente riguardano i pasti della giornata, ma possono aumentare in base alle necessità (Perrone, 2015).

Negli ultimi anni sono stati sviluppati altri dispositivi che sono diventati sempre più sofisticati e meno invasivi. Essi hanno in parte sostituito, o meglio affiancato, le tecnologie tradizionali come la penna o il glucometro.

Ad esempio, oggi sono disponibili dispositivi di monitoraggio continuo di glucosio o CGM (*Fig. 3*), introdotti in alternativa ai glucometri a strisce reattive.



*Figura 3: sensore per la misurazione continua del glucosio e relativo applicatore.
Immagine tratta da <https://bloodsugareasy.com/how-to-test-your-blood-sugar-level/>*

Questi dispositivi sono strumenti portatili che misurano continuamente i livelli di glicemia senza bisogno di bucare la pelle tutte le volte che si necessita di saperne il valore. Vengono installati generalmente sul retro del braccio o sulla coscia attraverso un applicatore fornito nella confezione e vanno cambiati ogni 14 giorni. Per attaccare il CGM, è necessario premere con decisione l'applicatore sulla zona del corpo scelta finché non si avverte uno scatto, che indica il corretto posizionamento del sensore. Dopo averlo attivato tramite la scansione con il cellulare, bisogna attendere circa un'ora prima che inizi a fornire i valori di glucosio. Durante l'applicazione, un piccolo ago inserisce sotto la pelle una sottile cannula che rileva i livelli di glucosio; il dispositivo rimane poi fissato esternamente grazie a un cerotto adesivo. Questi device non misurano direttamente il sangue capillare, ma rilevano i valori di glicemia tramite il liquido interstiziale che circonda le cellule. Questo liquido restituisce valori che hanno una latenza temporale di 5-20 minuti (Perrone, 2015). I dati rilevati tramite questo strumento, dunque, si riferiscono alla glicemia che il soggetto aveva circa 15 minuti prima della misurazione. Nel caso in cui il CGM indichi un ipo o iperglicemia, è quindi necessario verificare il reale valore attuale tramite glucometro per poi poter correggere nel modo corretto la glicemia.

I CGM sono collegati a un ricevitore, generalmente ad un'applicazione scaricabile sul proprio cellulare (*Fig. 4*), che può mostrare al paziente l'andamento giornaliero della glicemia (quindi

non più legato soltanto a momenti specifici) attraverso percentuali nel range, media di glicemia oraria, eventi settimanali di glucosio basso, grafico giornaliero, percentuali di uso del sensore e glicata stimata.



*Figura 4: CGM e applicazione su smartphone.
Immagine tratta da <https://tcoyd.org/2024/09/abbotts-freestyle-libre-3-plus-sensor-is-now-available/>*

Anche per quanto riguarda l'iniezione di insulina sono state sviluppate le pompe di insulina/microinfusori (CSII). Questi sono dispositivi che permettono l'infusione continua di insulina in piccole dosi, come un piccolo *pancreas artificiale* (Fig. 5). È anche possibile impostare delle somministrazioni su richiesta, ovvero regolate e attivate in base alle esigenze del momento (come, ad esempio, per un pasto o la correzione di un'iperglicemia).



*Figura 1: microinfusore a destra.
Immagine tratta da <https://diabet-si-nutritie.ro/medtronic-minimed-640g/>*

All'interno del microinfusore c'è una cartuccia riempita di insulina, la quale viene somministrata tramite un set di infusione composto da un catetere che termina con un ago cannula che viene generalmente posizionato in regione addominale. La sostituzione del dispositivo va effettuata ogni 3-7 giorni. Un ulteriore sviluppo della pompa di insulina è la

Patch Pump, un microinfusore a cerotto senza catetere, meno ingombrante e più piccolo (Perrone, 2015).

Le nuove tecnologie per la cura del diabete permettono ai pazienti di produrre dati, informazioni e conoscenze in modo continuo e più preciso che possono essere condivisi in maniera più immediata con il personale sanitario. Il paziente in questo caso rileva dati sulla propria salute al di fuori delle strutture ospedaliere, in un'ottica "patient-generated-data" (Wike, 2013), ossia generati dal paziente stesso.

Avere accesso diretto ai propri strumenti di gestione sanitaria ed essere i diretti responsabili nel monitoraggio della propria salute crea nei pazienti un senso di *proprietà della malattia* (Kamran e Parker, 2025), che arrivano dunque ad una conoscenza approfondita del proprio corpo, migliorando così la gestione quotidiana. In generale, nella gestione delle malattie croniche, dunque, emerge un nuovo paradigma di cura, in cui i pazienti sono i principali caregiver di se stessi, mentre i professionisti sanitari diventano dei consulenti che offrono un supporto e una revisione alle decisioni autonome, in particolare del paziente diabetico, andando a formare un *modello di cura collaborativo*. Questa partnership riconosce le competenze dei pazienti tanto importanti e necessarie quanto quelle dei medici. I secondi sono esperti della malattia, i primi invece sono esperti del proprio corpo, dei propri bisogni, delle proprie abitudini e delle difficoltà che incontrano nella gestione della patologia.

La cura diventa a tutti gli effetti una "alleanza terapeutica" (Bodenheimer et al., 2002) basata sulla collaborazione medico-paziente, in cui la responsabilità della propria salute è nelle mani del soggetto stesso, favorendo l'empowerment del paziente.

I device per la misurazione della glicemia e la somministrazione dell'insulina forniscono, dunque, al diabetico delle risorse per rafforzare la propria autonomia, permettendo una responsabilizzazione e una migliore interazione medico-paziente (Moretti e Morsello, 2017). Grazie ai dispositivi medici, infatti, è possibile accedere ai dati durante le visite, che generalmente si effettuano per i bambini e ragazzi ogni tre mesi, per migliorare e velocizzare l'analisi dell'andamento glicemico.

Prima dell'invenzione dei sensori per il glucosio, il paziente era tenuto ad annotare manualmente su una tabella tutti i valori delle glicemie e le iniezioni di insulina giornaliere, oltre che alle correzioni delle ipoglicemie. Questo permetteva ai medici di valutare la terapia e, eventualmente, capire e suggerire come modificarla. Ad oggi tale pratica ha trovato dei sostituti digitali altamente precisi, rendendo così i controlli più rapidi e meno dispendiosi di energia.

Tuttavia, la raccolta delle informazioni e dei valori tramite tali dispositivi medici può comportare una progressiva *quantificazione della salute*, ovvero un processo attraverso il quale esperienze corporee e andamenti clinici vengono tradotti in dati numerici misurabili. In altre parole, aspetti complessi e soggettivi del benessere vengono resi visibili e confrontabili attraverso grafici, valori e statistiche. La salute viene così valutata attraverso il rispetto (o il mancato rispetto) di soglie precise, e ogni scostamento da esse può essere vissuto come un fallimento personale.

La quantificazione della salute rientra nel fenomeno del *quantified-self*, ossia un fenomeno di massa che consiste nel tracciare e misurare autonomamente le nostre attività o i nostri valori biologici attraverso gli smartphone o altri device indossabili, definiti anche dispositivi di self-tracking, che generano metriche che possono essere valutate e condivise (Maturò et al., 2016). L'assunto principale di tale approccio è che qualsiasi aspetto della vita quotidiana, dai passi che facciamo ai nostri battiti cardiaci, possa essere misurato con applicazioni installabili sui nostri cellulari (l'app Salute o Strava per le attività fisiche all'aperto sono alcuni esempi). Sebbene tale logica sia alla base delle applicazioni per la gestione del diabete, ci sono anche altri parametri difficilmente quantificabili che incidono sull'andamento della glicemia, ossia le emozioni.

Queste, infatti, possono essere una causa di variazione dei livelli di glicemia senza la diretta introduzione di zuccheri o insulina nell'organismo. Ciò è causato dalla produzione di certi ormoni, tra cui l'adrenalina e il cortisolo che aumentano i livelli della glicemia.⁶ Di conseguenza, il dover mantenere costantemente questi valori il più possibile entro un range prestabilito (prodotto proprio dal processo di quantificazione della salute) può diventare una fonte importante di pressione psicologica, dato che l'andamento glicemico non sempre è gestibile attraverso un calcolo matematico.

Il paziente si trova spesso a convivere con sentimenti di frustrazione e stress, soprattutto quando, nonostante l'impegno quotidiano e l'attenzione nella gestione della terapia, l'obiettivo risulta difficile o talvolta impossibile da raggiungere dato che, come anticipato, le oscillazioni glicemiche non sempre sono pienamente controllabili.

Oggi il *Paziente 2.0* (Danholt et al., 2013), ovvero un paziente collegato a una rete di tecnologie e strutture per la salute, si avvicina sempre di più all'idea del Cyborg (Haraway, 1991), ossia un organismo ibrido, che vive ai confini tra umano e tecnologia. Nel soggetto diabetico, infatti,

⁶<https://www.carenity.it/info-malattia/rivista/consigli/il-ruolo-delle-emozioni-nella-gestione-della-glicemia-mito-o-realta-1496> 10.02.2026

i dispositivi indossabili (come nel caso dei sensori e dei microinfusori) e le infrastrutture sanitarie esterne (come sistemi digitali, piattaforme, servizi medici), non sono meri strumenti o servizi, ma diventano parte del sé e della propria identità.

I dispositivi di gestione della patologia diabetica sono dei collaboratori attivi nella gestione della patologia e nella vita quotidiana del soggetto, in quanto offrono supporto nella gestione della patologia, ma anche nella ricostruzione del sé nelle pratiche di cura quotidiane, entrano dunque a fare parte dell'identità della persona. È emblematica la frase della studiosa Laura Forlano che nello spiegare la sua relazione con queste tecnologie sostiene che “lei fa parte dei dispositivi e i dispositivi fanno parte di lei” (Lupton, 2017).

1.2.2. Percezione del corpo e problematiche sociali

Le tecnologie digitali per la salute che vengono indossate o installate sul corpo fanno sentire continuamente la loro presenza: possono sfregare contro la pelle generando disagio fisico, non aderire bene e staccarsi, fare rumori o vibrare per segnalare ipo- o iperglicemie, diventando così difficili da ignorare. I dispositivi medici, come il CSII (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion) o il CGM (Continuous Glucose Monitoring), possono dunque creare disagio e far percepire una condizione di diversità ai malati rispetto al resto della popolazione, soprattutto per i più piccoli.

Questo perché l'esperienza di malattia viene vissuta soggettivamente, ma il significato attribuitovi dal malato è socialmente condizionato (Maturò, 2007, p. 29).

Inoltre nell'epoca odierna il corpo è la preoccupazione principale della popolazione (Bauman, 1999) e attraverso di esso si riesce a comunicare la propria identità e la propria “immagine nel mondo” (Salomone, 1999).

Dallo studio della letteratura sul tema del diabete e del corpo sono stati individuati 4 problemi principali legati alla malattia e all'utilizzo/visibilità dei device medici e alla malattia più in generale ovvero: la sensazione di diversità, l'intimità, i disturbi alimentari, i disturbi psichici e la fragilità identitaria maschile.

Il primo aspetto riguarda la sensazione di diversità e anormalità. La visibilità dei dispositivi medici può creare disagio e far sentire le persone stigmatizzate socialmente, soprattutto a scuola o in contesti sociali. Uno studio (Sauerbrey Pals et al., 2021) ha evidenziato che i giovani adulti con DT1 hanno un forte desiderio di essere visti come persone oltre la loro malattia. Provano frustrazione quando la loro identità viene ridotta solo alla condizione medica. Spesso desiderano sentirsi ‘normali’, e questo desiderio a volte li porta a trascurare la cura di sé o a

provare imbarazzo quando devono gestire il diabete in pubblico o mostrare i propri dispositivi. In molti casi i diabetici, per evitare sguardi indesiderati durante le iniezioni o per non dover mostrare i propri dispositivi, non seguono la terapia.

La non-adesione ai trattamenti medici però va ad aggravare la condizione del paziente e si ripercuote in maniera negativa sui soggetti, con un conseguente peggioramento dei valori delle glicemie. Quest'ultima è una forma di misurazione usata per quantificare i valori medi del glucosio in un lasso di tempo di circa 3 mesi.

Tali comportamenti compromettono la gestione della malattia, rafforzando a loro volta la sensazione di diversità, influenzando negativamente la percezione di sé (Garrido Bueno et al., 2025), ma anche la gestione stessa della patologia: parametri fuori dal range, richiedono controlli più frequenti altrimenti comportano ripercussioni fisiche dovute all'iper/ipoglicemia. Al contrario, un diabete gestito in maniera ottimale può rimanere in gran parte una *malattia invisibile*: agli occhi della società, la malattia non è percepita se non attraverso i dispositivi medici indossati dal paziente, mentre per il soggetto stesso una gestione corretta riduce il peso della patologia, favorendo una sensazione di normalità e di autonomia nella vita quotidiana.

In periodi delicati come l'adolescenza, il gruppo dei pari assume una notevole rilevanza nella percezione della malattia e del proprio corpo in pubblico. Come emerso dalle interviste di Sauerbrey Pals (2021), alcuni ragazzi diabetici raccontano di essere stati etichettati come "robot", in riferimento ai dispositivi elettronici indossabili o anche come "grassi" a causa della visibile protuberanza causata dal microinfusore sotto ai vestiti.

Shiu e colleghi (2003) suggeriscono che quando le persone con diabete percepiscono che l'ambiente esterno non li supporta, hanno difficoltà a trasferire nella pratica ciò che hanno imparato sulla gestione del diabete. A supporto di ciò, un altro studio (de Cássia Sparapani et al., 2012) mostra come essere vittima di bullismo può comportare una scarsa aderenza ai trattamenti, danneggiando la cura di sé e contribuendo quindi all'insorgenza di complicazioni a lungo termine.

Dunque, la percezione della propria condizione da parte dei pazienti, così come l'aderenza alla terapia, è strettamente connessa agli immaginari sociali che riguardano sia il diabete che i dispositivi che ruotano intorno alla sua gestione.

Un altro aspetto rilevante in relazione al vissuto corporeo dei pazienti diabetici riguarda l'ambito della sessualità.

In un'indagine condotta da Robertson et al (2019) su un campione di persone diabetiche è emerso, infatti, il desiderio di non indossare i device per la misurazione della glicemia nei momenti di intimità e vicinanza fisica col proprio compagno.

Una rispondente ha infatti espresso il suo disagio dicendo: “*Sono preoccupata che mio marito possa trovare il dispositivo fastidioso o poco attraente. Penso di assomigliare ad un robot*” (Robertson et al., 2019, pp. 303-308).

Inoltre per il sesso maschile, tra le possibili complicanze a lungo termine vi è anche la disfunzione erettile, legata a danni vascolari e neuropatici. Questa condizione può incidere significativamente sulla loro sfera sessuale, influenzando l'autostima, la qualità delle relazioni intime e il benessere psicologico.

Un'altra problematica legata al DT1 e alla sua gestione riguarda la gestione dell'alimentazione, rilevati maggiormente nel genere femminile. Studi evidenziano come la malattia possa favorire ad esempio lo sviluppo concomitante di disturbi alimentari in giovane età (Wisting et al., 2015). Un sintomo principale di questi disturbi riguarda l'evitamento intenzionale di iniezioni di insulina, o la restrizione di esse, con l'obiettivo di perdere peso. Si stima che fino al 35% delle ragazze con DT1 utilizzi questa strategia (Wisting et al. 2015) portando i livelli di glucosio al di sopra della norma, mettendo in pericolo la propria vita.

Questa non si configura soltanto come una strategia di coping nei confronti della malattia, ma è una condotta che si manifesta in gran parte durante il periodo dell'adolescenza nei soggetti diabetici essendo questo un periodo in cui cresce la necessità di sentirsi accettati o di possedere un corpo conforme alle aspettative sociali (Troncone et al., 2021).

Le preoccupazioni riguardo al corpo possono comportare anche un disagio emotivo e psichico chiamato *diabetes distress* o *DD*, che può includere sentimenti di ansia, depressione, frustrazione e senso di isolamento. Tale disagio può sorgere anche in seguito al complesso regime terapeutico da seguire quotidianamente 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 (Indelicato, 2024). Una ricerca dimostra come gli adolescenti con diabete di tipo 1 abbiano riferito sentimenti di frustrazione e stanchezza dovuti al monitoraggio continuo della glicemia (Sauerbrey Pals et al., 2021). Anche in alcuni di questi casi, la fatica li ha portati a negare la malattia stessa o a rifiutare le cure come modo per affrontare la situazione.

Un'altra problematica psicologica collegata alla malattia è la paura dell'ipoglicemia (*FOH*) e alle sue conseguenze come i sintomi fisici spiacevoli, il coma, fino al rischio di morte (Indelicato, 2024). Quando queste condizioni persistono nel tempo, possono favorire il rischio di sviluppare una vera e propria depressione (17-28% di probabilità, confronto al 5-13% della popolazione generale). Infatti, secondo un'analisi pubblicata nella rivista Scientific Reports di

Nature, circa il 30% delle persone con diabete presenta anche sintomi collegati a questo disturbo psicologico.⁷

Un aspetto spesso trascurato del DT1 riguarda la dimensione di genere. In particolare, per molti uomini la diagnosi può rappresentare una frattura nella percezione di sé, poiché mette in discussione l'idea di forza, controllo e invulnerabilità tradizionalmente associata alla mascolinità (Quaglia, 2023). La necessità di dipendere quotidianamente dall'insulina, dai dispositivi di monitoraggio e da controlli costanti può essere vissuta come una perdita di autonomia. Inoltre, gli uomini tendono più frequentemente a evitare il confronto emotivo con la malattia facendo così fatica a chiedere supporto psicologico adeguato, aumentando il distress legato al diabete. La sociologa Kathy Charmaz (1995) ha definito questa esperienza un vero e proprio “dilemma dell'identità”: nelle sue ricerche sulle malattie croniche, ha mostrato come l'insorgenza di una patologia grave costringa molti uomini a rinegoziare la propria identità, come anche per il genere femminile, ma in questo caso la ferita può essere più profonda. Il confronto con la vulnerabilità corporea e con la possibilità della morte incrina l'immagine di sé come soggetto forte e autosufficiente tipico dell'immaginario maschile. L'impossibilità di risolvere definitivamente la malattia, dunque, può incidere profondamente sulla costruzione dell'identità soprattutto in una fase delicata come l'infanzia e l'adolescenza.

1.2.3 Rappresentazione della malattia

Alla luce di quanto discusso precedentemente, il diabete può essere un ostacolo difficile da affrontare e da accettare. L'adolescenza e preadolescenza sono periodi delicati e purtroppo sono anche i periodi in cui molti giovani vivono l'esordio della malattia. Il DT1 può essere in questi casi percepito ancora di più come un ostacolo alla ricerca di normalità e accettazione tipica di questo periodo. Questo perché il diabete è una condizione debilitante per i ragazzi, che sono costretti a seguire delle restrizioni in base ai loro livelli di glucosio: non possono mangiare una fetta di torta ad un compleanno se la glicemia è troppo alta, oppure non possono giocare a nascondino se i loro valori scendono sotto al range, perché si ritrovano senza le forze per correre e giocare come tutti gli altri compagni. Per questi motivi, molti giovani diabetici sperimentano sentimenti di solitudine rispetto al loro gruppo sociale.

⁷<https://www.neuroneews24.it/2025/05/15/diabete-e-depressione-un-legame-complesso-e-bidirezionale/> 10.02.2026

Quando il DT1 compare in giovane età i soggetti non hanno ancora le capacità cognitive o la maturità emotiva adeguata alla situazione in quanto essi stessi sono alle prese con la costruzione della propria configurazione identitaria (Sparapani et al., 2012).

Secondo G.H. Mead (1934), per costruire la propria identità, l'individuo ha bisogno di una posizione esterna da cui osservarsi, per percepirsi come un oggetto e comprendere chi è all'infuori di sé. In tal senso, non solo il gruppo dei pari, ma anche i media giocano un ruolo fondamentale per la costruzione della propria identità o in relazione alla percezione di sé.

Oggi si assiste alla proliferazione di campagne comunicative, nelle quali, ad esempio, figure di spicco come gli influencer con DT1, o i gruppi di supporto virtuali, rendono pubbliche storie positive di accettazione e convivenza con la malattia e che possono aiutare i giovani a superare lo stigma, normalizzare l'uso dei dispositivi medici, migliorare l'autopercezione e la fiducia in se stessi (Garrido Bueno et al., 2025). I social media, infatti, sono diventati ad oggi una fonte importante di informazione sanitaria, visto il facile accesso alle informazioni soprattutto per i più giovani. La tematica può portare certamente a problematiche legate alla legittimazione di chi fa comunicazione e alla possibilità di diffusione di nozioni non pienamente corrette. Dall'altra parte però sono presenti anche degli esiti positivi a riguardo grazie ai racconti legati alla propria esperienza che possono fornire supporto agli altri utenti con le stesse problematiche. Questo fenomeno di comunicazione sanitaria effettuato dai malati riguardo la propria condizione attraverso i social viene definito "patient influencers" (Heiss & Rudolph, 2022).

Un esempio concreto italiano è la pagina Instagram *lavitadiunaltra*⁸ gestita da una donna diabetica e presidente di Associazione Esordio ODV, che fa informazione sulla patologia e sui dispositivi medici.

Inoltre, l'analisi di Morsello e Moretti (2017) ha evidenziato che la maggior parte degli adolescenti affetti da diabete può migliorare il monitoraggio e la gestione dei propri parametri di salute condividendo consigli e commenti con altri pazienti online.

Ci sono molti contenuti pubblicati sia su Instagram che su TikTok a supporto della comunità diabetica che vengono visti e condivisi da migliaia di persone. La maggior parte sono video che raccontano la vita quotidiana dei pazienti diabetici con l'obiettivo di normalizzare le routine legate alla gestione della terapia, oppure aspirazionali, con consigli su come gestire le proprie giornate o i propri pasti per fare in modo di mantenere stabile la glicemia. Questi

⁸<https://www.instagram.com/lavitadiunaltra/> 10.06.2026

contenuti sono affiancati anche da video ironici sulla patologia, che possono aiutare i giovani a de-stigmatizzare la propria condizione.

Un altro aspetto relativo alla normalizzazione del corpo diabetico riguarda la relazione di gioco. Nella fase di sviluppo è infatti fondamentale l'aspetto ludico per i ragazzi e i bambini. A questo proposito Freud (1920) ha mostrato che il gioco ci permette di rappresentare e comprendere gli eventi che ci circondano quando siamo piccoli, aiutandoci a superare le paure. Giocando i bambini apprendono a risolvere problemi e capiscono come funziona la realtà. La rappresentazione della malattia in vari contesti quotidiani, dunque, può aiutare i bambini e i ragazzi ad accettare più facilmente la loro condizione.

Già molti registi hanno rappresentato la malattia nei loro film (Es: Purple Hearts, Greenland, Red, Inside Out 2) e anche molte case produttrici di giocattoli hanno deciso di includere nei propri personaggi il diabete. Alcuni esempi sono Hanna della Lego, l'azienda American Doll che produce accessori per le loro bambole inclusivi per i diabetici come i sensori e microinfusori, the Sims 4 che ha ampliato la personalizzazione dei personaggi aggiungendo i dispositivi per la gestione della glicemia nella creazione del proprio Sim e come ultimo esempio la Mattel che ha lanciato, oltre a molti casi di rappresentazioni di altri disturbi e malattie, la Barbie diabetica.

1.3 GAMIFICATION e THERAPEUTIC TOY per l'APPRENDIMENTO e l'ACCETTAZIONE

Una delle strategie per rendere il paziente autonomo nella questione della patologia è la gamification (Nicholson, 2021; Maturo, 2016; Morsello e Moretti, 2017). Questa metodologia di insegnamento consiste nell'uso di elementi di gioco in contesti non ludici, attraverso rinforzi positivi a sostegno di comportamenti desiderati. La gamification è alla base del funzionamento di diverse app per la gestione del diabete tipo 1 e si basa sullo sviluppo di una forma di autodisciplina, basata sull'internalizzazione di pratiche considerate corrette grazie a dei premi, in questo caso per la gestione dei valori di glucosio. Esistono moltissime app per la gestione e il monitoraggio del diabete che si basano su questo principio (fai degli esempi) invitando il paziente a mantenere il livello di glucosio nel range.

Come spiega Whitson (2013), questo tipo di approccio quantifica il sé, cioè trasforma le azioni quotidiane in dati misurabili. Usa piacere e incentivi invece di paura e rischio per guidare i comportamenti, rende le pratiche quotidiane più divertenti e allo stesso tempo funzionali a determinati obiettivi consentendo anche di aumentare la propria fiducia nell'autogestione della patologia (X. Huang et al., 2023).

Un'altra metodologia, utile non tanto nella gestione quanto nell'accettazione della malattia, è il gioco terapeutico.

Il *Therapeutic Toy* (TT) è una modalità di gioco che ha l'obiettivo di alleviare l'ansia dei bambini causata da esperienze atipiche per la loro età. Il TT dovrebbe essere utilizzato quando i bambini fanno fatica ad accettare e comprendere situazioni difficili. Può essere usata per far capire meglio ai bambini quali sono i loro bisogni medici, utilizzando gli strumenti medici o giocattoli che fungono da rappresentazione di questi strumenti. Nel caso del diabete questa tecnica può essere utile per mostrare ai bambini i dispositivi medici e il loro funzionamento tramite delle bambole, ad esempio, per introdurli alla patologia e normalizzarla ai loro occhi.

Il gioco terapeutico può essere classificato in diverse tipologie:

- Drammatico, quando consente al bambino di esternalizzare esperienze ed emozioni difficili da esprimere a parole;
- Abilitante delle funzioni fisiologiche, utilizzato durante la riabilitazione per favorire l'adattamento a nuove condizioni di vita;
- Istruttivo, quando ha lo scopo di preparare il bambino a procedure terapeutiche e assistenziali.

Molti studi hanno dimostrato l'efficacia del TT nel contesto ospedaliero, soprattutto in preparazione dei bambini a procedure dolorose o interventi chirurgici, aiutandoli a ridurre molto le sensazioni di ansia e a mitigare la paura (Pedrinho e Higarashi, 2020).

Sebbene molti bambini accettino senza troppi problemi la realtà della patologia diabetica, ci sono momenti negativi relativi alla malattia che per il bambino diventano faticosi da affrontare: le cure costanti, le restrizioni alimentari, il dolore legato alle iniezioni, la sensazione di ipoglicemia e molte altre.

In questo contesto il therapeutic toy può fungere da ottimo supporto: può aiutare i bambini diabetici a esprimere paure o domande che altrimenti non esternalizzerebbero e può inoltre aiutare nell'adattamento e nell'apprendimento delle nuove condizioni di vita.

L'uso del gioco terapeutico nei bambini con DT1 si è dimostrato particolarmente efficace nella comunicazione tra il professionista sanitario e il bambino (Pedrinho e Higarashi, 2020). Attraverso il gioco, i bambini riescono a esprimere emozioni, paure ed esperienze legate alla loro salute, rendendo il percorso di cura più umano, partecipato e rispettoso delle loro emozioni. La comunicazione con gli operatori sanitari è indispensabile per la corretta gestione della malattia, dato che tra i due soggetti (il medico e il paziente) deve instaurarsi un rapporto di solida fiducia: il paziente deve fidarsi delle indicazioni fornite dal medico e il medico deve fidarsi di ciò che gli racconta il paziente.

In uno studio (Pélicand et al., 2006) è stato dimostrato che le attività ricreative e creative, oltre che al gioco, possono essere uno strumento per far comprendere in maniera meno traumatica la malattia ai bambini. Attraverso il gioco, l'educazione terapeutica diventa più accessibile, meno stressante e maggiormente in grado di sostenere il benessere emotivo dei bambini.

Moraes (1960) aveva già confermato una minore sofferenza e maggiore cooperazione da parte dei bambini ricoverati o ammalati quando questi potevano utilizzare bambole e parlare con i giochi.

Alla luce della letteratura analizzata, emerge come le problematiche legate al vivere il diabete richiedano un processo di accettazione, costruzione identitaria e apprendimento della terapia, anche a partire dai cambiamenti nel proprio vissuto corporeo, non solo in relazione ai mutamenti che la malattia comporta a livello bio-chimico, ma anche in relazione all'intreccio sempre più profondo tra corpo e tecnologie per la gestione della malattia.

A partire dalle considerazioni precedenti, la ricerca si propone di esplorare il modo in cui le rappresentazioni del diabete di tipo 1 nel contesto ludico possano assumere una funzione simbolica ed educativa sia per i pazienti sia per il personale sanitario, in particolare nelle fasi iniziali successive alla diagnosi. L'obiettivo non è fornire risposte definitive, ma indagare le

potenzialità di questi strumenti nel favorire processi di comprensione, accettazione apprendimento legati alla gestione della patologia.

2. CASO DI STUDIO SULLA BARBIE DIABETICA

2.1 INCLUSIVITÀ e MERCIFICAZIONE: la DOPPIA NATURA della BARBIE

La Mattel è una nota azienda americana di giocattoli fondata nel 1945 da Harold Matson ed Elliot Handler, presente ad oggi in più di 150 Paesi nel mondo.

Il suo marchio è conosciuto e ha fatto fortuna grazie anche a uno dei suoi prodotti più iconici: la Barbie. Questa bambola, dal suo arrivo sul mercato, è sempre stata più di un giocattolo, diventando un artefatto culturalmente influente nella società. Il suo debutto risale al 9 marzo 1959, con la sua prima apparizione in televisione. In questa occasione la bambola fu presentata come una vera e propria *teen fashion model*, ossia un'adolescente o giovane adulta che lavora nell'industria della moda.

La creazione di Barbie si deve a Ruth Handler, dipendente della Mattel e moglie di Elliot Handler, co-fondatore dell'azienda (Gerber, 2009).

L'idea nacque osservando la figlia Barbara, che ne ha ispirato il nome, e le sue amiche mentre giocavano. La madre notò che le bambine amavano utilizzare le bambole di carta, molto diffuse all'epoca, immaginandole in ruoli adulti. Questa osservazione la portò a concepire una bambola con le fattezze corporee di una donna, anziché infantili (Bobaru, 2024), ciò permetteva alle bambine di immaginare se stesse nel futuro, in relazione a come volevano diventare.

Il primo prototipo della bambola rappresentava una mossa audace per l'epoca, visto che l'industria dei giocattoli era molto scettica riguardo alle sue fattezze adulte, soprattutto al seno molto prosperoso e al corpo molto scoperto (*Fig.6*), aspetti mai rappresentati fino a quel momento in giocattoli per bambine e bambini.



Figura 6: Prima versione di Barbie, 1959
Immagine tratta da <https://www.bustle.com/style/margot-robbie-vintage-barbie-looks-sHop>

Con il tempo Barbie raggiunse un gran successo commerciale e divenne infatti una figura aspirazionale e un modello da seguire per le più piccole. Il nuovo giocattolo aprì infatti la strada ad altri giocattoli con sembianze adulte, sia femminili che maschili (Coghlan et al., 2024). Fin dal suo lancio, la bambola incarnava un modello di femminilità associato alla moda e a una certa autonomia economica. Barbie all'inizio non fu associata a ruoli femminili tradizionali: non svolgeva lavori domestici e si presentava come donna indipendente e lavoratrice incarnando la realtà in cui vivevano Ruth e altre sue collaboratrici, ovvero donne e madri in carriera. Con il tempo Barbie venne, infatti, prodotta in diverse versioni lavorative differenti tra cui ovviamente la modella, ma anche l'infermiera, l'hostess, l'astronauta e il medico, subendo negli anni delle trasformazioni ideologiche che andavano a pari passo con l'evoluzione della donna nella società, fino a superare l'avanzamento della società rappresentandola come Premier.

Nonostante l'apparente apertura verso professioni non tradizionalmente associate al genere femminile, tali rappresentazioni rimanevano comunque fortemente legate all'estetica, al glamour e a una concezione convenzionale della femminilità.

La *Barbie astronauta* del 1985, ad esempio, era una viaggiatrice dello spazio, ma attenta alla moda (Summers, 1997). Allo stesso modo, la *Barbie Poliziotta* del 1993 occupava una posizione di autorità, ma era stata pensata in un abito da sera anziché nella classica uniforme. Questa tendenza a privilegiare l'aspetto esteriore mette chiaramente in luce come la figura femminile sia stata storicamente, e continui ancora oggi a essere, fortemente associata a criteri di esteriorità, eleganza e perfezione fisica, piuttosto che valorizzata per competenze, intelligenza e capacità cognitive.

Tale problematica è affrontata anche nel film *Barbie* (2023), diretto da Greta Gerwig, in cui la protagonista si confronta con stereotipi e difficoltà proprie della vita reale. In questo contesto emerge come, nonostante le inevitabili imperfezioni fisiche legate alla dimensione umana, la società continui a imporre standard elevati di perfezione al genere femminile. Attraverso Barbie emergono due visioni sociali della femminilità che tra di loro sono opposte: da un lato si enfatizza l'aspettativa di perfezione e performance elevata, collegate maggiormente all'esteriorità e all'estetica, ma anche ai lavori domestici e di cura della famiglia; dall'altra parte invece si svaluta la capacità intellettuale e aziendale del genere femminile, che contribuisce a perpetuare disuguaglianze e discriminazioni nel mondo del lavoro.

Qualche anno dopo debutto di Barbie, venne lanciata nel mercato anche la versione maschile della bambola, Ken. Fu introdotta nel 1961 e fu una mossa che Mattel attribuisce alle richieste dei consumatori (Mandeville, 1990a). A differenza di Barbie, concepita come modella

lavoratrice, Ken era concepito come uno studente universitario, e non aveva un ruolo realmente attivo nel mondo Barbie.

Con il passare degli anni però anche lui subì un'evoluzione. Iniziò a essere rappresentato in sport considerati esclusivamente maschili ai quali Barbie non poteva accedere, come la boxe, il football americano e il baseball (Gerber, 2009) e successivamente fu rappresentato anche come militare, medico o cacciatore. Mentre Ken assumeva progressivamente ruoli sociali fortemente connotati come maschili, la figura di Barbie iniziava invece a essere associata sempre più frequentemente alla dimensione domestica tradizionalmente attribuita al femminile, ricoprendo mansioni legate alla cucina, alla cura dei figli e alla pulizia degli ambienti.

Questa sua evoluzione storica evidenzia come, secondo Toffoletti (2007), Barbie riflette due aspetti dell'epoca moderna e post-moderna: è un prodotto di una società consumistica, dato che enfatizza il successo materiale e l'aspetto fisico, ma allo stesso tempo i suoi significati non sono fissi e possono cambiare nel tempo a seconda anche delle richieste della comunità.

Inoltre, la bambola Barbie può essere interpretata secondo altre prospettive simboliche. Da un lato, essa incarna un modello di femminilità tradizionale, fondato su canoni estetici idealizzati e su standard di bellezza spesso difficilmente raggiungibili; dall'altro, soprattutto nelle sue evoluzioni più recenti, si propone anche come veicolo di indipendenza e autodeterminazione femminile, offrendo rappresentazioni di donne inserite in molteplici ambiti professionali e sociali. In questo senso, la bambola suggerisce modelli ambivalenti, oscillando tra conformità agli stereotipi e promozione di forme di empowerment.

Tuttavia, tale ambivalenza genera una tensione critica significativa. Barbie, infatti, rappresenta simultaneamente sia la consumatrice femminile, che incarna direttamente, sia l'oggetto stesso del consumo, cioè un bene commercializzato che veicola valori, ideali e modelli culturali.

Queste duplici nature producono un paradosso: mentre da un lato la bambola può essere interpretata come strumento di emancipazione, capace di ampliare l'immaginario femminile e incoraggiare aspirazioni personali e professionali, dall'altro rischia di rafforzare dinamiche di oggettivazione, in cui il corpo e l'immagine della donna vengono ridotti a elementi estetici da osservare, giudicare e consumare.

È proprio questo contrasto tra empowerment e oggettivazione a costituire uno dei principali nuclei di critica nel dibattito pubblico. La bambola diventa così un simbolo complesso, che riflette le contraddizioni della società contemporanea: promuove ideali di libertà e realizzazione individuale, ma al contempo continua a essere inserita in logiche di mercato e rappresentazione che possono limitare e condizionare la percezione del ruolo femminile.

Il dibattito sulla bambola in questione, inoltre, vede nella rappresentazione della femminilità una problematica legata a modelli estetici irrealistici: uno studio australiano del 1996 ha confrontato le dimensioni fisiche di Barbie e Ken con le proporzioni fisiche di una gamma di donne e uomini reali. Hanno scoperto che la probabilità di trovare un uomo con una forma simile a quella di Ken era di 1 su 50. Invece, la possibilità che una donna avesse le stesse proporzioni di Barbie era di 1 su 100.000 (Norton et al., 1996). Eppure, quando la bambola Barbie fu creata per la prima volta, fu definita come un simbolo di *bellezza femminile* e del *sogno americano* (Zhang et al., 2023), risultato però praticamente impossibile da imitare.

Alcune versioni della bambola inoltre riflettevano stereotipi e messaggi controversi. Un esempio è dato dalla *Babysitter Barbie* (1963), che includeva un bambino in una culla, un telefono, bottiglie di soda e un libro intitolato *Come Perdere Peso*, che conteneva come unico consiglio le parole “Non Mangiare”. Questi elementi hanno reso Barbie un oggetto di forte dibattito, poiché, ponendosi come modello aspirazionale che promuove una forte identificazione e proiezione verso il futuro, potrebbe suggerire comportamenti nocivi o comportare il tentativo di adesione a modelli di femminilità irrealistici e stereotipati. Infatti, nel corso degli anni, Barbie è diventata sempre più un'icona di riferimento per il pubblico infantile e adolescenziale, contribuendo a diffondere specifici modelli estetici e comportamentali.

Studi evidenziano (Zhang et al., 2024) come le bambole Barbie hanno infatti un impatto sull'auto-cognizione e sull'auto-valutazione dei bambini, ovvero sulla comprensione e sulla conoscenza di sé stessi, portando i bambini a giudicare il loro aspetto in base all'aspetto della bambola. Inoltre, il mancato raggiungimento dello standard, potrebbe influenzare significativamente la percezione del sé.

Questa dinamica emerge anche nelle strategie comunicative adottate nelle campagne pubblicitarie del marchio. In una di esse compare infatti la frase: «*Un giorno sarò esattamente come te, fino ad allora so esattamente cosa farò*» (Zhang et al., 2023, pp. 586).

In risposta alle critiche diffuse sugli standard di bellezza e perfezione ristretti promossi da Barbie, Mattel ha ampliato la sua linea di prodotti includendo bambole con tipi di corpo e origini culturali diverse. Nel 2009 infatti la Mattel introdusse tra i suoi prodotti le Barbie Fashionistas basate inizialmente su differenti tratti di personalità: *glam*, *cutie*, *girly*, *wild*, *sassy*, *artsy* e *hottie*. *Glam* esprime raffinatezza ed eleganza, *cutie* e *girly* valorizzano rispettivamente dolcezza e femminilità tradizionale, mentre *wild* e *sassy* incarnano audacia e atteggiamenti assertivi. *Artsy* si associa alla creatività non convenzionale, mentre *hottie* riflette sicurezza di sé e adesione a codici estetici contemporanei e performativi. La linea si evolve poi negli anni

andando ad includere sette tipi di corpo per Barbie e per Ken, inclusi quelli più formosi, 11 tonalità di pelle e 28 acconciature (Fig. 7 e 8).



Figura 7: Ken inclusivi

Immagine tratta da <https://toybuzz.org/ken-receives-diverse-makeover-like-barbie/>



Figura 8: Barbie inclusiva per etnia e tipologie di corpo

Immagine tratta da <https://art-sheep.com/barbie-releases-3-new-dolls-with-realistic-body-types-and-empowering-careers/>

Questa decisione aveva l'obiettivo di offrire una visione più inclusiva della bellezza, viste le preoccupazioni riguardanti l'influenza di Barbie sui ruoli e sull'identità di genere.

La gamma del 2019 inoltre includeva anche Barbie con disabilità fisiche permanenti (Fig. 9): una che utilizza una sedia a rotelle e una con una gamba protesica. Nel 2020, sono state introdotte la Barbie senza capelli (alopecia) e la Barbie con vitiligine, e nel 2022 è stata lanciata anche la Barbie con apparecchio acustico. La Barbie con sindrome di Down è stata rilasciata nel 2023, progettata in collaborazione con la US National Down Syndrome Society per garantire una rappresentazione accurata.

Questo passo verso l'inclusione ha l'obiettivo di promuovere una maggiore accettazione da parte delle persone portatrici di disabilità o patologie evidenti, così' come una normalizzazione di tali condizioni fisiche tendenzialmente emarginate dall'opinione pubblica e non prese mai

in considerazione nelle rappresentazioni culturali. Alcune ricerche (O'Neill et al., 2018) mostrano inoltre che i giocattoli inclusivi possono facilitare le interazioni di gioco tra bambini con disabilità. Allo stesso tempo, per i bambini senza disabilità, la presenza di giocattoli che rappresentano diverse condizioni fisiche può contribuire a ridurre paure, stereotipi e pregiudizi nei confronti dei coetanei con determinate patologie.



Figura 9: Barbie Fashionistas

Immagine tratta da <https://www.today.com/parents/barbie-s-line-will-include-dolls-vitiligo-no-hair-t172636>

Negli anni Mattel ha introdotto nella sua collezione sempre più bambole che rappresentano diverse condizioni fisiche, mostrando come anche queste caratteristiche possano essere integrate nel mondo della moda e dello stile, fornendogli un senso di normalità all'interno del gioco (Hersinta et al., 2023). In questo modo, le bambole si configurano come strumenti educativi e culturali attraverso cui i bambini possono entrare in contatto, fin dalla prima infanzia, con una pluralità di rappresentazioni corporee e identitarie. Esse permettono infatti di familiarizzare con realtà diverse anche in assenza di un'esperienza diretta nel contesto sociale, contribuendo ad ampliare l'orizzonte percettivo e cognitivo dei più giovani.

Di conseguenza, tali oggetti assumono un ruolo significativo nel processo di socializzazione, poiché favoriscono una precoce esposizione alla diversità e preparano i bambini a confrontarsi con situazioni e condizioni che potrebbero non incontrare nella loro esperienza quotidiana. In questo senso, le bambole contribuiscono a rendere tali realtà meno estranee, promuovendo una maggiore apertura mentale e facilitando lo sviluppo di atteggiamenti inclusivi, anche in assenza di contatti diretti.

I giocattoli svolgono infatti anche una funzione educativa, poiché trasmettono informazioni sociali e culturali. Attraverso di essi gli adulti comunicano implicitamente ai bambini quale tipo di società li attende e a quali valori o situazioni dovrebbero prepararsi, soprattutto a fini di

inclusione. Il concetto di inclusione si riferisce infatti alla creazione di ambienti e pratiche che garantiscano a tutte le persone pari possibilità di partecipazione, accesso e riconoscimento, indipendentemente dalle loro differenze. L'inclusione sociale implica, dunque, il riconoscimento della diversità e la valorizzazione della presenza attiva di ogni individuo nella società (Cloquet et al., 2018; Licsandru e Cui, 2018; Masiello et al., 2024).

Nel contesto degli studi sociali sulla tecnologia, come evidenziato da Madeleine Akrich (1992), gli oggetti tecnici non possono essere considerati neutrali, in quanto incorporano al loro interno idee, valori ed aspettative relative ai loro potenziali utilizzatori e alle modalità d'uso previste dai progettisti. Tali aspettative si concretizzano nei cosiddetti *script*, ovvero copioni d'uso: insiemi di istruzioni implicite che orientano il comportamento dell'utente, suggerendo come utilizzare un oggetto.

In questa prospettiva, ogni oggetto porta con sé una sorta di sceneggiatura incorporata. Ad esempio, un dispositivo medico non si limita a svolgere una funzione tecnica, ma prescrive implicitamente quando e come debba essere utilizzato, contribuendo a definire anche il comportamento atteso del paziente nella quotidianità. Tuttavia, tali script non determinano in modo rigido le pratiche d'uso: gli utenti, infatti, possono interpretarli, modificarli o persino sovvertirli, dando luogo a una continua negoziazione tra le intenzioni progettuali e le modalità concrete di utilizzo.

Trasponendo questo concetto al contesto ludico, anche i giocattoli risultano progettati sulla base di ipotesi riguardanti i loro futuri utilizzatori. Nel caso della Barbie, tali sceneggiature d'uso si sono progressivamente evolute nel tempo, adattandosi ai cambiamenti culturali e sociali. In particolare, le versioni più recenti della bambola mirano a rappresentare una maggiore eterogeneità corporea e identitaria, ampliando così le possibilità di identificazione e reinterpretazione da parte delle bambine e dei bambini.

In questo senso è da evidenziare come la rappresentazione della diversità, ad esempio la disabilità e le malattie, sia sempre più diffusa tra oggetti quotidiani e popolari, come emoji, libri, film o giocattoli. Anche se spesso considerati semplici strumenti di intrattenimento, questi elementi contribuiscono a costruire identità e a fornire riconoscimento sociale per le persone con determinate diversità.

Tuttavia, sebbene l'impegno dei brand verso l'inclusione e la diversità sia generalmente percepito in modo positivo, alcuni studiosi evidenziano anche un certo scetticismo. In alcuni casi, infatti, queste iniziative vengono interpretate come strategie di marketing finalizzate principalmente ad aumentare le vendite piuttosto che come un reale impegno sociale (García-Estévez, 2024).

Il caso della Barbie diabetica della Mattel risulta particolarmente interessante per comprendere meglio la controversia che ha suscitato la trasformazione di Barbie nel corso del tempo e i suoi tentativi di rappresentare la diversità dei corpi e delle identità sociali, tra queste anche l'identità dei soggetti ammalati.

2.2 La BARBIE DIABETICA

Per ampliare la sua gamma di Barbie inclusive, a luglio 2025 la Mattel ha introdotto nel mercato la *Barbie diabetica*, creata in collaborazione con l'associazione no-profit Breakthrough T1D. L'associazione in questione è stata fondata nel 1970 da famiglie i cui cari erano stati diagnosticati con il diabete di tipo 1 e investe costantemente nella ricerca per curare, prevenire e trattare il DT1 e le sue complicanze.⁹

La bambola è mora e abbronzata, con un abito blu a pois azzurri. Come accessori indossa il dispositivo per il monitoraggio continuo della glicemia, tenuto fermo da un cerotto color rosa Barbie a forma di cuore, il microinfusore e una borsa contenente tutto il necessario per gestire la patologia.¹⁰ Sullo schermo del suo cellulare, inoltre, si può osservare il suo andamento glicemico tramite le applicazioni connesse ai suoi dispositivi (*Fig. 10*). I colori e la trama del vestito sono stati scelti perché il blu e il cerchio sono i simboli rappresentativi della malattia diabetica a livello globale.



Figura 10: La Barbie diabetica

Immagine tratta da <https://corporate.mattel.com/news/barbie-introduces-first-ever-barbie-doll-with-type-1-diabetes-to-expand-representation-and-inspire-more-children>

Dal comunicato stampa che ha accompagnato l'arrivo di questa nuova versione di Barbie sul mercato, emerge come obiettivo quello di permettere a più bambine di rivedere la propria condizione, che soprattutto nel caso del diabete coinvolge molto la sfera del corpo e

⁹<https://www.breakthrough1d.org/about/> 08.05.2026

¹⁰<https://www.breakthrough1d.org/barbie/> 08.05.2026

dell'identità, nella rappresentazione di Barbie per riuscire così a promuovere un maggiore senso di accettazione della propria condizione così come di inclusione ed empatia da parte di chi non sperimenta in prima persona la patologia. Krista Berger, Vicepresidente Senior di Barbie e Responsabile Globale delle Bambole, dichiara: "*Barbie aiuta a formare le prime percezioni dei bambini sul mondo e, riflettendo condizioni mediche come il T1D, assicuriamo che più bambini possano vedersi nelle storie che immaginano e nelle bambole che amano*".¹¹

Nel 2020, il marchio Barbie ha avviato uno studio con i ricercatori dell'Università di Cardiff sui benefici a breve e lungo termine del gioco con le bambole. È stato scoperto infatti che questo tipo di attività ludica svolge un ruolo molto rilevante durante le fasi dello sviluppo, poiché può aiutare i bambini a stimolare l'empatia e sviluppare competenze sociali necessarie per vivere la società su un piano di uguaglianza.²

Sul profilo Instagram ufficiale della Mattel non è stato pubblicato nessun post per l'occasione, ma sul profilo dedicato esclusivamente a Barbie è stato creato un contenuto che afferma che "*La bambola rappresenta le incredibili persone che vivono con il T1D e mostra ai bambini che una vita con questa condizione è altrettanto vibrante, appagante e ricca di possibilità*".¹²

Il post intende trasmettere l'idea che la vita delle persone con diabete non sia in alcun modo inferiore a quella della popolazione sana, sottolineando come possa essere altrettanto piena e significativa. L'utilizzo di termini come *vibrante, appagante e ricca* contribuisce infatti a valorizzare l'esperienza di vita delle persone diabetiche.

Mattel ha inoltre individuato due figure emblematiche per promuovere la Barbie, realizzando per ciascuna una bambola *one of a kind* modellata a loro immagine e somiglianza (Figg. 11 e 12): Robin Arzón, istruttrice di Peloton negli Stati Uniti, e Lila Moss nel Regno Unito.

In particolare, la bambola è stata proprio ispirata da Lila Moss, figlia della supermodella Kate Moss. La ragazza, infatti, ha più volte reso visibili i propri dispositivi medici, condividendo pubblicamente immagini che li includono anche attraverso i social media.

¹¹<https://corporate.mattel.com/news/barbie-introduces-first-ever-barbie-doll-with-type-1-diabetes-to-expand-representation-and-inspire-more-children> 08.05.2026

¹²https://www.instagram.com/p/DL3AQSJvJOS/?utm_source=ig_web_copy_link&igsh=MzRIODBiNWFIZA== 08.05.2026



Figura 11: La Barbie di Lila Moss

Immagine tratta da <https://www.hola.com/us-es/lifestyle/20250716844736/esta-es-la-nueva-barbie-inspirada-en-lila-moss/>

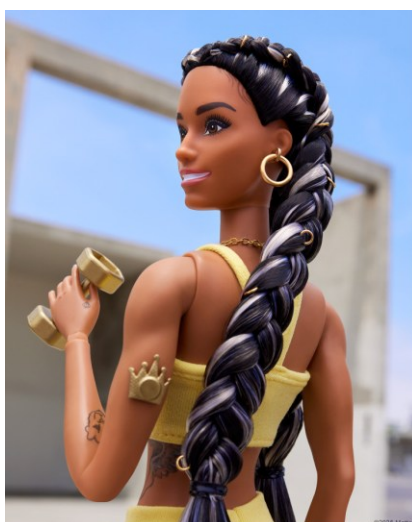


Figura 12: La Barbie di Robin Arzon

Immagine tratta da <https://www.latintimes.com/barbie-launches-first-ever-type-1-diabetes-doll-honors-latina-fitness-star-robin-arzon-586392>

Le narrazioni proposte dai vari post pubblicati dalle *ambassador* promuovono un senso di orgoglio legato all'utilizzo dei dispositivi per la gestione del diabete, contribuendo a rafforzare una prospettiva di *body positivity* all'interno di questa specifica comunità. La *body positivity* è un movimento culturale e sociale che promuove l'accettazione e il rispetto del proprio corpo, indipendentemente da aspetto, peso, forma o caratteristiche fisiche. Incoraggia a valorizzarsi senza conformarsi a standard estetici irrealistici e a sviluppare un rapporto più sano e inclusivo con il proprio corpo.

Come già approfondito, le trasformazioni del corpo e l'introduzione di tecnologie indossabili contribuiscono a generare un mutamento identitario significativo nei soggetti affetti da diabete. L'inserimento di dispositivi medici nella quotidianità, infatti, non incide solo sulla gestione

clinica della malattia, ma modifica anche il modo in cui il corpo viene percepito e vissuto, influenzando la costruzione dell'identità personale.

In questo contesto, il progetto della Barbie diabetica può essere interpretato come un'operazione culturale volta a promuovere modelli di identificazione più inclusivi e realistici. Attraverso la rappresentazione di corpi che integrano dispositivi medici, la bambola contribuisce a normalizzare tali elementi e a renderli parte di una narrazione positiva. Questo può favorire, soprattutto nei soggetti più giovani, un processo di accettazione dei cambiamenti corporei legati alla malattia, non solo sul piano della salute, ma anche su quello dell'immagine di sé e della propria esteriorità.

Anche nel panorama giornalistico italiano sono stati pubblicati diversi articoli dedicati al tema di Barbie e alla rappresentazione della malattia. Tra questi, *La Stampa* ha dedicato un approfondimento sulla pallavolista Alice Degradi¹³, scelta come testimonial italiana della bambola. Nell'intervista, l'atleta sottolinea come la diversità rappresenti un valore aggiunto all'interno della società e come la condizione di malattia non costituisca necessariamente un limite alla realizzazione personale. Degradi afferma inoltre che «*l'omologazione appiattisce e impoverisce la società*»⁴, evidenziando una posizione fortemente orientata alla valorizzazione delle differenze e alla loro promozione come risorsa collettiva.

Se le bambole, così come i libri per l'infanzia, possono essere considerate specchio della realtà percepita dai bambini, risulta fondamentale che esse riflettano anche la diversità, favorendo fin dalla prima infanzia la comprensione e l'accettazione delle differenze.⁶

La fondazione Breakthrough T1D auspica inoltre che questa iniziativa possa contribuire indirettamente anche al sostegno della ricerca scientifica, sensibilizzando l'opinione pubblica e favorendo un maggiore investimento economico in un contesto in cui il sistema sanitario, in particolare quello statunitense, è esposto al rischio di riduzione dei finanziamenti.¹⁰

Nel complesso, analizzando i comunicati stampa, così come i post ufficiali relativi all'introduzione della bambola con diabete, l'opinione pubblica sembra aver reagito prevalentemente in modo positivo, evidenziando il suo potenziale inclusivo e la capacità di rappresentare una minoranza in crescita, anche alla luce dell'aumento globale dei casi di diabete.

Tuttavia, non sono mancate posizioni critiche. Alcuni commentatori sui social hanno messo in discussione questa scelta, ritenendo che la bambola, storicamente associata a uno standard

¹³https://www.lastampa.it/torino/2025/07/12/news/degradi_pallavolista_volley_chieri_diabete_barbie-15229356/ 08.05.2026

estetico ideale, non debba incorporare elementi di imperfezione o malattia. Questo tipo di reazione evidenzia come Barbie continui a essere percepita da una parte dell'opinione pubblica come un simbolo normativo di perfezione estetica, difficilmente conciliabile con la rappresentazione della malattia.

Un esempio significativo è rappresentato da un articolo de *Il Giornale*, firmato da Filippo Facci (Il Giornale, 11.07.2025)¹⁴, che utilizza toni provocatori e ironici per criticare l'iniziativa. Il giornalista propone una comparazione provocatoria tra la Barbie diabetica e l'ipotesi di una Barbie defunta, accostando implicitamente le due condizioni e attribuendo loro una connotazione simile.

Nell'introduzione afferma: "A quando la Barbie morta? A quando una bara giocattolo con una Barbie stecchita col suo sorriso da emiparesi così da essere giudicata «positiva, emotivamente toccante e inclusiva» come è stata giudicata anche la nuova «Barbie con il diabete di tipo 1» lanciata da Mattel? «È un importante passo in avanti nel nostro impegno all'inclusività», ha detto Mattel, e da qui la nostra domanda, che ripetiamo: perché non farla schiattare direttamente?"⁵

Attraverso questo parallelismo, emerge una critica alla scelta di Mattel di includere nella propria linea rappresentazioni legate a condizioni mediche reali. Questa visione sembra riflettere l'idea che elementi come la malattia debbano rimanere ai margini della rappresentazione sociale, in quanto percepiti come incompatibili con l'immagine di perfezione estetica associata alla prima versione di Barbie.

La polarizzazione emerge anche in piccola parte nei commenti che compaiono sotto ai contenuti relativi all'iniziativa, evidenziando come una parte della popolazione sia contraria al progetto. In questo caso alcune reazioni critiche evidenziano timori legati anche alla differenziazione tra bambini 'sani' e bambini con diabete, sostenendo l'idea che una rappresentazione della condizione sia un modo in più per far sentire i bambini con questa patologia diversi dagli altri e che il tutto contribuisca alla stigmatizzazione del diabete nella società.

In realtà, sebbene non sia possibile stabilire con certezza l'efficacia di tale operazione, si tratta di un esperimento comunicativo rilevante in senso positivo, soprattutto alla luce dell'impatto culturale storicamente esercitato dal marchio Barbie anche con le versioni precedenti, con disabilità o condizioni fisiche permanenti.

¹⁴<https://www.ilgiornale.it/news/cultura-e-societ/triste-tentazione-barbie-realistica-2508445.html>
04.05.2026

Una delle principali criticità che emergono riguarda un aspetto tecnico che può essere colto soprattutto da chi possiede una conoscenza approfondita della patologia. Sul dispositivo per la misurazione del glucosio della Barbie è infatti riportato un valore pari a 130 mg/dl. Tale indicazione, perfettamente rientrante nei parametri glicemici considerati nella norma, sembra riproporre un ideale di perfezione che, tradizionalmente associato alla dimensione estetica, viene in questo caso esteso anche alla sfera della salute.

Questa rappresentazione può risultare problematica, in quanto rischia di trasmettere un'immagine semplificata e idealizzata della gestione del diabete di tipo 1. Nella realtà quotidiana, infatti, i valori glicemici sono soggetti a continue variazioni nel corso della giornata, e il mantenimento di livelli costantemente ottimali rappresenta una sfida complessa per i pazienti.

D'altra parte, però, la presenza di una figura così iconica che promuove una corretta gestione del diabete può rappresentare anche un'opportunità significativa. La Barbie, infatti, può fungere da modello positivo, incentivando i più giovani ad acquisire maggiore consapevolezza della malattia e a impegnarsi attivamente nella sua gestione. In questo senso, essa si configura come uno strumento potenzialmente educativo e motivazionale, capace di coniugare rappresentazione, inclusività e promozione della salute.

Un altro aspetto importante è la necessità di una rappresentazione inclusiva non solo rispetto alla malattia, ma anche rispetto al genere.

Come precedentemente accennato, gli oggetti incorporano specifici *script*, ovvero configurazioni d'uso progettate in funzione di un determinato pubblico di riferimento. Tuttavia, il concetto di *design for all*, ovvero pensato per tutti, presenta alcune criticità: sebbene molti progetti si dichiarino inclusivi e destinati a una platea universale, tale categoria risulta spesso astratta e poco aderente alla realtà, poiché non considera adeguatamente le differenze concrete tra gli utenti, come genere, età, competenze ed esperienze d'uso. Questo aspetto è stato evidenziato anche da Nelly Oudshoorn e colleghi (2004), che sottolineano come ogni artefatto tecnologico finisca inevitabilmente per privilegiare alcuni utenti rispetto ad altri.

In questa prospettiva, anche oggetti apparentemente semplici come le bambole contribuiscono a configurare un utente implicito. La Barbie diabetica, ad esempio, costruisce e promuove una nuova rappresentazione del paziente: più inclusiva, visibile e normalizzata. Tuttavia, tale rappresentazione, pur ampliando le possibilità di identificazione per alcune categorie, rimane al momento parziale, in quanto continua a escludere, o quantomeno a non rappresentare esplicitamente, il sesso maschile, evidenziando così i limiti di un'inclusività che, pur dichiarata, non è ancora pienamente realizzata.

La dimensione maschile nella narrazione del diabete, infatti, rappresenta un aspetto particolarmente rilevante, come evidenziato da Quaglia (2024). Secondo la studiosa, gli uomini tendono a manifestare maggiori difficoltà nel condividere la propria condizione al di fuori della sfera familiare e risultano meno propensi a monitorare attivamente la propria salute. Questo atteggiamento è spesso legato alla persistenza di modelli culturali che associano la mascolinità a valori quali forza, autonomia e resistenza fisica. In tale prospettiva, la cura di sé e il ricorso all'assistenza medica vengono talvolta percepiti come pratiche connotate in senso femminile, rendendo più difficile per gli uomini riconoscere e accettare la propria vulnerabilità. Per questo motivo, risulta fondamentale promuovere una maggiore presenza di rappresentazioni maschili nell'ambito del diabete, al fine di contribuire alla normalizzazione della malattia anche tra gli uomini e favorire una più ampia legittimazione della cura e dell'espressione del proprio stato di salute senza stigmi.

2.3 METODOLOGIA, TECNICHE di INDAGINE e DOMANDA DI RICERCA

L'obiettivo principale della ricerca è indagare le percezioni di pazienti diabetici e professionisti sanitari rispetto al possibile utilizzo di prodotti culturali e rappresentativi della malattia, come la Barbie con diabete di tipo 1, nei percorsi di apprendimento della terapia e di accettazione della patologia.

In particolare, lo studio si concentra sulla possibilità che oggetti ludici e simbolici possano assumere una funzione educativa, comunicativa e relazionale nel contesto della malattia cronica.

Come approfondito nel corso del primo capitolo, il diabete di tipo 1 non comporta solamente un cambiamento dal punto di vista clinico e terapeutico, ma implica anche profonde trasformazioni nella quotidianità, nella percezione del corpo e nella costruzione dell'identità personale. L'introduzione di dispositivi medici indossabili, come microinfusori e sensori glicemici, modifica infatti il rapporto con il proprio corpo e con la visibilità sociale della malattia, soprattutto nei soggetti più giovani.

In questo contesto, la Barbie diabetica può essere interpretata non soltanto come un giocattolo inclusivo, ma anche come uno strumento simbolico capace di contribuire alla normalizzazione della patologia e alla costruzione di modelli di identificazione più realistici.

Lo studio si propone di esplorare se, strumenti come la Barbie diabetica, possano facilitare l'apprendimento delle pratiche terapeutiche, migliorare il rapporto con i dispositivi medici e contribuire a ridurre eventuali sentimenti di diversità, stigma o disagio associati alla malattia. Alla luce di tali considerazioni, la domanda di ricerca che guida il presente lavoro è la seguente: "Quali sono le percezioni dei pazienti diabetici e dei diabetologi rispetto all'utilizzo di strumenti culturali rappresentativi della malattia diabetica durante l'apprendimento delle terapie e nel processo di accettazione della malattia?"

La ricerca non intende fornire risposte definitive o generalizzabili, ma propone un'indagine di carattere esplorativo finalizzata a raccogliere punti di vista, esperienze e riflessioni differenti rispetto al tema trattato. L'obiettivo non è quindi dimostrare l'efficacia clinica della Barbie diabetica, bensì comprendere come essa venga percepita da soggetti direttamente coinvolti nella gestione quotidiana della patologia.

Per approfondire tali tematiche è stato adottato un approccio qualitativo ritenuto il più adatto per analizzare vissuti personali, percezioni soggettive e interpretazioni individuali legate all'esperienza della malattia. La metodologia qualitativa permette infatti di esplorare in modo

più approfondito gli aspetti emotivi, relazionali e simbolici connessi al diabete di tipo 1 e alla rappresentazione della patologia nei prodotti culturali.

Lo studio si basa sull'utilizzo di una delle tecniche qualitative più note, ovvero l'intervista discorsiva. Nel presente caso si tratterà di interviste semi-strutturate, scelte per la loro capacità di coniugare una traccia comune di domande con la possibilità di lasciare spazio ai racconti personali e agli approfondimenti spontanei degli intervistati. Tale metodologia si è rivelata particolarmente utile per affrontare un tema delicato e legato alla sfera individuale, consentendo ai partecipanti di esprimersi liberamente rispetto alle proprie esperienze, emozioni e opinioni.

Sono state elaborate due differenti scalette di intervista: una rivolta ai pazienti diabetici e una dedicata al personale sanitario. La prima aveva l'obiettivo di indagare il rapporto con il proprio corpo, la percezione dei dispositivi medici, l'esperienza della terapia e le opinioni riguardo alla rappresentazione del diabete attraverso strumenti culturali come la Barbie diabetica, ma non solo. La seconda, invece, era finalizzata a raccogliere il punto di vista dei professionisti sanitari rispetto al possibile utilizzo di tali strumenti nei percorsi educativi e terapeutici, in particolare durante l'esordio della malattia nei pazienti pediatrici.

Le scalette non sono state rispettate a pieno dall'intervistatore perché si è ritenuto necessario modificare la conversazione in base all'attitudine del rispondente e si è quindi deciso "*momento per momento la misura appropriata per le misurazioni*" (Cardano, 2022, p.29). Ciò non costituisce un errore, ma è un tratto distintivo della ricerca qualitativa, che permette l'adattabilità al contesto del suo impiego.

Durante le interviste è stato anche fornito agli intervistati un fotostimolo, che mostrava la Barbie diabetica per raccogliere le opinioni degli intervistati sul tema.

Le interviste sono state svolte prevalentemente tramite videochiamata su Google Meet e Whatsapp o chiamata, modalità scelta sia per ragioni logistiche sia per venire incontro alle preferenze dei partecipanti. Solamente un'intervista è stata realizzata in presenza con una paziente.

Con il consenso degli intervistati, le conversazioni sono state registrate esclusivamente in formato audio, al fine di permettere una successiva analisi più accurata dei contenuti emersi.

Ai partecipanti è stato inoltre garantito l'anonimato e la possibilità di interrompere l'intervista o evitare determinate domande in qualsiasi momento.

Al termine degli incontri, inoltre, è stata eseguita una trascrizione *verbatim* dei vari colloqui. Per la parte relativa all'analisi, il corpus testuale è stato suddiviso in categorizzazioni o macrotematiche ritrovate all'interno delle varie testimonianze.

La ricerca ha coinvolto un totale di sette partecipanti: cinque pazienti affetti da diabete di tipo 1, appartenenti a entrambi i sessi (3 donne e 2 uomini) e due medici diabetologi pediatrici operanti nel settore diabetologico.

La scelta di includere sia pazienti sia professionisti sanitari nasce dalla volontà di raccogliere prospettive differenti e complementari sul tema della rappresentazione della malattia e sul possibile utilizzo di strumenti simbolici all'interno dei percorsi di terapia. Da un lato, i pazienti hanno fornito testimonianze dirette relative al vissuto corporeo, all'esperienza della terapia e al rapporto con i dispositivi medici; dall'altro lato, il personale sanitario ha contribuito con riflessioni legate all'educazione terapeutica, alla relazione medico-paziente e alle pratiche di accompagnamento all'accettazione della diagnosi.

I partecipanti sono stati selezionati attraverso contatti personali e reti relazionali legate alla comunità diabetica. Tale modalità di reclutamento ha facilitato la disponibilità degli intervistati a parlare di esperienze personali e aspetti emotivamente sensibili legati alla malattia. La scelta di un campione ristretto è coerente con la natura qualitativa ed esplorativa dello studio, che non mira alla rappresentatività statistica, ma alla raccolta di narrazioni ed esperienze significative. La ricerca presenta alcuni limiti che è importante evidenziare. In primo luogo, il tema specifico dell'utilizzo di Barbie nel contesto di apprendimento e accettazione del DT1 risulta ancora poco approfondito nella letteratura scientifica, rendendo talvolta complesso individuare riferimenti teorici direttamente collegati all'argomento trattato.

Un ulteriore limite riguarda il numero ridotto dei partecipanti e la provenienza geografica relativamente omogenea del campione, composto esclusivamente da soggetti residenti nell'area del Nord-Est italiano.

Altra problematica legata direttamente alla tecnica di indagine scelta, ovvero l'intervista, riguarda la "*perturbazione osservativa*" (Cardano, 2022, p.32) che causa talvolta necessita da parte dei rispondenti di nascondere certe informazioni o mentire su determinati temi, in relazione alla desiderabilità sociale. Considerata la natura sensibile di alcune tematiche affrontate durante le interviste, tra cui i disturbi del comportamento alimentare e la mancata aderenza alle terapie, è possibile che alcuni partecipanti abbiano mostrato una certa reticenza nel condividere aspetti particolarmente personali o stigmatizzanti della propria esperienza. Di conseguenza, non si può escludere la presenza di un bias di desiderabilità sociale che potrebbe aver influenzato, almeno in parte, la completezza o la veridicità di alcune risposte.

In futuro sarebbe interessante ampliare la ricerca coinvolgendo partecipanti provenienti da contesti geografici, culturali e sociali differenti, così da confrontare esperienze e percezioni diverse rispetto all'utilizzo di strumenti rappresentativi della malattia. Inoltre, ulteriori studi

potrebbero approfondire l'effettivo impatto di oggetti come la Barbie diabetica nei percorsi educativi pediatrici, analizzando direttamente il punto di vista dei bambini e delle loro famiglie. Nonostante i limiti evidenziati, la ricerca intende offrire un contributo preliminare alla riflessione sul rapporto tra rappresentazione mediatica della malattia, identità e strumenti educativi, evidenziando il potenziale culturale e simbolico di prodotti apparentemente ludici all'interno dei percorsi di cura e accettazione del diabete di tipo 1.

3. ANALISI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

A seguito dell'analisi qualitativa delle interviste sono stati individuati cinque principali nuclei tematici ricorrenti nelle dichiarazioni dei partecipanti: le problematiche legate alla malattia, la conoscenza del diabete di tipo 1 nella società, la rappresentazione del diabete di tipo 1 nei prodotti culturali e mediali, le tecniche di accettazione e adattamento alla patologia e l'apprendimento e la comunicazione medico-paziente.

Tali macro-aree risultano particolarmente rilevanti ai fini della presente ricerca poiché permettono di contestualizzare le percezioni dei partecipanti rispetto all'utilizzo di strumenti culturali rappresentativi del diabete di tipo 1. In particolare, l'analisi delle problematiche quotidiane e delle strategie di adattamento consente di comprendere quali difficoltà e quali bisogni psicologici e relazionali caratterizzino l'esperienza della malattia; il tema della conoscenza del diabete nella società evidenzia invece le difficoltà legate alla scarsa informazione e agli stereotipi ancora diffusi. Infine, le riflessioni riguardanti la comunicazione medico-paziente e la rappresentazione della patologia nei prodotti culturali permettono di valutare il potenziale ruolo di strumenti come la Barbie diabetica nei processi di apprendimento, accettazione e normalizzazione della malattia. Le categorie individuate non rappresentano quindi temi indipendenti tra loro, ma costituiscono diverse dimensioni attraverso cui interpretare la domanda di ricerca e comprendere il significato attribuito dai partecipanti a tali forme di rappresentazione.

L'individuazione di queste macroaree ha permesso di comprendere non solo gli aspetti pratici legati alla gestione quotidiana della patologia, ma anche le dimensioni emotive, relazionali e sociali che caratterizzano l'esperienza dei soggetti intervistati. In particolare, dalle testimonianze emerge come il diabete di tipo 1 non venga vissuto esclusivamente come una condizione clinica, ma come un'esperienza complessa che coinvolge la costruzione dell'identità personale, il rapporto con il proprio corpo, le relazioni sociali e il confronto con una società che spesso possiede conoscenze limitate o stereotipate sulla malattia.

Le interviste hanno inoltre evidenziato il ruolo centrale della dimensione comunicativa: da un lato nel rapporto tra paziente e personale sanitario, dall'altro nella necessità costante, percepita da molti partecipanti, di spiegare la propria condizione agli altri. Accanto alle difficoltà emerse, i racconti mostrano importanti strategie di adattamento e accettazione, oltre a una generale volontà di normalizzare la patologia e renderla maggiormente visibile e compresa a livello sociale.

Per garantire l'anonimato dei partecipanti, nel corso della trattazione verranno utilizzati degli acronimi identificativi: intervistato n. 1/2/3/4/5/6/7.

	Genere	Tipologia
Intervistato n. 1	Femmina	Paziente
Intervistato n. 2	Femmina	Paziente
Intervistato n. 3	Maschio	Paziente
Intervistato n. 4	Femmina	Paziente
Intervistato n. 5	Maschio	Paziente
Intervistato n. 6	Maschio	Medico diabetologo
Intervistato n. 7	Femmina	Medico diabetologo

3.1 PROBLEMATICHE LEGATE alla PATOLOGIA

Tutti i rispondenti che fanno parte della comunità diabetica hanno un rapporto generalmente positivo con la malattia. I partecipanti descrivono il diabete di tipo 1 come una componente della propria vita, ma non come un elemento totalizzante della propria identità personale. La patologia viene percepita come una condizione con cui convivere quotidianamente, senza che questa definisca interamente la persona. Piuttosto, dalle testimonianze emerge come siano spesso gli sguardi, le reazioni e la scarsa conoscenza da parte delle altre persone a generare disagio. In questo senso, il problema non appare legato esclusivamente alla malattia in sé, quanto al modo in cui essa viene percepita socialmente.

“Allora inizialmente diciamo quando magari andavo al ristorante, robe del genere, mi faceva, non senso, però magari mi sentivo osservato, cose così, a bucarmi in pubblico.” (Intervistato n. 3)

“Secondo me è più per gli altri un problema, cioè è un po' un tabù vedere l'atto di farsi l'insulina.” (Intervistato n. 4)

Queste affermazioni mostrano chiaramente come uno dei principali momenti di esposizione sociale sia rappresentato dalla somministrazione dell'insulina in pubblico. Il gesto terapeutico, necessario e quotidiano, viene percepito come qualcosa che attira attenzione o giudizio, soprattutto in contesti conviviali o pubblici. Si evidenzia quindi la presenza di un disagio relazionale che nasce più dalla percezione dello sguardo altrui che dalla pratica medica stessa. Accanto alla dimensione sociale emergono anche problematiche pratiche legate ai dispositivi medici utilizzati nella gestione della patologia. In particolare, diversi partecipanti hanno sottolineato le difficoltà connesse ai sensori glicemici e ai microinfusori, percepiti talvolta come scomodi, ingombranti o difficili da integrare nella quotidianità.

“Solamente che col lavoro che faccio tenendolo sul braccio mi si staccava spesso e volentieri [...]” (Intervistato n. 3)

“L'unica scomodità può essere il mare, non lo so l'estate, che non sai dove attaccartelo, che con il calore va in tilt.” (Intervistato n. 1)

“A parte dei problemi generali che ogni tanto non so, o non leggono, non riesco a leggere la glicemia o sono totalmente sballati.” (Intervistato n. 4)

Le difficoltà riportate evidenziano come il diabete di tipo 1 sia una patologia in cui anche la tecnologia, pur migliorando significativamente la qualità della vita, presenta limiti e problematiche concrete. Il rapporto con i dispositivi non è quindi solamente medico, ma coinvolge anche aspetti corporei, estetici e relazionali.

Questo emerge in maniera ancora più evidente nel caso del microinfusore:

“Però ogni volta per tirarmelo fuori (il microinfusore) dovevo comunque nascondermi, cioè non potevo mettermi in mutande, in giro [...]. Cioè che mi ingrossa questo e quell'altro, ti dico sì.” (Intervistato n. 1)

Queste testimonianze permettono di riflettere sul rapporto tra diabete, corpo e costruzione dell'identità durante l'adolescenza. Sensori e microinfusori diventano elementi visibili del corpo, che possono influenzare la percezione di sé, l'autostima e il rapporto con la propria immagine corporea. Questo aspetto sembra emergere in maniera particolarmente significativa nelle ragazze intervistate, soprattutto in una fase della vita caratterizzata dalla ricerca di accettazione sociale e dalla costruzione della propria identità personale.

Nonostante le difficoltà descritte, è particolarmente significativo il fatto che nessuno dei partecipanti abbia dichiarato di sentirsi 'diverso' dai propri coetanei. L'unica forma di disagio più esplicitamente sociale emerge nella vita adulta e nelle situazioni conviviali.

“[...] nel momento in cui magari ci sono momenti di festa, conviviali o così, in cui magari ci sono anche persone che non sanno che hai il diabete [...] le battute che arrivano, come dire sei difficile, perché non mangi... queste cose mi hanno sempre fatto un po' di disagio.” (Intervistato n. 2)

In questo caso il disagio non deriva direttamente dalla malattia, ma dalle aspettative sociali legate alla convivialità, al cibo e alla partecipazione ai rituali collettivi. La persona diabetica rischia così di sentirsi fuori norma non per la propria condizione clinica, ma per il modo in cui le pratiche sociali vengono costruite attorno a comportamenti considerati standard.

Un altro elemento molto rilevante emerso dalle interviste riguarda il ruolo della famiglia, che spesso vive la diagnosi con un forte coinvolgimento emotivo.

“Scoprendo appunto di avere il diabete mia mamma l'aveva presa diciamo male inizialmente.” (Intervistato n. 3)

“Secondo me il genitore è come se avesse lui il diabete e il figlio non lo avesse [...] perché il genitore vuole avere il controllo completo del figlio, che secondo me non riesce a gestirsi per niente da solo, visto il grande impatto che ha il genitore.” (F1)

È interessante notare come, in entrambe le testimonianze, l'attenzione sia rivolta principalmente alla figura genitoriale che, pur non essendo direttamente coinvolta dalla patologia sul piano clinico, ne risulta fortemente coinvolta sul piano emotivo e gestionale. Le interviste evidenziano infatti come la diagnosi di diabete di tipo 1 non interessi esclusivamente il soggetto malato, ma coinvolga profondamente l'intero nucleo familiare, modificandone equilibri, abitudini e dinamiche relazionali.

In particolare, dalle parole della ragazza sembra emergere una certa tensione nel rapporto con i genitori, percepiti talvolta come eccessivamente presenti o controllanti nella gestione della malattia. Tale atteggiamento potrebbe essere interpretato come una conseguenza della forte preoccupazione che accompagna spesso i familiari di giovani pazienti diabetici. Tuttavia, dal punto di vista dell'adolescente, questo coinvolgimento può entrare in conflitto con il naturale bisogno di autonomia e indipendenza tipico di questa fase della vita. La gestione di una patologia cronica, che richiede già di per sé una costante attenzione e numerose limitazioni quotidiane, può infatti rendere particolarmente complesso il delicato equilibrio tra protezione familiare e autodeterminazione personale.

“Ricordo i miei seduti sulla scrivania in parte che piangevano...” (F1)

“[...] c'era non solo i genitori, ma i nonni che piangevano nel momento in cui abbiamo cominciato a parlare di diabete.” (D2)

Anche queste testimonianze mostrano come il momento della diagnosi venga vissuto prevalentemente dagli adulti, che diventano i principali interlocutori del personale sanitario. I bambini, soprattutto nei casi di esordio precoce, tendono invece a rimanere in una posizione più passiva, poiché la loro età non consente ancora una piena comprensione delle implicazioni mediche e pratiche della malattia.

“Io credo che un genitore possa dire «preferirei ammalarmi io piuttosto che mio figlio o mia figlia».” (D2)

Le testimonianze evidenziano come il diabete di tipo 1 non coinvolga esclusivamente il soggetto diagnosticato, ma l'intero nucleo familiare. La malattia entra nella quotidianità

domestica, modifica abitudini, genera ansia e porta spesso i genitori ad assumere un forte ruolo di controllo e protezione. In particolare, durante l'infanzia, il carico emotivo della gestione sembra ricadere inizialmente soprattutto sulla famiglia.

Un ulteriore aspetto emerso indirettamente riguarda la complessità psicologica della gestione di una patologia cronica presente ventiquattr'ore su ventiquattro. Interessante notare come molti ragazzi, quando interrogati direttamente sul proprio benessere, tendano inizialmente a minimizzare il disagio. Tuttavia, approfondendo il discorso, emergono momenti di forte stanchezza emotiva, frustrazione e senso di impotenza.

“[...] era ancora l'inizio, quindi ero diciamo un po' così sul lì lì (riferendosi al suo stato emotivo).” (Intervistato n. 3)

“Cioè c'erano dei periodi in cui era veramente ingestibile la cosa. Di giorno e di notte le glicemie non scendevano per niente. [...] E quindi sì, erano dei periodi che, boh, ero in difficoltà sia per quanto riguarda lo studio che non capivo niente. Oppure proprio emotivamente, cioè non ce la facevo più.” (Intervistato n. 1)

Questa testimonianza evidenzia come nei momenti di maggiore difficoltà nella gestione della malattia, il carico psicologico associato al controllo glicemico può infatti estendersi ad altri ambiti della vita, compromettendo temporaneamente il benessere generale e il rendimento nelle attività quotidiane. Nel caso specifico, la ragazza racconta come il distress derivante da periodi caratterizzati da glicemie difficili da controllare abbia avuto ripercussioni anche sullo studio, rendendo più difficile mantenere la concentrazione e affrontare serenamente gli impegni scolastici.

“Mi dava più che altro fastidio il discorso di dover dipendere da qualcosa, cioè di dover andare in giro sempre non dimenticando di avere con me tutto quello che serviva: il succo di frutta e l'insulina.” (Intervistato n. 2)

Quest'ulteriore testimonianza evidenzia come una delle principali difficoltà legate alla convivenza con il diabete di tipo 1 riguardi la costante necessità di avere con sé dispositivi medici e strumenti indispensabili per la gestione della patologia. Oltre all'insulina, i partecipanti sottolineano infatti l'importanza di non dimenticare alimenti o bevande contenenti zuccheri, necessari per intervenire tempestivamente in caso di ipoglicemia. Questo aspetto mette in luce come il diabete richieda una continua pianificazione della vita quotidiana e una costante attenzione alle proprie necessità terapeutiche.

Tale elemento appare particolarmente rilevante anche nel processo di accettazione della malattia. La diagnosi di diabete di tipo 1 comporta infatti un cambiamento improvviso delle abitudini quotidiane, imponendo ai soggetti l'acquisizione di nuove responsabilità e la necessità di integrare nella propria routine pratiche e strumenti che non possono essere trascurati. La consapevolezza di dover dipendere quotidianamente da farmaci, dispositivi e accorgimenti specifici può rappresentare una delle sfide più complesse nel percorso di adattamento alla patologia, poiché rende costantemente presente una condizione dalla quale non è possibile prescindere.

Le interviste mostrano quindi come il diabete di tipo 1 richieda un costante lavoro emotivo e cognitivo. La malattia non può mai essere completamente messa da parte, poiché ogni scelta quotidiana (alimentazione, attività fisica, spostamenti, relazioni sociali) necessita di attenzione e pianificazione.

Infine, uno dei problemi più ricorrenti riguarda la necessità continua di spiegare la propria condizione agli altri.

“Quando ero un po' più piccolo [...] dovevi star là a tutti a spiegare sempre la stessa roba.”
(Intervistato n. 5)

“[...] ogni volta ho tutto il discorso pronto per spiegare che cos'è il diabete di tipo 1 e le differenze con il diabete di tipo 2.” (Intervistato n. 4)

Questa necessità comunicativa costante sembra derivare soprattutto dalla scarsa conoscenza sociale del diabete di tipo 1 e dalla frequente confusione con il diabete di tipo 2. Anche i medici, infatti, evidenziano come la malattia, nonostante molto frequente, non sia conosciuta a sufficienza dalla popolazione.

“Spesso c'è confusione tra diabete tipo 1 e diabete tipo 2 [...]” (Intervistato n. 6)

Il bisogno continuo di giustificarsi o spiegare la propria condizione diventa così un ulteriore carico emotivo che si aggiunge alla gestione quotidiana della malattia.

3.2 La DIMENSIONE PUBBLICA del DIABETE TIPO 1

Uno degli aspetti più rilevanti, appunto, emersi dalle interviste riguarda la scarsa conoscenza sociale del diabete di tipo 1. I partecipanti sottolineano frequentemente come la popolazione generale abbia informazioni limitate o scorrette sulla patologia, spesso confuse con quelle relative al diabete di tipo 2. Questa mancanza di conoscenza non rappresenta solamente un problema culturale, ma può avere conseguenze concrete anche dal punto di vista sanitario.

“Ancora oggi, anche nel nostro Trentino, il 37% dei bambini con esordio di diabete arriva in chetoacidosi [...]” (Intervistato n. 6)

La chetoacidosi diabetica (DKA) è una grave complicanza metabolica causata da una carenza severa di insulina. Può manifestarsi soprattutto nei casi in cui il diabete non venga riconosciuto tempestivamente e rappresenta una condizione potenzialmente pericolosa per la vita.¹⁵

Come emerge dalle parole del medico intervistato, molti casi di DKA potrebbero essere evitati attraverso una maggiore sensibilizzazione sui sintomi iniziali della malattia, come sete intensa, dimagrimento improvviso, stanchezza e aumento della minzione. La diagnosi tardiva appare quindi strettamente collegata alla poca conoscenza pubblica della patologia.

La scarsa diffusione delle informazioni legate al diabete di tipo 1 nella società può essere dovuta dal fatto che questa sia una malattia che non è invalidante se controllata correttamente e che a molti risulta invisibile, se non per l'esposizione dei dispositivi medici. A livello sociale, infatti, si tende a dare maggiore importanza a eventi rari, ma disastrosi, piuttosto che a eventi molto frequenti e relativamente poco dannosi (Maturo, 2007, p.141). Le interviste evidenziano inoltre la presenza di stereotipi ancora molto diffusi.

“Io penso anche a tutti quegli stereotipi [...]. Ceh sei la persona malata, loro lo chiamano come «stai male». Cioè, però io sto benissimo capito.” (Intervistato n. 1)

La testimonianza della ragazza evidenzia come, nell'immaginario collettivo, il concetto stesso di malattia venga spesso associato a una condizione di fragilità fisica o di limitazione delle proprie capacità. Tale rappresentazione, tuttavia, non sembra rispecchiare l'esperienza vissuta dagli intervistati, che descrivono il diabete di tipo 1 come una condizione compatibile con una vita piena e sostanzialmente normale, purché adeguatamente gestita.

¹⁵<https://www.diabete.com/chetoacidosi-diabetica-che-cosa-e-perche-si-manifesta/> 01.06.2026

Ciò che emerge come problematico non è quindi la patologia in sé, quanto piuttosto il modo in cui essa viene interpretata socialmente. La ragazza sottolinea infatti come il semplice fatto di dichiarare di avere il diabete porti alcune persone ad associare automaticamente la sua condizione a uno stato di malessere o a una ridotta qualità della vita. Questa discrepanza tra l'esperienza concreta della malattia e le rappresentazioni diffuse nella società evidenzia la persistenza di stereotipi e conoscenze incomplete sul diabete di tipo 1, contribuendo a generare incomprensioni nelle relazioni quotidiane.

“Secondo me non c'è affatto una conoscenza [...] anche perché subito parte alle persone che sentono che ho il diabete di dire «oddio, hai mangiato troppi dolci!».” (Intervistato n. 4)

Queste parole mostrano come il diabete venga ancora associato, nell'immaginario collettivo, a cattive abitudini alimentari o a uno stile di vita scorretto, cause associate invece all'insorgenza del diabete di tipo 2. Tale semplificazione rischia di produrre forme di stigmatizzazione, soprattutto nei confronti dei giovani con diabete di tipo 1, che si trovano costantemente costretti a correggere convinzioni errate.

Parallelamente però, alcuni partecipanti evidenziano segnali di miglioramento generazionale nella conoscenza della patologia.

“Una volta non erano abituati neanche a vederlo, adesso c'è sempre più gente che ce l'ha, quindi anche... ti fanno meno domande.” (Intervistato n. 5)

“I bambini poi mi vedono [...] di solito tutti sanno e iniziano «ah sì anche lo zio, anche il nonno ce l'ha».” (Intervistato n. 2)

Queste osservazioni suggeriscono che la crescente presenza sociale dei dispositivi medici, insieme alle campagne informative e alla maggiore visibilità mediatica della malattia, stia contribuendo lentamente a normalizzare il diabete di tipo 1. La familiarità visiva con sensori e microinfusori sembra infatti ridurre curiosità invasive e atteggiamenti stigmatizzanti.

3.3 RAPPRESENTAZIONE del DIABETE di TIPO 1 nei PRODOTTI CULTURALI e MEDIALI

Un aspetto che tende a migliorare la conoscenza della patologia socialmente è la rappresentazione del diabete di tipo 1 nei prodotti culturali e mediali. Dopo aver mostrato un'immagine della Barbie diabetica, è stato chiesto agli intervistati di fornire un'opinione a riguardo. Dalle interviste emerge chiaramente come questa rappresentazione venga considerata un tema importante, soprattutto in relazione alla sensibilizzazione sociale e al bisogno di normalizzazione della patologia.

“L'unico messaggio che secondo me può avere un significato cioè dire «ma voi sapete che il diabete esiste?».” (Intervistato n. 7)

La testimonianza della dottoressa evidenzia come la funzione principale attribuita alla Barbie diabetica introdotta da Mattel sia quella di sensibilizzazione e divulgazione riguardo al diabete di tipo 1. Secondo questa prospettiva, il valore della bambola non risiede esclusivamente nella rappresentazione dei bambini affetti dalla patologia, ma soprattutto nella sua capacità di rendere visibile una condizione che spesso rimane poco conosciuta al grande pubblico. Il diabete di tipo 1 appare infatti frequentemente oscurato, nell'immaginario collettivo, dalla maggiore notorietà del diabete di tipo 2, con il quale viene spesso confuso. In questo senso, la bambola può essere interpretata come uno strumento culturale capace di aumentare la consapevolezza sociale sulla patologia, favorendo una maggiore diffusione di informazioni corrette e contribuendo alla riduzione di stereotipi e misconoscenze ancora ampiamente diffuse.

“Poi però pensandoci forse, dico per fortuna (parlando del lancio della Barbie diabetica), perché così è più conosciuto, ci sono meno domande forse.” (Intervistato n. 1)

Secondo molti intervistati, strumenti culturali come la Barbie diabetica possono avere un'importante funzione educativa e simbolica. La presenza di una bambola con sensore glicemico e microinfusore contribuisce infatti a rendere visibile una condizione spesso poco rappresentata nei media tradizionali.

La rappresentazione assume quindi un valore sociale: mostrare la malattia come parte della normalità quotidiana.

Alcuni partecipanti sottolineano anche l'importanza della rappresentazione dal punto di vista emotivo e identitario. In particolare, una ragazza evidenzia come già durante l'infanzia fosse significativo vedere una bambola con caratteristiche fisiche simili alle proprie, come i capelli castani. Di conseguenza, vedere una Barbie con sensore e microinfusore produce un ulteriore senso di riconoscimento e identificazione.

“Anche semplicemente vedere una bambola con i capelli castani ti metteva allegria, quindi addirittura vedere una bambola con sensore e microinfusore, cioè, cavoli! Tanta roba!”
(Intervistato n. 4)

La rappresentazione mediatica può quindi favorire sentimenti di inclusione e appartenenza, soprattutto nei bambini più piccoli, che spesso costruiscono parte della propria identità attraverso il gioco e i modelli culturali proposti dai media.

Un altro aspetto emerso infatti riguarda la necessità di non sentirsi gli unici o da soli nell'affrontare la patologia. Queste rappresentazioni, infatti, vengono viste principalmente come una normalizzazione della condizione e un sostegno a chi si trova in difficoltà con l'accettazione del proprio problema di salute.

“Il fatto che nessuno riesca a capire veramente come mi sento, cosa provo, quello mi fa sentire un po' a disagio ecco.” (Intervistato n. 4)

“Mi sono sentita per tantissimi anni l'unica ad avere questa malattia [...] essere tutti sulla stessa barca a volte aiuta a non sentirti l'unico che ha un certo tipo di problema [...] Però penso che a tanti possa aiutare, insomma, a vedere che [...] è più comune di quello che pensi.”
(Intervistato n. 2)

D'altra parte, alcuni intervistati si mostrano più perplessi rispetto a questa iniziativa. La loro posizione sembra derivare dal fatto che non percepiscono il diabete come un elemento tale da renderli 'diversi' o esclusi socialmente.

“[...] sentirmi diverso, che non riesco a fare qualcosa o così, non mi è mai capitato.”
(Intervistato n. 5)

“Ma diciamo che è un argomento che appunto mi tocca fisicamente, nel senso che ci devi convivere e tutto, però non sono uno di quelli che fa scenate riguardante il diabete.”
(Intervistato n. 3)

Di conseguenza, la presenza di una Barbie diabetica viene talvolta interpretata come una forma di categorizzazione non necessaria.

“La prima volta (che ha visto la Barbie) è stato «oddio anche troppo».” (Intervistato n. 1)

“Un bambino col diabete che si deve occupare di una bambola malata non lo so come può approcciare. Perché una cosa è giocare al dottore e inventarsi una malattia, una cosa è occuparsi di una bambola che ha la tua stessa malattia.” (Intervistato n. 7)

Quest’ultima affermazione della dottoressa evidenzia come non sempre venga colto il valore simbolico e culturale della Barbie, un oggetto che nel corso dei decenni ha influenzato profondamente l’immaginario e la rappresentazione del mondo femminile. La Barbie diabetica, infatti, non viene presentata come una figura fragile o definita dalla propria condizione clinica, bensì come una ragazza forte, autonoma e sicura di sé, che mostra con naturalezza e fierezza i propri dispositivi medici. Questi ultimi non assumono una funzione stigmatizzante né diventano l’elemento centrale della sua identità, ma vengono rappresentati come una caratteristica tra le tante, integrata nella quotidianità e priva di connotazioni negative. Inoltre, la loro estetica curata e personalizzata contribuisce a trasmettere un’immagine positiva della terapia, favorendo processi di normalizzazione e accettazione della malattia.

È interessante notare, inoltre, questa tensione tra due differenti modi di intendere la rappresentazione del diabete nel mondo ludico: da un lato come strumento di inclusione e sensibilizzazione, dall’altro come possibile rischio di enfatizzare una differenza che però molti ragazzi non sentono come centrale nella propria identità.

“Forse perché io lo vivo talmente in modo leggero che non serve esternarlo così tanto [...] Perché mi sento bene all'interno della società, allo stesso modo anche se quella Barbie non esisteva.” (Intervistato n. 1)

Ciò può rappresentare anche un aspetto molto positivo rispetto alla percezione che gli intervistati hanno sulla propria malattia, ovvero che questa non sia un motivo per essere considerati diversi dalla società. Infatti, questa positività si nota anche nelle osservazioni che i ragazzi diabetici hanno fatto sulla Barbie. L’attenzione dei partecipanti si è concentrata soprattutto sugli elementi positivi e rassicuranti della bambola, come il volto sorridente e la personalizzazione colorata dei dispositivi medici.

“[...] che lo sguardo della Barbie sia felice e comunque sereno, secondo me è perfetto. Perché va preso così. Fa parte della vita.” (Intervistato n. 1)

“Cioè anche io, per esempio, avevo lo sticker da mettere sopra il sensore per abbellirlo così.”
(Intervistato n. 4)

Questo suggerisce come la rappresentazione non venga percepita in termini esclusivamente clinici o ospedalizzanti, ma come un tentativo di integrare la patologia in un'immagine positiva, quotidiana e non stigmatizzante.

3.4 ACCETTAZIONE e CONVIVENZA con la MALATTIA

Durante le interviste è emerso come la maggior parte dei ragazzi affronti la malattia in maniera generalmente positiva, atteggiamento che sembra derivare sia da un processo di maturazione personale sia da anni di convivenza con la patologia. Molti partecipanti descrivono infatti il diabete di tipo 1 come una condizione ormai integrata nella quotidianità, con cui hanno imparato progressivamente a convivere e ad adattarsi.

“Io forse ho già fatto un percorso, anche magari da grande, e quindi per me è abbastanza indifferente il fatto che ci sia o non ci sia.” (Intervistato n. 1)

Un ruolo particolarmente importante in questo processo di adattamento viene attribuito alle tecnologie mediche, considerate dai partecipanti un elemento che ha migliorato significativamente la qualità della vita e la gestione della malattia. Sensori glicemici e microinfusori non vengono percepiti esclusivamente come dispositivi clinici, ma anche come strumenti che permettono maggiore autonomia, sicurezza e libertà nella vita quotidiana. In questo senso, la tecnologia appare come un fattore di facilitazione e non solamente come un simbolo della malattia.

“È stata una svolta perché prima misuravi la glicemia alle due di pomeriggio poi la misuravi alle quattro e vedevi che era la stessa e non ti immaginavi che nel mezzo potesse esserci qualsiasi cosa.” (Intervistato n. 4)

“Erano anche più grandi (i sensori) e adesso invece è piccolo” (Intervistato n. 5)

Legato a questo tema emergono anche diverse strategie di coping adottate dai ragazzi per affrontare le problematiche pratiche legate alla gestione del diabete. Alcuni intervistati raccontano, ad esempio, di utilizzare cerotti adesivi o soluzioni alternative per migliorare l'aderenza dei sensori al corpo e ridurre il disagio durante le attività quotidiane o sportive.

“Perché io ho la fascetta, quella che mi permette di mettere il micro dentro e di allacciarmela in vita, per esempio. O non so, sulla coscia, da farlo vedere meno.” (Intervistato n. 1)

“[...] e un giorno su internet stavo guardando un forum appunto per risolvere questo problema e ho letto di questa persona qua che se lo attaccava diciamo sopra il gluteo [...]. Dopo però c'era il problema diciamo dell'intimo perché abbassati i pantaloni, alzati i pantaloni [...] E ho

scoperto questi cerotti da metterci sopra al sensore per tenerlo più attaccato.” (Intervistato n. 3)

Questi piccoli accorgimenti mostrano come la gestione della patologia richieda un continuo lavoro di adattamento pratico e personale da parte dei ragazzi che però adottano strategie efficaci in base alle loro necessità, senza percepire dunque i problemi legati alla patologia come irrisolvibili.

Un ulteriore aspetto significativo riguarda il progressivo distacco dal giudizio altrui. Diversi partecipanti raccontano infatti di aver imparato, con il tempo, a non dare più peso agli sguardi o alle reazioni delle persone nei luoghi pubblici quando utilizzano dispositivi medici o effettuano procedure legate alla terapia. Questo atteggiamento rappresenta una forma di accettazione della propria condizione e, allo stesso tempo, un tentativo di normalizzare la presenza del diabete nella quotidianità sociale.

“Però dopo andando avanti ho detto sai cosa c'è, chi se ne frega [...]” (Intervistato n. 3)

“Magari quando ero tipo alle elementari così poteva succedere che magari non mi ispirava tanto far vedere il sensore o così [...] adesso invece non mi cambia niente se la gente me lo vede o no.” (Intervistato n. 5)

Le testimonianze suggeriscono quindi come il percorso di adattamento non riguardi solamente la gestione clinica della malattia, ma anche la costruzione di una maggiore sicurezza personale e relazionale. L'accettazione sembra svilupparsi attraverso un equilibrio tra gestione pratica della patologia, supporto tecnologico e progressiva riduzione del peso attribuito allo sguardo sociale.

3.5 APPRENDIMENTO e COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Un aspetto interessante emerso dalle interviste è che la relazione tra personale sanitario e pazienti non viene sempre percepita come particolarmente profonda sul piano umano ed emotivo. In particolare, sia alcuni ragazzi intervistati sia un medico pediatra hanno evidenziato come siano spesso le infermiere le figure che instaurano un rapporto più vicino e continuativo con i giovani pazienti, cercando di creare una relazione maggiormente empatica e rassicurante.

“[...] non tanto con i medici, ma con gli infermieri si crea questo rapporto privilegiato tra ragazzino e infermiere per cui tendo a dirti qualcosa che magari non dico neanche al genitore.”
(Intervistato n. 6)

“L'unico ricordo che ho molto impresso è l'infermiera che mi ha seguito. Ed è anche il motivo per cui io oggi studio infermieristica. Cioè, io voglio diventare come lei.” (Intervistato n. 1)

Ciò evidenzia il potenziale del ruolo che ha il personale sanitario nel periodo di accettazione della patologia e nel corretto approccio alla malattia fin dall'inizio.

Per quanto riguarda appunto l'approccio alla malattia, sono emerse due prospettive differenti: quella dei pazienti e quella dei medici. I ragazzi descrivono frequentemente le prime spiegazioni ricevute sulla patologia come piuttosto generali, sbrigative o difficili da comprendere pienamente, soprattutto nel momento immediatamente successivo alla diagnosi. In alcuni casi, il vissuto dell'esordio viene ricordato come un momento confuso, in cui il carico emotivo prevaleva sulla reale comprensione della malattia.

“Lo hanno spiegato in modo, personalmente, se adesso ci penso, molto vago. Dire di fare due unità colazione, pranzo e cena e basta, è angosciante. C'è un sacco di altre cose dietro.”
(Intervistato n. 4)

Una possibile spiegazione dell'insoddisfazione manifestata da alcuni pazienti nei confronti dell'apprendimento della gestione della patologia potrebbe risiedere nel diverso contesto sanitario e culturale in cui è avvenuto il loro esordio. Le testimonianze raccolte suggeriscono infatti che, negli anni passati, i percorsi educativi fossero meno strutturati e personalizzati rispetto a quelli attualmente adottati, con una minore attenzione agli aspetti psicologici e comunicativi della malattia.

L'unico ragazzo, infatti, a cui è stato diagnosticato il diabete pochi anni fa, parla in maniera un po' più positiva e dettagliata rispetto alle pratiche seguite per la sua formazione durante il periodo iniziale.

“[...] erano arrivati diciamo con una tabella riguardante [...] ogni cibo che rapporto di carboidrati avesse [...]. Dopo mi hanno spiegato l'uso del sensore, come monitorarlo e cosa fare quando magari mi si abbassava troppo la glicemia, quando mi si alzava.” (Intervistato n. 3)

Questa testimonianza si avvicina un po' di più alla prospettiva dei medici diabetologi che sottolineano come oggi, almeno nella realtà sanitaria del Trentino da cui provengono gli specialisti intervistati, il percorso educativo e terapeutico sia diventato molto più articolato rispetto al passato. I professionisti evidenziano infatti la presenza di équipe multidisciplinari composte non solo da diabetologi, ma anche da psicologi, nutrizionisti e infermieri specializzati, con l'obiettivo di accompagnare il paziente e la famiglia in un percorso di apprendimento graduale e completo.

“In quei 5 giorni in media di ricovero vengono date nozioni su cos'è il diabete, la terapia insulinica come viene svolta, l'ipoglicemia, come adeguo le dosi, se mi ammalò cosa faccio, se faccio attività fisica come regolo l'insulina, alimentazione e consulto con la psicologa per l'accettazione della malattia.” (Intervistato n. 6)

“[...] abbiamo bisogno che ci sia un team che lavori insieme ai nostri pazienti fatto dalle infermiere che possono aiutare poi nella gestione dell'applicazione dei sensori glicemici, dell'uso delle penne nella terapia multiniettiva o addirittura di un'applicazione di un microinfusore.” (Intervistato n. 7)

Particolarmente interessante è l'introduzione a livello sanitario di strumenti ludici per favorire l'apprendimento della terapia nei bambini più piccoli. Tra questi viene citato un progetto dell'associazione AGD Italia che propone un orsetto di peluche chiamato *Lino* e la sua storia raccontata in un libro educativo, che è dotato di piccole aree corporee in stoffa sulle quali i bambini possono simulare le iniezioni di insulina.

“Abbiamo un percorso educativo che abbiamo anche riassunto in un libricino che abbiamo costituito assieme all'associazione [...] coinvolgendo anche qualche ragazzino con diabete; quindi, per avere proprio il loro punto di vista e scegliere le informazioni essenziali che in quei

momenti vogliono sentirsi dire, perché il rischio è quello di dare troppe informazioni.”
(Intervistato n. 6)

“Noi usiamo l'orso (Lino) perché sul pancino dell'orso tu puoi provare a fargli le iniezioni perché ha dei punti di pezza dove tu puoi provare a mettere la tua iniezione.” (Intervistato n. 7)

AGD Italia è un coordinamento di associazioni, formate principalmente da genitori di bambini con diabete, che offre sostegno ai giovani e alle loro famiglie. Da questa esperienza nasce il progetto *Lino e il Diabete* (Fig. 13), pensato per affiancare l'educazione sanitaria attraverso un libro e un peluche che aiutano i bambini a comprendere e affrontare il diabete in modo semplice e rassicurante.

La storia di Lino racconta emozioni, paure e domande che spesso accompagnano l'esordio della malattia, mostrando come genitori e adulti possano rispondere con chiarezza, affetto e comprensione. Il libro mira a creare un clima di fiducia e a far sentire i bambini meno soli in questo percorso.

L'obiettivo finale è aiutare bambini e genitori ad affrontare il diabete con maggiore consapevolezza e fiducia nel futuro.¹⁶

Queste iniziative dimostrano come il gioco possa diventare uno strumento educativo importante nella gestione di una patologia cronica pediatrica. L'utilizzo di elementi ludici può permettere di ridurre la paura della terapia, facilitare la comprensione delle procedure mediche e favorire una maggiore adesione al trattamento. In particolare, nei bambini, il gioco rappresenta una modalità comunicativa fondamentale attraverso cui elaborare esperienze complesse e potenzialmente traumatiche (Sparapani et al., 2013).

¹⁶<https://www.linoeildiabete.it/il-progetto/> 02.06.2026



Figura 13: L'orsetto Lino

Immagine tratta da <https://www.robexnews.it/2019/11/09/lino-lorsetto-coraggioso-del-diabete-tipo-1-arriva-nelle-farmacie/>

Molti partecipanti hanno inoltre raccontato che, al momento della diagnosi, le principali figure coinvolte nella comunicazione fossero i genitori più che i bambini stessi. Questo aspetto appare strettamente collegato all'età molto precoce in cui gran parte del campione ha ricevuto la diagnosi, generalmente tra i 2 e i 5 anni. I medici intervistati spiegano infatti come il coinvolgimento diretto del bambino nella comprensione della patologia avvenga soprattutto in età scolare, quando il soggetto possiede strumenti cognitivi ed emotivi maggiori per comprendere la malattia e partecipare attivamente alla propria gestione terapeutica.

“Il mio ricordo è di me buttata sul lettino dell'ambulatorio con un'infermiera che mi distraeva [...] Però ricordo i miei seduti sulla scrivania in parte che piangevano.” (Intervistato n. 3)

“Una partecipazione più attiva c'è dagli 8 anni quando chiediamo come obiettivo in chi fa la multiniettiva di imparare a fare l'iniezione e in chi utilizza un microinfusore di inserire i carboidrati che sta per mangiare al pasto.” (Intervistato n. 6)

Dalle interviste emerge, inoltre, come molti ragazzi trovino maggiore comprensione e conforto nel gruppo dei pari piuttosto che nel personale sanitario stesso.

“[...] anzi loro inizialmente (gli amici) mi sono stati tanto vicini e l'hanno capito [...]. E da lì, diciamo, ci scherziamo anche sopra adesso.” (Intervistato n. 3)

Come infatti affermano anche Umberson et al. (2000), la salute è protetta dall'integrazione sociale e dalle interazioni tra pari. Ciò evidenzia come sia fondamentale il sostegno delle persone vicine per riuscire ad affrontare nella maniera più corretta una patologia.

In questo senso assumono un ruolo particolarmente significativo i campi scuola organizzati dall'azienda sanitaria, durante i quali bambini e adolescenti con diabete trascorrono periodi lontani dalla famiglia insieme ad altri coetanei che condividono la stessa condizione.

“Però mi sono stati tanto d'aiuto dei campi scuola che ho fatto con altri ragazzi diabetici del Veneto in generale e dove là ho imparato proprio l'autonomia nella malattia. Infatti, sono tornata a casa che ero un'altra persona.” (Intervistato n. 4)

“Gli 8 anni sono un po' il periodo anche in cui ce li portiamo al campo scuola che è un contesto in sicurezza in cui si condividono con gli altri l'avere la stessa condizione [...]” (Intervistato n. 6)

Lo scopo principale di queste esperienze è favorire l'autonomia nella gestione della patologia e permettere ai ragazzi di acquisire maggiore sicurezza rispetto a una condizione cronica con cui dovranno convivere per tutta la vita. Allo stesso tempo, i campi scuola sembrano rappresentare anche importanti spazi di socializzazione e supporto reciproco, nei quali i partecipanti possono sentirsi compresi senza il bisogno di spiegare continuamente la propria condizione.

Come evidenziato da uno dei medici, il fatto che molto spesso i ragazzi al momento della diagnosi non si siano sentiti sufficientemente informati è anche una tecnica utilizzata dal personale sanitario per evitare un distaccamento dalla terapia. È importante introdurre le pratiche mediche tramite poco alla volta per permettere all'individuo di aderire meglio alle indicazioni fornite (Maturo, 2007, p. 23).

“[...] è fondamentale scegliere le informazioni essenziali che in quei momenti vogliono sentirsi dire, perché il rischio è quello di dare troppe informazioni.” (Intervistato n. 6)

CONCLUSIONI

La domanda di ricerca che guida questo studio è la seguente: “Quali sono le percezioni dei pazienti diabetici e dei diabetologi rispetto all’utilizzo di strumenti culturali rappresentativi della malattia diabetica durante l’apprendimento delle terapie e nel processo di accettazione della malattia?”

Dalle testimonianze raccolte emerge come i pazienti diabetici intervistati non percepiscano, nella maggior parte dei casi, la necessità di un supporto specifico per l’accettazione della malattia. Grazie a un percorso personale di maturazione e adattamento, essi sono infatti riusciti a integrare il diabete nella propria quotidianità, arrivando a considerarlo una componente normale della propria vita. Nessuno dei partecipanti ha dichiarato di sentirsi diverso dai coetanei senza diabete, elemento che porta a considerare la Barbie diabetica uno strumento non particolarmente rilevante nel proprio processo di accettazione della patologia. Tuttavia, tutti gli intervistati hanno riconosciuto che, nel caso di bambini o adolescenti che incontrano maggiori difficoltà nel convivere con la propria condizione, un’iniziativa di questo tipo potrebbe rappresentare un aiuto significativo, favorendo processi di identificazione e normalizzazione. Per quanto riguarda l’apprendimento della terapia, nessun partecipante ha individuato nella Barbie diabetica uno strumento particolarmente utile. Ciò è dovuto principalmente alla natura stessa della bambola, che svolge una funzione prevalentemente simbolica e rappresentativa. La Barbie, infatti, non si presta alla simulazione pratica delle procedure terapeutiche, come la somministrazione di insulina o la misurazione della glicemia, ma si limita a rappresentare visivamente alcuni elementi caratteristici della patologia, quali il sensore glicemico o il microinfusore.

Un aspetto non previsto inizialmente dalla domanda di ricerca, ma emerso con forza dalle interviste, riguarda il potenziale divulgativo della Barbie diabetica. Sia i soggetti con diabete sia i medici diabetologi pediatrici hanno attribuito a questa iniziativa un importante ruolo di sensibilizzazione. La presenza della patologia all’interno di un oggetto di uso comune e culturalmente diffuso come la Barbie favorisce infatti l’introduzione del tema del diabete nei contesti quotidiani, contribuendo ad aumentare la conoscenza della malattia e a ridurre la stigmatizzazione sociale. In questa prospettiva, il valore principale della Barbie diabetica sembra risiedere non tanto nel supporto diretto ai pazienti, quanto nella sua capacità di rendere il diabete più visibile, comprensibile e socialmente accettato.

I risultati mostrano come l'accettazione della malattia non dipenda esclusivamente dall'acquisizione di conoscenze mediche, ma coinvolga aspetti identitari, corporei e relazionali. Le difficoltà riportate dai partecipanti in relazione ai sensori glicemici e ai microinfusori evidenziano infatti come la gestione del diabete implichi un continuo confronto con il proprio corpo e con la sua esposizione nello spazio sociale. In particolare, durante l'adolescenza, fase caratterizzata dalla costruzione dell'identità personale e dell'immagine corporea, la presenza di dispositivi visibili può generare sentimenti di imbarazzo, preoccupazioni estetiche o timore del giudizio altrui. In questo senso, strumenti educativi e rappresentazioni positive della patologia possono contribuire a favorire una maggiore integrazione della malattia nella propria identità, promuovendo una percezione più serena dei dispositivi terapeutici e del proprio corpo. I risultati evidenziano inoltre il valore delle campagne di sensibilizzazione promosse dall'azienda sanitaria e delle rappresentazioni culturali e mediali della malattia, che sembrano contribuire progressivamente alla normalizzazione del diabete di tipo 1 e alla riduzione dello stigma sociale associato ai dispositivi medici e alla terapia insulinica. In questo quadro si inserisce anche la riflessione emersa attorno alla Barbie diabetica, percepita da molti partecipanti come uno strumento capace di aumentare la visibilità della patologia e di favorire processi di identificazione positiva. Sebbene alcuni intervistati abbiano espresso dubbi rispetto alla necessità di una rappresentazione specifica, la maggior parte ha riconosciuto il valore simbolico di vedere sensori glicemici e microinfusori inseriti in un oggetto di gioco tradizionalmente associato alla normalità e all'inclusione. Analogamente al progetto *Lino*, tali iniziative sembrano contribuire a trasformare la malattia da elemento esclusivamente clinico a componente integrata della quotidianità, favorendo processi di accettazione sia individuale sia collettiva.

Pur non essendo possibile misurare con certezza l'impatto concreto di tale iniziativa sui processi di accettazione della malattia per i soggetti che si trovano in difficoltà, la sua introduzione segna un passaggio significativo nella rappresentazione delle condizioni croniche all'interno del mercato dei giocattoli. La presenza di dispositivi medici su una figura iconica come Barbie contribuisce infatti a rendere visibile una realtà spesso poco rappresentata, offrendo ai bambini con diabete la possibilità di riconoscersi in un personaggio positivo e, allo stesso tempo, favorendo nei coetanei una maggiore familiarità con la diversità.

Tuttavia, dalle riflessioni emerse durante la ricerca appare evidente anche un limite importante: il mondo Barbie si rivolge prevalentemente alla sfera femminile. Sarebbe quindi interessante approfondire maggiormente il tema della rappresentazione maschile nei prodotti culturali dedicati all'infanzia e all'adolescenza. In futuro, potrebbe essere significativo osservare se altri

importanti marchi del settore ludico proporranno personaggi maschili con dispositivi medici o patologie croniche, permettendo anche ai ragazzi di sentirsi maggiormente rappresentati.

Questo aspetto assume particolare rilevanza considerando come, soprattutto nei partecipanti maschi, emerga una certa difficoltà nell'esprimere apertamente emozioni, paure o forme di disagio legate alla malattia. Una rappresentazione più ampia e inclusiva potrebbe quindi contribuire non solo alla sensibilizzazione sociale, ma anche alla legittimazione emotiva dell'esperienza vissuta dai giovani di genere maschile con diabete di tipo 1.

È stato anche evidenziato come le bambole inclusive si trovino con difficoltà nei negozi di giocattoli e che bisogna ordinarle ed acquistarle prevalentemente dai siti internet ufficiali.

Ciò evidenzia come ci sia la necessità di fortificare la campagna di comunicazione delle varie Barbie inclusive della Mattel e lavorare sull'aspetto legato alla distribuzione del marketing mix (place). È necessario, infatti, permettere ai negozi di mostrare e distribuire le bambole per farle conoscere anche al pubblico non target.

In prospettiva futura sarebbe inoltre interessante approfondire, attraverso ulteriori studi, l'effettivo impatto dei prodotti culturali e mediali sulla percezione della malattia. In particolare, potrebbe essere utile indagare se strumenti come la Barbie diabetica contribuiscano concretamente al miglioramento dell'autostima e della percezione di sé nei soggetti diabetici oppure se il loro effetto principale riguardi soprattutto la sensibilizzazione della popolazione generale rispetto al diabete giovanile, come sostengono gli intervistati.

BIBLIOGRAFIA

- AGUILÓ-PÉREZ, E. R., HAINS, R. C. (2025). *Barbie in the Media: The Transmedia Presence of Mattel's Celebrity Doll Hardcover*. Palgrave Macmillan Cham.
- AKRICH, M. (1992). The de-scription of technical objects. *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*, 205-224.
- ALI, L., JONES, S. E. (2025). "It represents her in play": parental and child views on toys that represent disability. *Equity in Education & Society*, 4(3), 371-382. <https://doi.org/10.1177/27526461241235942>
- BOBARU, N. (2024). Reimagining Barbie. A Feminist Analysis of Iconography and Consumerism in the Age of Gender Reevaluation. *Gender Studies*, 23(1), 59-80. <https://doi.org/10.2478/genst-2024-0005>
- BODENHEIMER, T., LORIG, K., HOLMAN, H., GRUMBACH, K. (2002). Patient Self-Management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*, 288(19), 2469–2475. <https://doi:10.1001/jama.288.19.2469>
- BRUNI, A., RIZZI, C. (2013). Looking for Data in Diabetes Healthcare: Patient 2.0 and the Re-engineering of Clinical Encounters. *Science and Technology Studies*, 26(1), 29-43. <https://doi.org/10.23987/sts.55297>
- CARDANO, M. (2022). *Metodi qualitativi*. Carocci editore.
- COGHLAN, J., HACKETT, L. J., NOLAN, H. (2024). Barbie: Imagining and Interrogating a Popular Culture Icon. *M/C Journal*, 27(3). <https://doi.org/10.5204/mcj.3072>
- DANHOLT, P., PIRAS, E., STORNI, C., ZANUTTO, A. (2013). The shaping of patient 2.0: Exploring agencies, technologies and discourses in new healthcare practices. *Science and Technology Studies*, 26, 3-13.

- DE CÁSSIA SPARAPANI, V., JACOB, E., DE MONTIGNY, F., PFEIFER, L. I., MOTA PACCIULIO, A., GARCIA DE LIMA, R. A., CASTANHEIRA NASCIMENTO, L. (2013). The use of puppets as a strategy for communicating with children with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2). <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p186>
- DE CÁSSIA SPARAPANI, V., VILELA BORGES, A. L., RIBEIRO DE OLIVEIRA DANTAS, I., PANIV, R., CASTANHEIRA NASCIMENTO, L. (2012). Children with Type 1 Diabetes Mellitus and their friends: the influence of this interaction in the management of the disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 20(1), 117–125. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000100016>.
- GARICÍA-ESTÉVEZ, N. (2024). Toys with a purpose: values of inclusion and diversity in brands targeting children. Analysis of the impact and social projection. *Cuadernos.info*, (60). 257-279. <https://dx.doi.org/10.7764/cdi.60.80134>
- GARRIDO BUENO, M., NÚÑEZ SÁNCHEZ, M., GARCÍA LOZANO, M. S., FAGUNDO RIVERA, J., ROMERO ALVERO, A., FERNÁNDEZ LEÓN, P. (2025). Effects of Body Image and Self-Concept on the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Healthcare*, 13(12), 1425. <https://doi.org/10.3390/healthcare13121425>
- GERBER, R. (2009). *Barbie and Ruth: The Story of the World's Most Famous Doll and the Woman Who Created Her*. HarperCollins.
- HAINS, R. C., AGUILÓ-PÉREZ, E. R. (2025). *#Barbie and Social Media: Digital Discourses and Mattel's Celebrity Doll*. Palgrave Macmillan Cham.
- HARAWAY, D. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. Routledge.
- HERSINTA, KURNIANA, I., ELLIS, K. (2023). Playing with Barbie: Teaching Inclusivity and Diversity through Play in Indonesia. *M/C Journal*, 26(2). <https://doi.org/10.5204/mcj.2959>
- KAMRAN, H., PARKER, O. (2025). Advancing Health Literacy through Technology: Enhancing Patient-Doctor Communication for Improved Health Outcomes. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13415.36003>

- KATSAROU, A., GUDBJÖRNSDOTTIR, S., RAWSHANI, A., DABELEA, D., BONIFACIO, E., ANDERSON, B. J., JACOBSEN, L. M., SCHATZ, D. A., LERNMARK, A. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature reviews. Disease primers*, 3, 17016.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.16>
- KUMAR, R., SAHA, P., KUMAR, Y., SAHANA, S., DUBEY, A., PRAKASH, O. (2020). A review on diabetes mellitus: type 1 and type 2. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 9(10), 838-850. <https://doi.org/10.20959/wjpps202010-17336>
- LUPTON, D. (2017). *Digital Health: Critical and Cross-Disciplinary Perspectives*. Routledge.
- MATURO, A. (2007). *Sociologia della malattia. Un'introduzione*. FrancoAngeli
- MATURO, A., MORI, L., MORETTI, V. (2016). An Ambiguous Health Education: The Quantified Self and the Medicalization of the Sphere. *Italian Journal of Sociology of Education*, 8(3), 248-268. <https://doi.org/10.14658/pupj-ijse-2016-3-12>
- MINISTERO DELLA SALUTE (2024). Stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni in tema di diabete mellito? Inserire link
- MORETTI, V., MORSELLO, B. (2017). Self Management and Type 1 Diabetes: How Technology Redefines Illness. *Italian Journal of Science & Technology Studies*, 8(1), 51–71.
<https://doi.org/10.6092/issn.2038-3460/17345>
- NICHOLSON, S. (2012). A User-Centered Theoretical Framework for Meaningful Gamification. *AI Games+ Learning+ Society*, 8(1), 223–230.
- OUDSHOORN, N., ROMMES, E., STIENSTRA, M. (2004). Configuring the User as Everybody: Gender and Design Cultures in Information and Communication Technologies. *Science, Technology, & Human Values*, 29(1), 30-63.
<https://doi.org/10.1177/016224390325919>
- PALACIO MARCO, M., COUTO ROSENDE, Y., PÉREZ SÁNCHEZ, J., COSTA VENTURA, H., GARCÍA MARTÍNEZ, J., CORRIPIO, R. (2024). Impact of a therapeutic educational intervention using a gamification method. *The Journal of Clinical Medicine*.
<https://doi.org/10.52338/Tjocm>

- PEARSON, M., MULLINS, M. (1999). An Archaeology of Barbie: Material Culture and Domestic Symbolism. *International Journal of Historical Archaeology*, 3, 225–259.
<https://doi.org/10.1023/A:1022846525113>
- PEDRINHO, L. R., HIGARASHI, I. H. (2020). Brinquedo terapêutico para crianças com Diabetes Mellitus tipo I: intervenções no domicílio. *Escola Anna Nery*, 25(3).
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0278>.
- PÉLICAND, J., GAGNAYRE, R., SANDRIN-BERTHON, B., AUJOLAT, I., 2006. A therapeutic education programme for diabetic children: recreational, creative methods, and use of puppets. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 152-163.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.12.007>
- QUAGLIA, V. (2023). *Wounded Masculinities: Men, Health, and Chronic Illness*. Palgrave Macmillan
- ROBERTSON, C., LIN, A., DE BOCK, M. (2019). The Impact of Externally Worn Diabetes Technology on Sexual Behavior and Activity, Body Image, and Anxiety in Type 1 Diabetes. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 14(2), 303-308.
<https://doi.org/10.1177/1932296819870541>
- SAURBREY PALS, R. A., HVIID, P., CLEAL, B., GRABOWSKI, D. (2021). Living with diabetes devices as a pre-teen. *Social Science & Medicine*, 286.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114279>.
- SOARES DA SILVA, J. R., LEITE PIZZOLI, L. M., DO PRADO AMORIM, A. R., PINHEIROS, F. T., ROMANINI CHIPPARI, G., DA SILVA GOMES, M., DA SILVA GOMES, J. P., SHIRLEY J. ALVES, S. (2016). Using Therapeutic Toys to Facilitate Venipuncture Procedure in Preschool Children. *Pediatric nursing*, 42(2), 61-8.
- SPENCER, J., COOPER, H., MILTON, B. (2014). Type 1 Diabetes in Young People: The Impact of Social Environments on Self-Management Issues From Young People's and Parents' Perspectives. *Diabetes Care for Children & Young People*, 2, 48–57
- TALLEY, M. H., OGLE, N., WINGO, N., ROCH, C., WILLIG, J. (2019). Kaizen: Interactive Gaming for Diabetes Patient Education. *Games for Health Journal*, 8(6), 423–431.
<https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0107>

- TIMMERMANS, S., BERG, M. (2003), The practice of medical technology. *Sociology of Health & Illness*, 25, 97-114. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00342>
- TRONCONE, A., CASCELLA, C., CHIANESE, A., ZANFARDINO, A., BORRIELLO, A., IAFUSCO, D. (2022). Body Image Problems in Individuals with Type 1 Diabetes: A Review of the Literature. *Adolescent Res Rev* 7, 459–498. <https://doi.org/10.1007/s40894-021-00169-y>
- VERBIST, I. L., CONDON, L. (2019). Disordered eating behaviours, body image and social networking in a type 1 diabetes population. *Journal of Health Psychology*, 26(11), 1791-1802. <https://doi.org/10.1177/1359105319888262>
- WIEDICKE, A., REIFEGERSTE, D., TEMMANN, L. J., & SCHERR, S. (2022). Verbal and Visual Framing of Responsibility for Type 1 Diabetes by Patient Influencers on Instagram. *Social Media + Society*, 8(4). <https://doi.org/10.1177/20563051221136114>
- WISTING, L., BANG, L., NATVIG, H., SKRIVARHAUG, T., DAHL JØRGENSEN, K., LASK, B., RØ, Ø. (2015). Metabolic Control and Illness Perceptions in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Diabetes Research*, 2016(1), 2314-6745. <https://doi.org/10.1155/2016/3486094>
- XITING, H., XINYUE, X., YANG, L., WANG, Z., JIANG, Z., HUANG, L. (2023). The Use of Gamification in the Self-Management of Patients With Chronic Diseases: Scoping Review. *JMIR Serious Games*, 11. <https://doi.org/10.2196/39019>
- ZHANG, D., WANG, S., XU, N., WANG, D. (2023). How Does Barbie Influence the Aesthetic Standards of Growing Children? *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*, 4(1), 585-590. <https://doi.org/10.54254/2753-7048/4/2022224>

SITOGRAFIA

ASSOCIAZIONE BREAKTHROUGH T1D. <https://www.breakthrough1d.org/about/>

BARBERA, D. (2025, 09 luglio). *La prima Barbie con diabete di tipo 1*. Wired.

<https://www.wired.it/article/barbie-diabete-versione-speciale/>

BAWDEN, A. (2025, 8 luglio). *'Representation matters': Barbie launches first doll with type 1 diabetes*. The Guardian.

<https://www.theguardian.com/film/2025/jul/08/barbie-launches-first-doll-with-type-1-diabetes>

BRANZINI, F. (2025, 15 maggio). *Diabete e Depressione: Un Legame Complesso e Bidirezionale*.

NeuroNews24. <https://www.neuronews24.it/2025/05/15/diabete-e-depressione-un-legame-complesso-e-bidirezionale/>

CIPOLLI, M. AGD Italia. <https://www.linocildiabete.it/il-progetto/>

DUFF, D., LLOYD, A. (2025, 8 luglio). *Barbie® Introduces First-Ever Barbie Doll with Type 1 Diabetes to Expand Representation and Inspire More Children*. Corporate Mattel.

<https://corporate.mattel.com/news/barbie-introduces-first-ever-barbie-doll-with-type-1-diabetes-to-expand-representation-and-inspire-more-children>

BONORA, E. (2018, 29 ottobre). *I principali tipi di diabete*. Diabete.com.

<https://www.diabete.com/i-principali-tipi-di-diabete/>

FACCI, F. (2025, 11 luglio). *La triste tentazione di una Barbie realistica*. Il Giornale.

<https://www.ilgiornale.it/news/cultura-e-societ/triste-tentazione-barbie-realistica-2508445.html>

GIACOMOZZI, C., MASOCCO, M., ONDER, G., PRICCI, F. (2022, 9 giugno).

Diabete: aspetti epidemiologici. Istituto Superiore di Sanità.

<https://www.epicentro.iss.it/diabete/epidemiologia-mondo>

GRASSIA, L. (2025, 09 luglio). *Arriva la nuova Barbie col diabete*. La Stampa.

https://www.lastampa.it/esteri/2025/07/09/news/bambola_barbie_mattel_diabete-15224370/

- IL MESSAGGERO. (2025, 9 luglio). *Barbie con il diabete di tipo 1, Mattel lancia la nuova bambola: «Ha l'app per il glucosio e una pompa per l'insulina»*.
https://www.ilmessaggero.it/salute/focus/barbie_diabete_tipo_1_mattel_nuova_bambola_monitora_glucosio_insulina-8946334.html
- INDELICATO L. (2024). <https://www.siditalia.it/pdf/veneto-trentino/12-2024/Indelicato.pdf>
- MINISTERO DELLA SALUTE. (2026, 24 aprile). *Diabete mellito tipo 1*.
<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/diabete/diabete-mellito-tipo-1/>
- MOSES, C. (2025, 9 luglio). *A New Barbie Wears Blue Polka-Dots, and a Glucose Monitor*. The New York Times.
<https://www.nytimes.com/2025/07/09/business/barbie-diabetes-doll-type-1.html>
- NICOLINI, M. (2025, 9 luglio). *Arriva la prima Barbie con diabete di tipo 1*. VanityFair.
<https://www.vanityfair.it/article/arriva-la-prima-barbie-con-diabete-di-tipo-1>
- PERRONE, F. (2015). *Dispositivi Per L'assistenza "Home Care" Dei Pazienti Diabetici*. Università di Bologna. https://amslaurea.unibo.it/id/eprint/9537/1/Tesi_Francesca_Perrone.pdf
- REDAZIONE DIABETE.COM. (2020, 3 Dicembre). *Il diabete: che cos'è?* Diabete.com.
<https://www.diabete.com/che-cosa-e-il-diabete/>
- REDAZIONE DIABETE.COM. (2019, 6 Agosto). *Chetoacidosi diabetica: che cos'è e perché si manifesta*. Diabete.com. <https://www.diabete.com/chetoacidosi-diabetica-che-cosa-e-perche-si-manifesta/>
- SALOMÉ, C. (2025, 18 febbraio). *Il ruolo delle emozioni nella gestione della glicemia: mito o realtà?* Carenity. <https://www.carenity.it/info-malattia/rivista/consigli/il-ruolo-delle-emozioni-nella-gestione-della-glicemia-mito-o-realta-1496>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2024, 14 novembre). *Diabetes*. WHO.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

30SCIENCE PER IL FATTO. (2025, 10 luglio). *Arriva la Barbie con il diabete di tipo*

1. Tra gli accessori il sensore per il monitoraggio della glicemia e la pompa per insulina. Il

Fatto Quotidiano. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2025/07/10/arriva-la-barbie-con-il-diabete-di-tipo-1-tra-gli-accessori-il-sensore-per-il-monitoraggio-della-glicemia-e-la-pompa-per-insulina/8057425/>

APPENDICE: domande interviste

INTERVISTA ESPERTI

Background, introduzione all'argomento

1. Inizialmente le chiederei di presentarsi brevemente.
2. Da quanti hanno svolto la mansione di ...?
3. Può descrivere brevemente su cosa si basa il suo ruolo con i pazienti pediatrici con diabete, di cosa si occupa nella pratica?
4. Ha esperienza diretta con l'educazione relativa alla terapia dei bambini o dei genitori? In che contesti?

Educazione e accettazione

5. Da che età più o meno si può cominciare a spiegare la patologia al bambino affetto da diabete, al posto che al genitore o responsabile del minore (vista la complessità della terapia)?
6. Attualmente utilizza strumenti per facilitare la comprensione e l'aderenza alla terapia soprattutto in questi soggetti più piccoli? Se sì, quali?
7. Durante il suo percorso lavorativo, ha mai percepito delle difficoltà che i bambini incontrano nell'accettazione del diabete al momento dell'esordio o dopo qualche anno? Se sì, quali?

La Barbie diabetica

8. Mattel a luglio 2025 ha lanciato la sua prima Barbie diabetica in collaborazione con l'associazione Breakthrough TD1. Quando ha scoperto dell'uscita della Barbie, qual è la sua prima impressione rispetto a questa bambola?
9. Ritiene che la rappresentazione del dispositivo (sensore, microinfusore, ecc.) sia realistica e appropriata?
10. Quali messaggi, secondo lei, trasmette ai bambini diabetici e non?
11. In che modo potrebbe essere utilizzata in un contesto educativo o clinico? Secondo la sua esperienza e il suo punto di vista, potrebbe facilitare l'accettazione della malattia? La normalizzazione della terapia? Il dialogo tra bambino e caregiver?
12. In quali situazioni la vedrebbe più utile (diagnosi recente, follow-up, contesto scolastico...)?

13. Vede dei rischi o limiti nell'uso di questo tipo di strumento? Ad esempio, pensa che possa banalizzare la malattia o creare aspettative non realistiche?

Valutazione complessiva

14. Ritiene che strumenti simili possano avere un ruolo futuro nell'educazione terapeutica?
15. Prenderebbe in considerazione l'opzione di inserire la Barbie o altre tipologie di bambole inclusive negli spazi comuni o nel reparto pediatrico dell'ospedale per esempio?

INTERVISTA SOGGETTI DIABETICI

Esperienza personale

1. Ti chiedo di presentarti brevemente. Come ti chiami? Quanti anni hai? Dove vivi? Cosa fai nella vita?
2. Ti ho contattato/a perchè so che sei parte della comunità diabetica. Volevo dunque chiederti, più o meno da quanto tempo convivi con il diabete? Ti va di raccontarmi come lo hai scoperto e come è andato l'esordio?

Relazione con il corpo e la terapia

3. Utilizzi dispositivi medici per gestire la patologia? Se sì, quali?
4. Che rapporto hai con questi dispositivi? Ti senti a tuo agio a mostrarli o tendi a nasconderli quando ti trovi in contesti affollati?
5. Molte persone diabetiche si sentono a disagio a dover seguire la terapia in pubblico, soprattutto per quanto riguarda le iniezioni. Ti è mai successo?
6. Una patologia può spesso portare il paziente a sentire un sentimento di diversità rispetto al resto del proprio gruppo sociale. Ti è mai capitato di vivere queste sensazioni?

Reazione alla bambola

(Mostrare foto della Barbie)

7. La Mattel a luglio 2025 ha lanciato la prima Barbie diabetica. Lo sapevi? Se sì, come ti è arrivata la notizia?
8. Che cosa hai pensato quando hai visto per la prima volta questa bambola? Ti è piaciuta oppure hai trovato qualche aspetto che non ti convince?

9. Pensi che una bambola così possa aiutare i bambini più piccoli che devono affrontare il diabete a sentirsi più inclusi nella società? Accettare la malattia? Capire meglio la terapia?
10. Che messaggio pensi trasmetta? Non solo alla comunità diabetica, ma anche al resto della popolazione.
11. C'è qualcosa che non ti convince? Ad esempio, ti sembra realistica o un po' "costruita"?

Riflessione finale

12. Secondo te anche per la tua esperienza diretta, l'uso della bambola durante il periodo di esordio della malattia, potrebbe essere utile ai bambini e alle bambine che entrano per la prima volta a contatto con la patologia? O anche per le ragazze che ci convivono da un po', per sentirsi viste e incluse?
13. A chi potrebbe essere più utile secondo te?
14. Vuoi aggiungere qualcosa che non ti ho chiesto?