

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale

Corso di laurea in Ergoterapia

Come interviene l'ergoterapista in Ticino con bambini dai 6 ai 12 anni con obesità per favorire lo sviluppo fisico, emotivo e sociale nelle attività di vita quotidiana?

Figura 1: obesità infantile. (2019).



Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

Autrici: Veronica De Togni, Miriam Kobkyn
Direttrice di tesi: Daniela Luisi

Anno accademico: 2021/2022
Manno, 31 luglio 2022

Ringraziamenti

Ringraziamo la nostra famiglia che ci ha sostenuto nel nostro percorso ed hanno creduto in noi in ogni istante. Gli amici e i compagni che ci hanno ascoltato e incoraggiato. Marley, per le ore passate accanto a noi ad osservarci scrivere. Da ultimo un grazie a Daniela Luisi per averci accompagnate in questo percorso con precisione e professionalità.

Abstract

Introduzione/Background

L'obesità infantile in Ticino sta diventando un problema serio che richiede degli interventi multidisciplinari, con il 25.1% dei bambini di quinta elementare con un BMI (*Body Mass Index*) sopra la media del normopeso. L'obesità infantile riduce significativamente la possibilità del bambino di partecipare alle attività di vita quotidiana, limitando i giochi motori, intaccano le attività del tempo libero e la partecipazione sociale con ripercussioni sulla sfera emotiva e sociale.

Metodologia

L'indagine è stata svolta tramite una ricerca qualitativa sul territorio attraverso delle interviste agli ergoterapisti che lavorano in pediatria e voleva riflettere sul trattamento che viene proposto nel caso in cui un bambino con obesità venga segnalato in ergoterapia. Per analizzare le interviste è stata effettuata un'analisi tematica, in cui sono emerse cinque categorie principali, basate sulle domande di ricerca iniziali.

Risultati

I dati delle interviste evidenziano che i bambini non vengono segnalati in ergoterapia esclusivamente per quanto concerne la loro massa ponderale, ma sempre per altre fragilità. Però, gli ergoterapisti intervistati si sono trovati spesso confrontati con questa problematica e hanno dovuto trattarla in quanto anch'essa era causa delle difficoltà di vita quotidiana del bambino. Essi hanno attuato dei trattamenti volti a favorire uno stile di vita più sano del bambino e della famiglia, aiutandolo a scoprire nuovi sapori tramite il gioco, promuovendo nuovi schemi di performance e la conoscenza del proprio corpo tramite il movimento e dando al bambino delle strategie per controllare l'impulsività e aumentare la sicurezza in sé stesso.

Discussione/Conclusione

I risultati, in linea con la letteratura, dimostrano come l'ergoterapista può essere un valido sostegno all'interno di un team multidisciplinare e pluridisciplinare per aiutare la famiglia nell'affrontare un percorso di cambiamento per quanto concerne un'alimentazione più sana e attività di tempo libero meno sedentarie. Gli ergoterapisti, con obiettivi specifici e con un'attenta analisi delle risorse del bambino e del suo ambiente, possono riuscire a motivarlo nell'affrontare nuove sfide che gli consentiranno di apprendere nuovi schemi di performance utili in ogni ambito di vita quotidiana.

Keywords

Occupational Therapy, Children, Obesity, Intervention, Prevention, Food, Daily Life, Environment.

Sommario

1. Introduzione	1
1.1. Motivazione del tema scelto	1
2. Domanda di ricerca e domanda PIV-OT	2
3. Background.....	3
3.1. Differenza tra obesità e sovrappeso nel bambino	3
3.2. Parametri per misurare l'indice di massa corporea nel bambino	4
3.3. Lo sviluppo dell'alimentazione.....	7
3.3.1. Allattamento.....	7
3.3.2. Svezamento	8
3.4. Prima infanzia	8
3.5. Le cause dell'aumento dell'obesità infantile	9
3.5.1. Attività fisica e alimentazione.....	9
3.5.2. Problematiche sociali, culturali ed economiche	10
3.6. Obesità e salute	10
3.6.1. Obesità e salute mentale	10
3.6.2. Incidenza con altre patologie	11
3.6.3. Conseguenze fisiche e motorie dell'obesità infantile	11
3.6.4. Difficoltà comportamentali	12
3.6.5. Difficoltà psicologiche	12
3.7. L'importanza della famiglia e di un intervento incentrato su di essa.....	13
4. Difficoltà nelle aree occupazionali.....	14
4.1. Il gioco.....	14
4.2. La partecipazione sociale.....	15
4.3. Le attività di tempo libero	15
4.4. Sonno e riposo	15
4.5. Istruzione.....	16
4.6. B-ADL e I-ADL	16
5. Intervento ergoterapico	17
5.1. Progetti esistenti in Ticino	17
5.2. Modello ergoterapico di riferimento	19
5.3. Valutazione	21
5.4. Obiettivi nazionali per la prevenzione e il trattamento dell'obesità	22
5.5. Prevenzione	22
5.6. Trattamento ergoterapico	25
5.7. Il cambio di routine e di abitudini	26
5.8. Esempi di programmi di intervento con ergoterapisti	28

6.	Metodologia	30
6.1.	Design di ricerca: la ricerca qualitativa	30
6.2.	Strumento di raccolta dati: l'intervista	32
6.3.	Preparazione griglia di domande	33
6.4.	Partecipanti	33
6.5.	Contesto raccolta dati	34
6.6.	Svolgimento interviste e setting	34
6.7.	Etica e privacy	35
6.8.	Metodologia di analisi dell'intervista: l'analisi tematica	35
6.9.	Bias	36
7.	Risultati	36
7.1.	Elementi emersi dalle interviste	37
8.	Discussione	48
8.1.	Contenuto dei dati	48
8.2.	Limiti e punti forti della metodologia	56
9.	Conclusioni	56
9.1.	Prospettive future	57
9.2.	Autoriflessione	57
10.	Bibliografia	60
11.	Allegati	67
11.1.	Allegato 1: consenso informato	67
11.2.	Allegato 2: griglia di domande	68
11.3.	Allegato 3: e-mail invito partecipazione	71

Indice delle tabelle

Tabella 1: Domanda PIV-OT	2
Tabella 2: Baseline clinical and anthropometric characteristics of the study cohort	6
Tabella 3: Criteri di inclusione ed esclusione degli intervistati	34
Tabella 4: Dati sugli intervistati	37

Indice delle figure

Figura 1: obesità infantile	0
Figura 2: BMI per età femmine tra 5 e 19 anni (z-scores)	4
Figura 3: BMI età maschi tra 5 e 19 anni (z-scores)	5
Figura 4: Psychological Complications of Pediatric Obesity	11
Figura 5: Il modello PEO	19
Figura 6: The Person-Environment-Occupation-Performance model (PEOP).....	21

1. Introduzione

Nel nostro paese la tematica dell'obesità infantile è sempre più attuale e sta diventando un problema serio che richiede degli interventi multidisciplinari (Ufficio del Medico Cantonale, 2017). In Ticino, il 25.1% dei bambini di quinta elementare ha un BMI (*Body Mass Index*) sopra la media del normopeso, con il 6.70 % di questi bambini che raggiungono l'obesità (Ufficio del Medico Cantonale, 2017). Questo significa che 1 bambino su 4 ha un peso eccessivo per la sua età (Ufficio del Medico Cantonale, 2017). I disturbi della condotta alimentare (DCA), nei quali figura anche l'obesità, derivano da un'alterazione del comportamento alimentare. I soggetti colpiti hanno uno squilibrio nell'alimentarsi in maniera regolare ed equilibrata e le sensazioni di fame e sazietà sono alterate. (Associazione Italiana Dei Terapisti Occupazionali [A.I.T.O.], s.d.). Questo porta ad avere un pensiero persistente verso il cibo che è predominante nell'arco della giornata e ad un comportamento anomalo legato ad esso, sia durante i pasti che al di fuori (A.I.T.O., s.d.).

L'obesità infantile riduce significativamente la possibilità del bambino di partecipare alle attività di vita quotidiana, limitando i giochi motori, intaccando le attività del tempo libero e la partecipazione sociale con ripercussioni sulla sfera emotiva e su tutte le aree occupazionali del bambino (Cantal, 2019). I bambini affetti da questa patologia incorrono in problematiche motorie (D'Hondt et al., 2008), in difficoltà di regolazione emotiva (Puder & Munsch, 2010) e potrebbero riscontrare gravi difficoltà psicologiche (Vander Wal & Mitchell, 2011).

Ci concentreremo sui bambini della fascia di età dai sei ai dodici anni e su come l'ergoterapista può migliorare la loro qualità di vita riuscendo a farli partecipare alle attività di vita quotidiana e accompagnando la famiglia verso uno stile di vita più equilibrato. Secondo la "Framework della terapia occupazionale", *"tutte le persone hanno bisogno di essere in grado o essere rese in grado di impegnarsi nelle occupazioni che devono fare o scelgono di fare, per crescere attraverso ciò che fanno e raggiungere l'indipendenza o l'interdipendenza, la partecipazione, la sicurezza, la salute e il benessere"* (Willcock & Townsend, 2008, p.198). Se pensiamo quindi alle limitazioni che l'obesità infantile può portare nella vita del bambino a livello di tutte le aree occupazionali (Cantal, 2019) maggiormente esposte nelle prossime pagine, ci rendiamo conto di quanto sia importante un intervento riguardo questa problematica, sia quando questa è già esistente ma anche di prevenzione (Pizzi, 2016).

1.1. Motivazione del tema scelto

Alla base del nostro lavoro di Bachelor c'è l'interesse condiviso legato a questa tematica che ha toccato entrambe da vicino quando eravamo bambine. Sebbene con storie diverse e vissuti diversi, abbiamo condiviso un'infanzia caratterizzata da problemi di peso e con svariate conseguenze sul piano sociale, emotivo e fisico. Ci siamo più volte interrogate chiedendoci se, quando eravamo noi alle scuole elementari, avessimo avuto il sostegno di una figura competente che ci avesse aiutato ad instaurare abitudini più sane e avesse contribuito ad aiutarci ad implementare la nostra vita sociale e le nostre attività sportive avremmo avuto meno problemi con il nostro corpo e con il senso di auto competenza in età adolescenziale e nella prima adultità.

Pertanto, è una tematica che ci sta molto a cuore e che abbiamo potuto approfondire tramite gli stage praticati in centri pediatrici ergoterapici e la lezione della dottoressa Cristina Massai che ci ha permesso di vedere come il ruolo dell'ergoterapista possa essere fondamentale nella presa a carico del bambino con obesità.

Gli obiettivi personali che ci siamo posti per questo lavoro di tesi sono i seguenti:

- Aumentare le conoscenze sulla problematica dell'obesità infantile
- Aumentare le conoscenze sul ruolo dell'ergoterapia nel trattamento dell'obesità infantile
- Informarci su quali progetti ergoterapici esistono nel mondo per prevenire l'obesità infantile
- Riuscire a collaborare in maniera serena con la compagna di tesi per svolgere un lavoro puntuale
- Suddividere in maniera equa il lavoro con la compagna di tesi

2. Domanda di ricerca e domanda PIV-OT

Per la scelta della domanda di ricerca sono stati prima cercati i dati riguardanti l'obesità infantile in Ticino per capire se il nostro lavoro fosse importante sul territorio. Dopo un'approfondita ricerca abbiamo creato la domanda di ricerca tramite il modello PIV-OT in quanto abbiamo scelto di fare un'indagine qualitativa. Con la domanda PIVOT abbiamo potuto individuare la popolazione da intervistare, la tematica dell'intervista, la variabile in gioco e il luogo che nel nostro caso è il cantone Ticino.

Gli obiettivi di lavoro che ci siamo posti sono i seguenti:

- Riflettere su quali attività della vita quotidiana sono compromesse dall'obesità infantile
- Riflettere su quali difficoltà motorie ed emotive incontra il bambino obeso
- Riflettere su come l'intervento dell'ergoterapista possa migliorare la partecipazione nelle attività di vita quotidiana nel bambino obeso
- Riflettere su come l'ergoterapista potrebbe prevenire l'insorgenza di obesità infantile
- Riflettere su quali sono le conoscenze degli ergoterapisti in Ticino riguardo questa tematica emergente
- Promuovere la nostra tematica a livello ticinese

Vogliamo riflettere su queste domande aiutandoci attraverso la letteratura, che spiega cosa viene attuato all'estero e analizzando le interviste qualitative che ci aiuteranno a capire come intervengono gli ergoterapisti in Ticino.

La domanda PIV-O è stata così composta: Come interviene l'ergoterapista (P) in Ticino (O) con bambini dai 6 ai 12 anni con obesità (I) per favorire lo sviluppo fisico, emotivo e sociale (V) nelle attività di vita quotidiana?

Tabella 1: Domanda PIV-OT (DeTogni & Kobkyn, 2021).

Persona o popolazione	Ergoterapisti che lavorano sul territorio ticinese
Interrogazione	Bambini dai 6 ai 12 anni con obesità
Variabile	Sviluppo fisico, emotivo e sociale
Luogo	In Ticino

3. Background

Globesity è il termine coniato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per definire lo stato attuale del fenomeno dell'obesità che è attualmente la quinta causa di mortalità globale con 2,8 milioni di adulti che ogni anno muoiono a causa delle conseguenze che porta il sovrappeso (Taylor, 2018). Un terzo della popolazione mondiale è ritenuto obeso e negli ultimi decenni, questa epidemia ha colpito anche i bambini. Ad oggi, l'obesità è ritenuta uno dei problemi più seri per la salute pubblica (Herter-Aeberli et al., 2019). Negli ultimi decenni, alcuni paesi tra cui la Svizzera, hanno segnalato tendenze di stabilizzazione riguardo la crescita dell'obesità infantile ma, ciò nonostante, rimane un'importante preoccupazione per la salute pubblica, poiché causando un'elevata mortalità e morbilità e genera costi socioeconomici importanti da affrontare per ogni stato (Herter-Aeberli et al., 2019). Basti pensare che i costi causati dalle malattie legate a sovrappeso ed obesità, solo in Svizzera nel periodo tra il 2002 e il 2012 sono triplicati, passando da 2648 milioni di franchi annui a 7990 milioni di franchi (Ufficio del medico cantonale, 2017).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'obesità è definita come *“una malattia cronica, complessa, evolutiva e recidivante, in espansione, che si caratterizza per un'accumulazione anormale o eccessiva di grasso corporeo che nuoce alla salute”* (OMS, 2021). Questo grasso corporeo porta allo sviluppo di altre comorbidità. Le persone con obesità hanno un rendimento scolastico inferiore rispetto alle persone con normopeso, un potenziale di guadagno ridotto e costi sanitari più elevati che possono comportare un onere economico per la società (Apovian, 2016).

La percentuale di bambini e adolescenti con diagnosi di obesità (età compresa tra 2 e 18 anni) è aumentata drasticamente in un larghissimo raggio di paesi, prevalentemente negli assetti urbani con oltre 100 milioni di bambini nel 2015. Si parla di epidemia dell'obesità e nei paesi sviluppati è diventata un vero problema di salute pubblica (Lee & Yoon, 2018). Per la giornata mondiale dell'obesità, il giornale *“The Lancet”* ha pubblicato uno studio svolto su 128,9 milioni di partecipanti dai cinque ai diciannove anni svolto in 200 paesi diversi, analizzandone peso e altezza. Il risultato ha riportato che dal 1975 al 2016, il numero globale di obesi in questa fascia di età è aumentato passando dall'1% nel 1975 al 6% nelle ragazze e dall'1% all'8% per i ragazzi (Abarca-Gómez et al., 2017). Se parliamo di adulti, al mondo sono più di 1,9 miliardi le persone in sovrappeso e si stima che 2,8 milioni di persone all'anno muoiano a causa di questa patologia, facendola diventare un'emergenza sanitaria (Beretta & Galfetti, 2019).

3.1. Differenza tra obesità e sovrappeso nel bambino

In entrambi i casi, vi è un accumulo eccessivo di tessuto adiposo nel corpo del bambino (Parrino, 2019). Basandoci sugli indici dell'OMS, i valori di *cut-off*, ovvero i valori soglia sopra ai quali si può definire che vi è una problematica, nei bambini dai 2 anni ai 18 anni, sono sopra l'85esimo percentile per il sovrappeso, sopra il 95esimo percentile per l'obesità (OMS, 2021). Esse corrispondono al BMI 25esimo e 30esimo percentile, laddove sopra il 25esimo percentile ci si interfaccia con il sovrappeso e sopra il 30esimo percentile con l'obesità. Nei bambini e negli adolescenti, dei valori BMI che potrebbero apparentemente sembrare normali o lievemente superiori al *cut-off*, possono invece nascondere quadri di sovrappeso o obesità (OMS, 2021). È prioritario riuscire ad interpretare correttamente i dati, riconoscere la sintomatologia iniziale ed indirizzare i genitori a degli specialisti per trattare tempestivamente la problematica (Parrino, 2019).

3.2. Parametri per misurare l'indice di massa corporea nel bambino

Per stimare il *Body Mass Index*, noto anche come indice di massa corporea, viene fatto un rapporto tra il peso di una persona espresso in kg e il quadrato della sua altezza espresso in metri: $BMI = \text{KG}/\text{M}^2$ (Beretta et al., 2019) e secondo l'OMS per gli adulti esistono quattro principali profili corporei definiti tramite il BMI (OMS, 2021).

Sottopeso	$BMI < 18.5$
Normopeso	$BMI 18.5 \leq BMI < 25$
Sovrappeso	$BMI 25 \leq BMI < 30$
Obesità	$BMI \geq 30$

Nell'adulto il BMI permette di sintetizzare le variazioni di peso rispetto alle sole variazioni di statura, mentre nei bambini il peso è influenzato molto anche dalle variabili di crescita rendendo il BMI meno stabile (Kêkê et al., 2015). Sono state quindi proposte delle curve che permettono di comparare le misure di BMI rilevate con quelle della popolazione di riferimento (Beretta et al., 2019). Di seguito un esempio di curve BMI nel modello OMS (De Onis et al., 2007).

Figura 2: BMI per età femminile tra 5 e 19 anni (z-scores) (WHO, 2019).

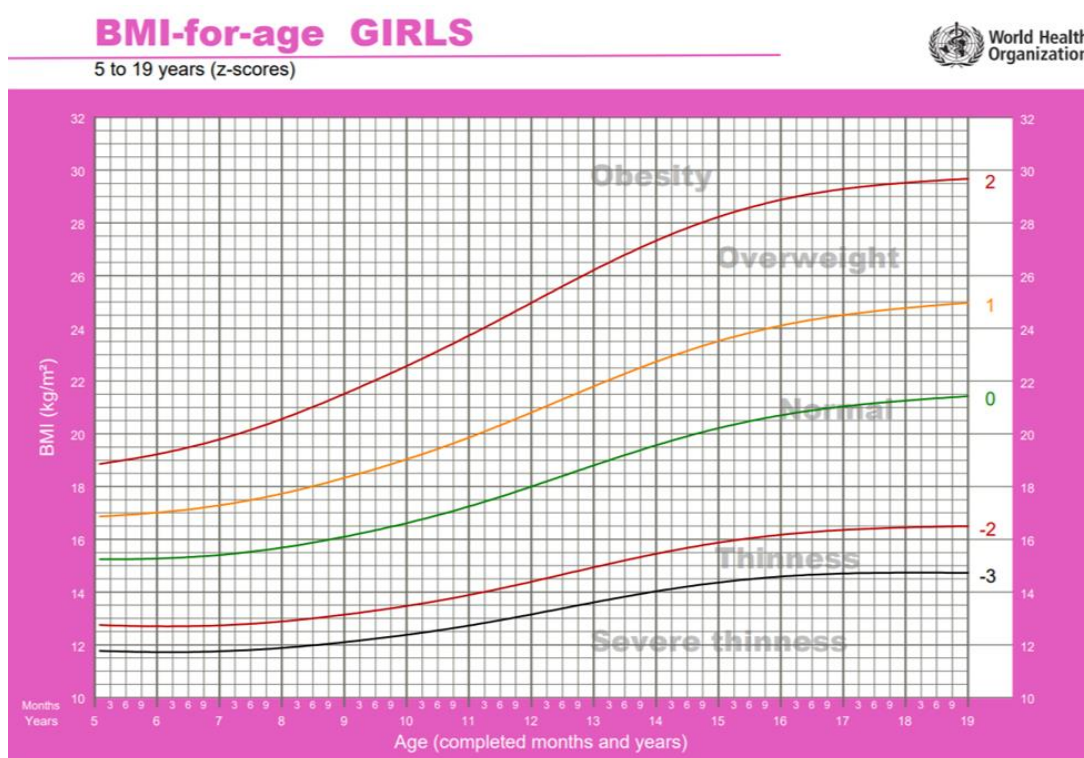
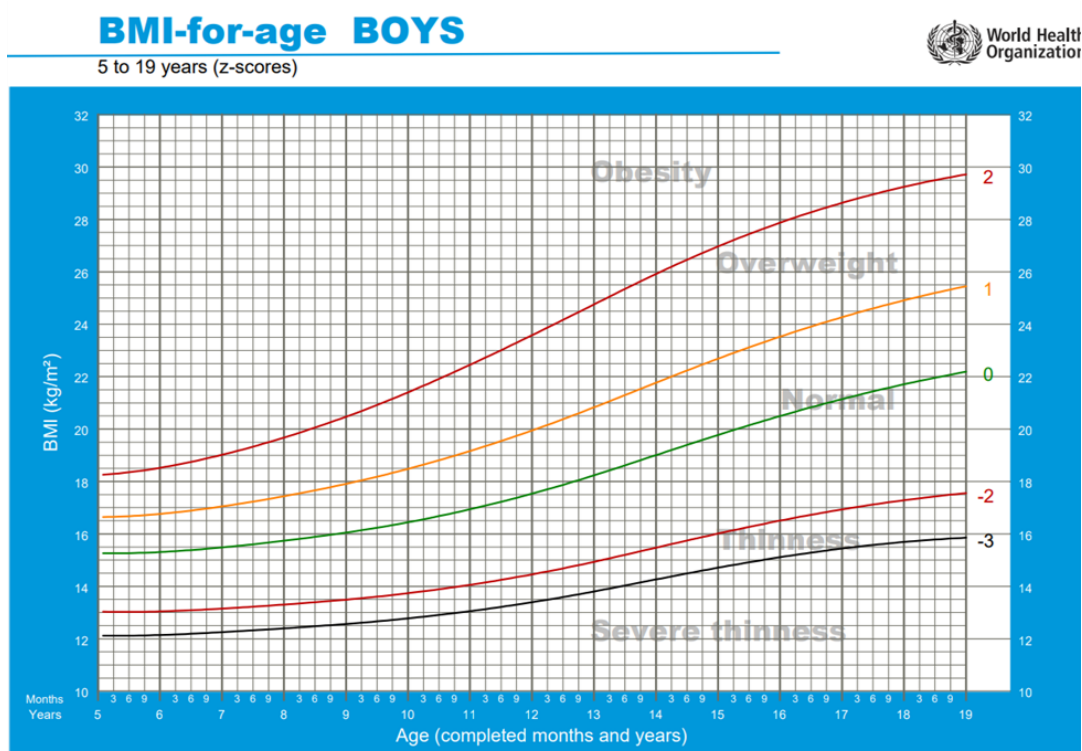


Figura 3: BMI età maschi tra 5 e 19 anni (z-scores) (WHO, 2019).



Si evince dal grafico come l'OMS valuti lo "scostamento" da una situazione ideale. Nel momento in cui il normopeso è la situazione ideale indicato con la posizione "0", il sovrappeso e obesità si discostano da tale media di 1 o 2 SD (Deviazione standard). Bisogna evidenziare che i riferimenti di crescita dell'OMS non sono in grado di determinare il sovrappeso prima dei nove anni sebbene vi siano dei riferimenti per la distribuzione corporea in base all'età nei bambini al di sotto dei cinque anni (Kêkê et al., 2015).

Un secondo metodo utilizzato per comparare il BMI dei bambini con i modelli di riferimento è quello della *International Obesity Task Force* (IOFT) che per costruire le curve non fanno riferimento alle deviazioni standard ma al percentile corrispondente alle soglie di sovrappeso e obesità già definite per gli adulti, ovvero si calcola il BMI (Beretta et al., 2019).

Entrambi i metodi sono internazionali e ampiamente utilizzati nel mondo come parametro per definire l'indice di massa corporea (Beretta et al., 2019).

In conclusione, con studi clinici ed epidemiologici si sta scoprendo che il BMI potrebbe non essere uno strumento accurato per i rischi associati all'obesità (Nafiu & Burke, 2013). Ciò è dovuto al fatto che il BMI non specifica la distribuzione del grasso ad altri indici di adiposità, non si collega bene con l'obesità viscerale (centrale), che in genere è più patogena vista l'importante correlazione con i rischi metabolici e cardiovascolari (Nafiu & Burke, 2013). Per valutare il rischio correlato all'adiposità viene usata la misurazione della circonferenza o *waist circumference* (WC) (Nafiu & Burke, 2013). Un punto debole di questo indice è il fatto che richiede molto tempo e potrebbe essere un problema sociale e culturale in quanto viene richiesto di rimuovere i vestiti (Nafiu & Burke, 2013). Inoltre, con persone molto obese risulta difficile ottenere misurazioni accurate (Nafiu & Burke, 2013). Perciò, alcuni ricercatori hanno consigliato di usare la taglia dell'abbigliamento o *clothing size* (CS) come indice dell'adiposità corporea e anche per la previsione di fattori di rischio (Nafiu & Burke, 2013). Negli adulti è stata studiata la correlazione tra CS e

obesità e si è evinto che infatti i due sono legati (Nafiu & Burke, 2013). Intanto nei bambini non ci sono studi che parlano della correlazione tra CS come indicatore di dimensione corporea o come perduttore di rischio di malattie (Nafiu & Burke, 2013). Perciò Nafiu e Burke (2013) hanno progettato uno studio per vedere se c'è questa associazione tra comorbidità e CS nei bambini tra 6 e 18 anni. È risultato che tutti gli indici di adiposità (BMI, WC e circonferenza del collo) erano significativamente più elevati nei bambini con una grande CS (vedi figura 1).

Tabella 2: Baseline clinical and anthropometric characteristics of the study cohort (Nafiu e Burke, 2013).

Variables	All (N = 725)	Normal CS (N = 475)	Large CS (N = 250)	P
Continuous, mean (SD)				
Age (years)	10.8 ± 3.7	11.04 ± 3.8	10.3 ± 4.7	0.02
Height (cm)	145.1 ± 21.5	144.1 ± 22.5	146.9 ± 19.1	0.09
Weight (kg)	44.6 ± 21.3	41.2 ± 19.4	50.9 ± 23.1	0.001
BMI (kg/m ²)	20.1 ± 5.8	18.7 ± 4.5	22.7 ± 7.0	0.001
WC (cm)	71.6 ± 15.8	67.8 ± 13.1	78.9 ± 17.7	0.001
NC (cm)	31.4 ± 4.7	30.8 ± 4.5	32.6 ± 4.8	0.001
SBP (mmHg)	111.7 ± 14.2	110.5 ± 13.9	113.9 ± 14.5	0.004
DBP (mmHg)	64.7 ± 9.4	64.4 ± 9.5	65.4 ± 9.1	0.192
Categorical (%)				
Overweight/obese	31.4	18.1	56.8	0.001
Abdominal obesity	23.7	16.2	38.0	0.001
Neck obesity	10.7	8.4	15.0	0.007
Prehypertension	29.7	26.7	35.2	0.018
Asthma history	20.3	17.7	25.2	0.017
Habitual snorer	31.0	27.8	37.2	0.009
OSA history	15.2	12.6	20.0	0.011

Nella grande categoria di CS, cioè nei bambini che indossavano vestiti di grandi dimensioni, c'erano più diagnosi associate all'obesità, come la sindrome delle apnee ostruttive del sonno, l'asma bronchiale e il russamento abituale (Tabella 1). L'associazione della prevalenza complessiva tra obesità e una o più condizioni era del 60,7 % (Nafiu & Burke, 2013). Nafiu & Burke (2013) affermano che i bambini che facevano parte del grande gruppo CS confronto a quelli del gruppo CS normale avevano più probabilità di avere una o più condizioni di salute associate all'obesità (35,6% contro 22,7%; P <0,001).

3.3. Lo sviluppo dell'alimentazione

Mangiare è una funzione essenziale per l'essere umano che nasce già attrezzato per una corretta ingestione di cibo. Le modalità di alimentazione evolvono rapidamente durante i primi mille giorni di vita, passando dall'alimentazione a tubo (tramite il cordone ombelicale) all'alimentazione orale (latte materno) a quella complementare fino a mangiare cibi famigliari entro il primo anno di vita (Nicklaus, 2017).

La salute del bambino, parte fin dal suo concepimento e dalla vita che la madre svolgerà mentre esso sarà nell'utero materno (Moreno Villares et al., 2019). La crescita e lo sviluppo del bambino avvengono fin dalle primissime fasi di vita, a livello embrionale e i rischi per la salute a lungo termine, come l'obesità o altre malattie non trasmissibili, potrebbero essere programmati fin da queste prime fasi di vita (Moreno Villares et al., 2019). Infatti, il sovrappeso durante l'età riproduttiva della donna/madre può aumentare la possibilità di soffrire di diabete gestazionale e può contribuire ad aumentare l'adiposità nel neonato, gettando le basi di quella che potrebbe essere una futura obesità infantile (Moreno Villares et al., 2019). Questo dato è stato studiato nelle donne che si sono sottoposte all'intervento di bypass gastrico (intervento per la riduzione di peso) dopo il concepimento del primo figlio e prima del concepimento del secondo. Si è potuto rilevare come statisticamente il secondo bambino, abbia meno possibilità di soffrire di obesità in adolescenza rispetto ai fratelli nati precedentemente all'intervento chirurgico (Moreno Villares et al., 2019). Si cerca sempre più di fare prevenzione riguardo questa tematica e di affiancare le donne in sovrappeso durante la gravidanza a figure professionali che le aiutino a mangiare in maniera sana e a fare la giusta attività fisica per scongiurare problemi verso sé stesse e verso il bambino. Purtroppo, si stima che la maggioranza delle donne non segua le raccomandazioni effettuate dai professionisti in tal senso (Moreno Villares et al., 2019).

In seguito alla nascita, i primi mille giorni dal concepimento del bambino sono fondamentali per la salute a lungo termine di quest'ultimo. Per i primi mille giorni si intende dal momento del concepimento al secondo compleanno di età che sono momenti molto delicati per la crescita e lo sviluppo del bambino (Martín-Torres et al., 2021). Pertanto, in questo momento l'intervento precoce può dare i suoi frutti e si possono instaurare fin da subito modelli alimentari sani. La prima infanzia è caratterizzata dalla grande plasticità neuronale dell'encefalo e pertanto, è una finestra di intervento importante per riuscire a intervenire e prevenire eventuali comportamenti scorretti che potrebbero essere in seguito automatizzati (Moreno Villares et al., 2019).

3.3.1. Allattamento

L'allattamento è il primo mezzo di alimentazione che il bambino scopre. Mediante esso, vi è una variata scoperta sensoriale, di gusti, consistenze e temperature diverse (Nicklaus, 2017).

Vi sono delle correlazioni tra allattamento al seno e prevenzione di molteplici malattie e benefici rivolti al neonato. Uno di questi benefici, è la prevenzione dell'insorgenza di patologie quali l'obesità (Martín-Torres et al., 2021). L'OMS, raccomanda di allattare esclusivamente i bambini al seno per i primi sei mesi di vita, in quanto il latte umano fornisce tutto ciò di cui i bambini hanno bisogno per crescere e restare in salute (Martín-Torres et al., 2021). Secondo una recente metanalisi, i bambini allattati al seno hanno il 15% di possibilità in meno di sviluppare l'obesità rispetto a chi è stato nutrito con latte artificiale (Mameli et al., 2016). Va però specificato come questi dati siano difficili da analizzare in maniera sistematica in quanto, diversi fattori quali le caratteristiche sociali e

comportamentali delle diverse etnie potrebbero falsare i risultati ed esistono solo studi osservazionali (Mameli et al., 2016). A partire dai sei mesi di vita, le esigenze nutrizionali del bambino cambiano e altri alimenti oltre al latte vanno introdotti nella dieta del bambino dando inizio allo svezzamento (Martín-Torres et al., 2021).

3.3.2. Svezzamento

Lo svezzamento è un periodo specifico dove al bambino vengono introdotti alcuni cibi nella dieta in base alle sue esigenze nutrizionali, al suo livello di sviluppo psicomotorio e al suo sistema gastrointestinale e renale (Martín-Torres et al., 2021). Lo svezzamento è un periodo piuttosto lungo e vi sono diverse teorie che cercano di chiarire il miglior approccio; il cibo macinato o schiacciato proposto al cucchiaino o lo svezzamento guidato dal bambino (BLW) (Martín-Torres et al., 2021). Il BLW consiste di proporre diversi alimenti al bambino che sceglierà quali mangiare in maniera indipendente e quindi non forzato da un adulto. Secondo alcuni studi, questo metodo potrebbe essere un buon alleato per aiutare il bambino a controllare l'appetito e ad avere livelli più elevati di reattività alla sazietà proteggendo dunque da un possibile futuro sovrappeso (Martín-Torres et al., 2021). Va però sottolineato il fatto che alcuni studi, evidenziano come vi sia la possibilità che il bambino tramite questo metodo non assuma tutti i nutrienti di cui ha bisogno, come ad esempio il ferro e lo zinco (Martín-Torres et al., 2021). Nel momento dello svezzamento, alcuni bambini continuano ad alimentarsi anche mediante il latte materno. Anche in questo caso, si è visto come i bambini che vengono alimentati con latte materno, siano meno propensi a mangiare pasti grandi e ad avere fame durante la notte, al contrario di chi viene alimentato con latte artificiale. Probabilmente questa dinamica è da imputare al fatto che il latte artificiale contiene fino all'80% di proteine in più ed è più carente in termini di grassi (Mameli et al., 2016). Questo per ribadire nuovamente come, se vi è la possibilità e senza entrare in merito alle svariate complicazioni che possono portare ad un'impossibilità di allattare o alla scelta di non farlo, sia da preferire questo metodo piuttosto che il latte artificiale.

3.4. Prima infanzia

Durante la prima infanzia, l'esperienza riesce a modulare le preferenze alimentari e il comportamento alimentare. Mangiare è un'attività con molti solleciti sensoriali che possono spaventare il bambino e portarlo a non scegliere determinati alimenti. Nel momento però in cui un cibo viene proposto più volte e viene identificato dal bambino come "famigliare", vi è una maggiore possibilità che esso venga accettato e quindi mangiato. Per questo motivo, è bene insistere nel proporre gli alimenti considerati "sgradevoli" come la verdura nella dieta del bambino a partire dalla prima infanzia (Nicklaus, 2017). Infatti, si può constatare come questi modelli vengano assimilati e più avanti nel tempo, quando il bambino dovrà compiere da solo una scelta alimentare, sebbene la varietà di cibo da esso scelto tenda a diminuire, alcuni di questi alimenti verranno scelti e consumati (Nicklaus, 2017). Va sottolineato come, a dipendenza della sensibilità sensoriale, vi siano bambini che fanno più o meno fatica ad accettare variazioni nella dieta e nuove proposte alimentari (Nicklaus, 2017).

3.5. Le cause dell'aumento dell'obesità infantile

L'aumento del BMI mondiale infantile è da imputarsi ad uno stile di vita completamente cambiato nel corso degli anni, che diventa più sedentario e con un maggiore utilizzo della tecnologia e con determinati cibi sempre a disposizione (Hilpert et al., 2017). Il contesto culturale che ci circonda, influenza in maniera significativa il nostro rapporto con il cibo e con le attività di tempo libero, dettando abitudini e routine molto diverse (Hilpert et al., 2017). L'obesità infantile è un'emergenza sanitaria mondiale. Durante il lockdown per contenere la diffusione del coronavirus (COVID-19), i bambini erano costretti a rimanere a casa. Era cambiata la loro routine giornaliera visto che non potevano più andare a scuola, svolgere le lezioni online, stare seduti davanti al computer, saltare le pause in movimento e stare con i loro coetanei (Nicodemo et al., 2021). Da uno studio svolto durante la pandemia con bambini di età compresa tra 5 e 17 anni è emerso che l'85,2% dei bambini faceva colazione regolarmente e il 64,3% consumava frutta come spuntino pomeridiano. Il 50,0% ha riportato un aumento della sensazione di fame. Per i bambini è stato molto difficile mantenere uno stile di vita sano durante il lockdown, principalmente a causa dell'aumento della sedentarietà e dell'aumento della sensazione di fame (Nicodemo et al., 2021). Il lockdown ha accentuato le abitudini malsane che aumentano l'obesità infantile come saltare la colazione, poco consumo di frutta e verdura, elevato consumo di zuccheri aggiunti e grassi saturi e scarsa attività fisica, sedentarietà, ore di sonno ridotte e scarsa qualità del sonno (Nicodemo et al., 2021). Le cattive notizie legate alla pandemia e accettare tanti cambiamenti ha portato i bambini a vivere con molta ansia e paura. La pandemia ha impattato in modo significativo sullo sviluppo emotivo dei bambini e degli adolescenti. L'ansia e lo stress causate dal lockdown ha portato a cambiamenti significativi nelle scelte alimentari delle famiglie. Tante persone hanno cercato conforto e consolazione attraverso il consumo di cibo, in particolare cibi ricchi di grassi e calorie (Nicodemo et al., 2021).

3.5.1. Attività fisica e alimentazione

Le attività svolte dal bambino giocano un ruolo cruciale per la prevenzione dell'obesità. Secondo una sintesi di diverse indagini svolte in USA, Regno Unito ed Europa, le attività sedentarie svolte dai bambini sono di circa 6,4 ore al giorno, con occupazioni quali guardare la televisione o i video, utilizzare internet o la console di gioco. (Hilpert et al., 2017). Vi sono più studi che associano il BMI alle ore di televisione guardate dai bambini e dagli adulti; in Nuova Zelanda, uno studio su mille soggetti seguiti dalla nascita fino all'età di 26 anni ha concluso che le ore passate a guardare la televisione dall'età di 5 anni fino ai quindici anni, erano fortemente predittive nei confronti del BMI dell'adulto (Hancox et al., 2004). Uno studio scozzese svolto su ottomila bambini associa la visione della televisione di oltre otto ore settimanali all'età di tre anni ad un rischio di obesità entro i sette anni di età (Reilly et al., 2005). L'attività fisica risulta invece in declino con l'11,7% di bambini dai 3 ai 10 anni che partecipa ad uno sport meno di una volta a settimana e la stessa percentuale di bambini della stessa età non partecipa ad alcuno sport. Il genere femminile risulta più inattivo rispetto a quello maschile (Hilpert et al., 2017).

Anche a livello alimentare, vi è accesso continuo ad alcuni tipi di cibo che in un'altra epoca erano più scarsi. È aumentato il consumo di grassi e di cibo ad alto contenuto di zuccheri (Mainland et al., 2015). Si utilizzano maggiormente prodotti pronti e trattati piuttosto che preparati artigianalmente e vi è una solida associazione tra il cibo spazzatura e il tempo libero inattivo, passato a guardare la televisione o a giocare ai

videogiochi (Mainland et al., 2015). La televisione sopprime i segnali di sazietà contribuendo all'eccesso di cibo (Strasburger, 2011). Inoltre, le pubblicità che viene mostrata in televisione spesso sponsorizza cibo spazzatura e poco sano, contribuendo ad alimentare nel bambino la voglia di consumare cibi ricchi di grassi o di recarsi in catene di fast food nel tempo libero (Strasburger, 2011). La televisione potrebbe interferire con il ritmo di sonno e veglia, creando difficoltà nell'addormentarsi e con il passare degli anni, può causare abitudini malsane come spuntini notturni o il peggioramento delle abitudini sedentarie (Strasburger, 2011).

3.5.2. Problematiche sociali, culturali ed economiche

L'obesità è vista con uno sguardo differente in base all'ambiente culturale che la circonda e ai fattori sociali ed economici delle persone (Herter-Aeberli et al., 2019). Vi è una forte correlazione tra ambiente e predisposizione dell'organismo all'obesità, definendo questa patologia una problematica multifattoriale (Herter-Aeberli et al., 2019). Lo stress è un fattore di rischio per l'aumento dell'obesità infantile e nei bambini che nascono in famiglie con difficoltà economiche, lo stress socioculturale può essere uno dei fattori che causano l'aumento di peso (Poulsen et al., 2019). Per stress socioculturale si intende la continua interazione tra il bambino ed il suo ambiente che viene valutato dal bambino stesso come superiore alle sue risorse e una minaccia al suo benessere, creando in continuo delle sfide emotive che non si sente in grado di superare ed affrontare (Poulsen et al., 2019). Il sovraccarico emotivo e psicologico può portare a mangiare in maniera compulsiva e le scarse risorse economiche spesso indirizzano verso il consumo di cibo spazzatura (Poulsen et al., 2019). Anche il basso livello di istruzione dei genitori, soprattutto se associato ad un ambiente familiare disarmonico, può influire in maniera negativa sul peso del bambino, così come la scarsa salute mentale o fisica dei genitori e il loro stato di benessere percepito (Poulsen et al., 2019).

In alcune ricerche viene sottolineato come nei paesi con un'economia emergente, come ad esempio la Cina, vi sia una vera e propria emergenza in quanto l'obesità infantile sta raggiungendo numeri preoccupanti (Herter-Aeberli et al., 2019). Nei paesi invece ad alto reddito, i bambini proveniente da un basso contesto socioeconomico hanno un rischio più elevato di sviluppare questa patologia (Herter-Aeberli et al., 2019).

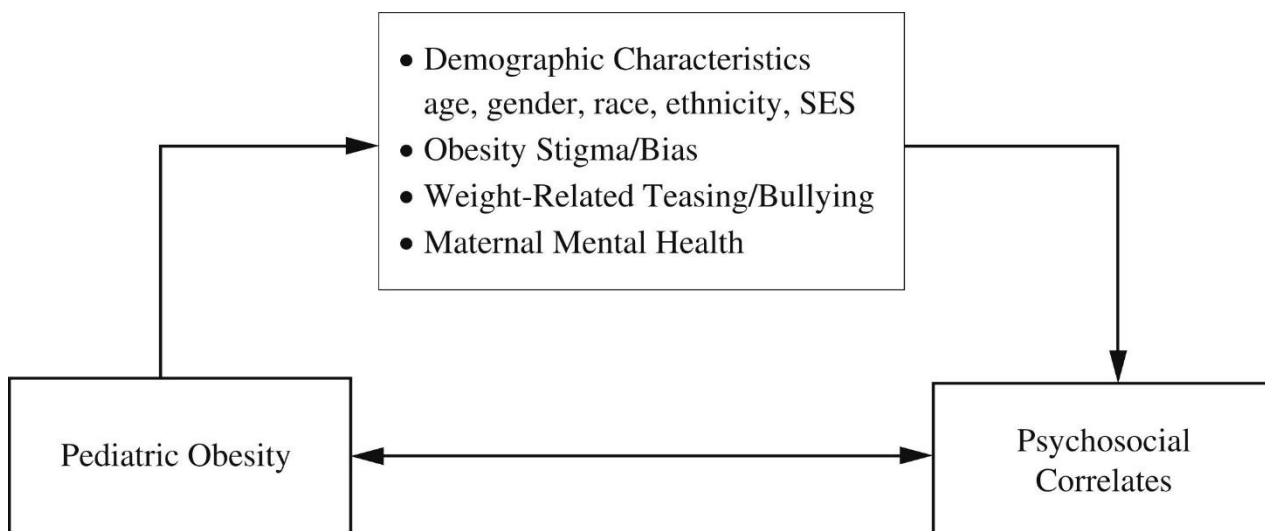
Un altro fattore che potrebbe contribuire all'aumento dell'obesità infantile è la crescita nella migrazione in quanto questa può creare una barriera finanziaria che a sua volta limita la possibilità di far parte di associazioni sportive e di avere una dieta accurata. Anche alcuni ambienti culturali e religiosi possono fungere da barriera per avere accesso a tali attività (Hilpert et al., 2017) con conseguenze a livello fisico.

3.6. Obesità e salute

3.6.1. Obesità e salute mentale

L'insorgenza dell'obesità infantile è legata a diversi fattori sopracitati e a sua volta, può sfociare in fragilità psicosociali. Fattori che includono sesso, provenienza, accettazione della patologia a livello di società, bullismo e salute mentale materna possono sia aumentare il rischio di obesità infantile che aumentare la possibilità che questo sia correlato a delle difficoltà psicosociali (Vander & Mitchell, 2011). Le difficoltà psicosociali possono a loro volta influenzare il peso del bambino facendolo aumentare; dunque, questi tre fattori sono intrinsecamente collegati fra di loro e continuano ad alimentarsi a vicenda (Vander & Mitchell, 2011).

Figura 4: Psychological Complications of Pediatric Obesity (Vander & Mitchell, 2011).



3.6.2. Incidenza con altre patologie

Inoltre, alcuni disturbi potrebbero avere un ruolo nell'insorgenza dell'obesità, per citarne alcuni il Disturbo di coordinazione motoria (DCD) (Cermak et al., 2015) e l'autismo con il 40% di obesità in più rispetto ai bambini con sviluppo neurotipico (Brodert-Finger et al., 2014).

L'obesità infantile ha delle gravi ripercussioni sul bambino che sviluppa delle serie difficoltà che non gli permettono di partecipare alla vita quotidiana come i suoi coetanei in maniera soddisfacente (Cantal, 2019) oltre ad avere associati una vasta gamma di problematiche legate alla salute che perdureranno tutta la vita e potrebbero essere causa di un aumento significativo della morbilità e della mortalità (Hilpert et al., 2017). In particolare, la performance del bambino si riduce in maniera significativa nelle attività di tempo libero, nelle attività sportive e nella partecipazione sociale (Kugel et al., 2017). Purtroppo, a dipendenza della cultura e del luogo di provenienza, alcuni di questi bambini possono essere soggetti a bullismo, possono essere discriminati dai loro coetanei e questo va a influire negativamente sulla fiducia in sé stessi, sullo sviluppo emotivo e psicosociale e sulla partecipazione alle attività (Kugel et al., 2017).

3.6.3. Conseguenze fisiche e motorie dell'obesità infantile

Come già citato in precedenza, l'obesità ha grandi ripercussioni a livello di salute fisica e mentale, sia nel bambino che nell'adulto.

È stata trovata una correlazione tra abilità fisica e obesità che evince che, maggiore è il grado di obesità, minori sono le capacità di performance del bambino a livello motorio, conducendo quest'ultimo a preferire lo svolgimento di attività sedentarie, contrariamente a quanto le linee guida consigliano nel caso di sovrappeso o obesità (D'Hondt et al., 2008). In particolare, si distingue la bassa precisione motoria con difficoltà nella motricità fine, la difficoltà nella destrezza manuale e la problematica della coordinazione grossolana (D'Hondt et al., 2008). Da diversi studi, si è concluso che il bambino obeso ha delle abilità posturali ridotte, sia dinamiche che statiche e queste vanno a rendere l'equilibrio del bambino precario aggiungendo un'ulteriore difficoltà fisica (D'Hondt et al., 2008).

Questi schemi di performance ridotti possono avere conseguenze quali scarsa capacità di prestazione nelle attività motorie globali, difficoltà nel salto, nella corsa e nei

cambiamenti ortopedici con rischio di caduta e fratture, difficoltà di autoconsapevolezza, agilità, velocità e coordinazione manuale e corporea (D'Hondt et al., 2008).

Inoltre, l'aumento del BMI porta notevoli rischi per la salute nel corso della vita. Come evidenzia il World Health Organization (World Health Organization, s.d.), si nota principalmente un incremento di:

- Malattie cardiovascolari (malattie cardiache e ictus)
- Disturbi muscoloscheletrici (osteoartite)
- Alcuni tumori (seno, ovaio, prostata, fegato, cistifellea, rene e colon)

3.6.4. *Difficoltà comportamentali*

Alcuni bambini con obesità hanno delle difficoltà con la regolazione emotiva e la regolazione degli impulsi (Puder & Munsch, 2010). La letteratura suggerisce che i comportamenti aggressivi e distruttivi a 24 mesi di età siano predittivi per una BMI superiore alla norma all'età di dodici anni (Vander Wal & Mitchell, 2011).

Vi è inoltre una correlazione tra obesità infantile e *binge-eating* (BED) che sembra essere prevalente nei bambini e adolescenti obesi (Puder & Munsch, 2010). Per BED, si intende la perdita di controllo mentre si inizia a mangiare e che porta ad ingurgitare una quantità di cibo nettamente superiore al fabbisogno in un tempo limitato. La perdita di controllo, in base ai vissuti personali e ai comportamenti associati, risulta essere il parametro fondamentale per la diagnostica del disturbo. (Brusadelli, 2014). Essa è associata ulteriormente ad un aumento di peso creando un circolo fatto di insoddisfazioni-abbuffate-aumento di peso. Un ulteriore circolo che si può creare è quello del bullismo che genera insicurezza e problemi comportamentali che portano a non riuscire sulle prestazioni scolastiche, aumenta i disturbi emotivi e sociali andando ad alimentare gli stereotipi e il bullismo (Vander Wal & Mitchell, 2011).

3.6.5. *Difficoltà psicologiche*

Secondo i vari studi trovati e analizzati, l'associazione tra obesità infantile e complicazioni psicologiche, seppur esistente non è forte come si potrebbe sospettare. (Vander Wal & Mitchell, 2011). Secondo l'articolo di Vander Wal e Mitchell (2011), la correlazione con le problematiche psicologiche è multifattoriale e dipende da altre caratteristiche quali il sesso e l'etnia. Ad esempio, le ragazze tendono a soffrire maggiormente per l'insoddisfazione rivolta al proprio corpo rispetto agli uomini, oppure i problemi di autostima sono più diffusi nelle ragazze bianche che afroamericane (Vander Wal & Mitchell, 2011).

Le principali problematiche psicologiche riscontrate comprendono ansia, depressione, ritiro sociale che può giungere fino all'isolamento (Puder & Munsch, 2010). In realtà, l'associazione tra depressione e obesità infantile è piuttosto discussa e secondo alcuni studi, si pensa sia piuttosto la depressione a portare uno stato di obesità e non viceversa (Vander Wal & Mitchell, 2011). In generale, molte difficoltà psicosociali riscontrate nel bambino obeso non derivano tanto dal suo corpo ma da fattori esterni quali bullismo e stigmatizzazioni (Vander Wal & Mitchell, 2011). Lo stigma dell'obesità può essere manifestato sia in maniera verbale che fisica, con prese in giro, stereotipi negativi accostati alla persona ed emarginazione sociale e questo può avvenire sia dal gruppo alla pari ma anche da adulti o genitori

(Vander Wal & Mitchell, 2011). Il bullismo influisce negativamente sulla salute mentale del bambino, portandolo ad avere una scarsa fiducia in sé stesso e un'immagine distorta del suo corpo (Cantal, 2019).

In conclusione, l'obesità infantile produce una diminuzione della qualità di vita percepita dal bambino (D'Hondt et al., 2008).

La diminuzione dell'attività fisica, le difficoltà emotive e psicosociali interfacciano in maniera significativa con la quotidianità del bambino. A causa di essi, il bambino obeso tenderà a fare maggiore fatica ad apprendere compiti e abilità nuove, riscontrando sempre più problemi a livello motorio e ostacolando di conseguenza le relazioni sociali (D'Hondt et al., 2008). Questo può portare all'allontanamento del gruppo alla pari e il bambino, percependo di non riuscire a svolgere le attività come i suoi coetanei, tenderà a ritirarsi socialmente fino a rischiare l'isolamento (D'Hondt et al., 2008).

Le difficoltà quotidiane e le esperienze più limitate nella frequenza o nella qualità, possono creare una bassa autostima e delle grandi insoddisfazioni con conseguenza grandi disagi psicologici sia da parte del bambino ma anche da parte dei genitori che vivono grandi disagi emotivi (D'Hondt et al., 2008).

3.7. L'importanza della famiglia e di un intervento incentrato su di essa

Tra le varie strategie per ridurre il peso corporeo del bambino o prevenire l'aumento di esso, la famiglia gioca un ruolo fondamentale.

I genitori vengono informati su quali sono le linee guida per mantenere/far diminuire il peso corporeo del proprio figlio e ci si aspetta che essi monitorino i comportamenti di quest'ultimo (Mainland et al., 2015). Sono inoltre dei modelli per i figli che imparano attraverso l'osservazione e l'imitazione ripetendo poi i comportamenti appresi dai genitori (Zenlea et al., 2017). Vengono pertanto esortati a mantenere gli stessi comportamenti salutogenici richiesti al bambino in maniera che esso possa apprendere un approccio sano verso il cibo e il movimento (Mainland et al., 2015).

Essi acquistano e cucinano la gran parte del cibo che il bambino mangia ed inoltre, possono gestire il tempo libero di quest'ultimo e influenzarlo in attività ricreative fisicamente attive o inattive (Mainland et al., 2015).

Secondo la "Framework della terapia occupazionale", il contesto culturale racchiude le abitudini, le convinzioni e i comportamenti standard accettati dalla società di cui la persona è un membro (Smith et al., 2008). Il cibo fa parte della cultura, cambia in base al contesto in cui la persona si trova sia a livello fisico che temporale e gli ergoterapisti durante il loro intervento, devono tenere conto di questo aspetto considerano il significato che ha il pasto per la famiglia intera (Pizzi, 2001).

Vi è inoltre una parte più emotiva legata al cibo che viene dato come ricompensa al bambino se si comporta bene e genera un comportamento sbagliato dove il cibo viene associato a situazioni di benessere (Millington, 2010 in Mainland et al., 2015).

I caregiver di bambini con obesità si sentono spesso isolati e accusati da altri genitori per l'obesità dei loro figli (Zenlea et al., 2017). Secondo Zenlea (2017), la partecipazione a dei gruppi di condivisione di esperienze con genitori di figli obesi potrebbe portare ad avere dei buoni risultati ed è una proposta che viene ben accolta quando esplicitata. In questi programmi vengono sostenuti i caregiver a livello emotivo potendosi anche scambiare con altri caregiver e avere supporto sociale continuo oltre all'educazione sul cambiamento dello stile di vita (Zenlea et al., 2017).

È necessario quindi intervenire con un approccio familiare, facilitare il cambiamento comportamentale all'interno della famiglia in maniera da prevenire o arginare l'insorgenza dell'obesità infantile (Mainland et al., 2015).

4. Difficoltà nelle aree occupazionali

L'ergoterapia si basa sul principio che la salute di un individuo è mantenuta se quest'ultimo riesce ad impegnarsi nelle occupazioni che desidera e che sono per esso significative, che donano un senso di competenza ed hanno un valore specifico per il singolo, per un gruppo di persone o per la comunità (Reed & Sanderson, 1999).

L'American Occupational Therapy Association (AOTA) descrive otto aree occupazionali (Smith et al., 2008):

- BADL: attività di base del vivere quotidiano che includono farsi il bagno o la doccia, gestire la minzione, vestirsi, alimentarsi, la mobilità funzionale, la cura degli ausili personali, l'igiene personale e l'attività sessuale
- IADL: attività strumentali del vivere quotidiano che comprendono cura degli altri, cura degli animali, gestione della comunicazione, mobilità all'interno della comunità, gestione delle finanze, cura e mantenimento della salute, cura della casa, preparazione dei pasti e gestione degli acquisti
- Sonno e riposo: riguarda il riposo e il dormire e la preparazione di questi ultimi
- Istruzione: si intende la partecipazione all'istruzione formale e i bisogni formativi personali
- Lavoro: include aspetti legati allo svolgimento di un lavoro produttivo: interessi e scopi lavorativi, ricerca e ottenimento di un lavoro, performance lavorativa, preparazione al pensionamento, volontariato
- Gioco: attività di ricerca e partecipazione a giochi
- Tempo libero: concerne l'occupazione ad attività non obbligatorie da svolgere durante il tempo libero
- Partecipazione sociale: l'impegno della persona in attività che favoriscono l'interazione nella comunità, nella famiglia e tra pari

Si riscontra che nel bambino obeso, tutte le aree occupazionali vengono colpite e limitate dalla sua patologia. In particolare, le tre aree occupazionali dove il bambino con obesità tra i sei e gli undici anni riscontra maggiori problematiche sono quelle del tempo libero, del gioco e della partecipazione sociale (Cantal, 2019) ma come detto in precedenza, le ripercussioni emotive e fisiche impattano in generale su ogni attività di vita quotidiana.

4.1. Il gioco

Il gioco viene definito come *“qualunque attività spontanea o organizzata che fornisce piacere, svago, divertimento o distrazione”* (Parham & Fazio, 1997, p. 252).

L'obesità infantile limita questo aspetto portando il bambino a scegliere giochi sedentari piuttosto che attivi e giochi al chiuso piuttosto che all'aperto (Herrington & Brussoni, 2015). Giocare all'aperto aumenta l'attività fisica dei bambini e di conseguenza diminuisce l'obesità infantile, portando anche ad altri benefici per lo sviluppo dei bambini. C'è quindi un legame tra gioco, natura e sviluppo sano del bambino (Herrington & Brussoni, 2015).

È stato fatto uno studio clinico randomizzato (RCT) su un programma basato su attività fisica, consigli nutrizionali e gioco. C'era sia un gruppo di controllo che un gruppo di studio, i bambini avevano tra 8 e 12 anni. Il gruppo di controllo svolgeva meno attività sotto forma di gioco rispetto al gruppo di studio. Nel gruppo di studio il contenuto del grasso corporeo è sceso dal 41,66 % al 38,85%. Nel gruppo di controllo invece è aumentato il grasso corporeo dal 38,83% al 41,4%. Si è dunque concluso che i consigli nutrizionali non sono sufficienti affinché diminuisca il contenuto di grasso corporeo nel

corpo, ma anche il gioco svolge un ruolo fondamentale (Sánchez-López et al., 2020). A questo si lega anche l'aspetto dell'emarginazione. Un bambino obeso viene anche spesso escluso da quello che è il gioco di gruppo, un esempio è questo studio di caso singolo su un bambino di 8 anni con diagnosi di obesità (Skär & Prellwitz, 2008). Il bambino che è stato seguito durante il periodo dello studio è stato ridicolizzato spesso dai coetanei e non veniva incluso nel gioco. Sono stati identificati 3 problemi dal bambino e dallo studio: il fatto di non avere amici con cui poteva giocare, la difficoltà nel raggiungere la stessa performance come i suoi coetanei nelle attività e la mancanza di incoraggiamento da parte degli adulti. Parliamo di un deficit sociale e i bambini devono essere aiutati per superare questo problema, non venire presi in giro avrà un effetto positivo sulla loro salute. Affinché un bambino possa partecipare spontaneamente ad un gioco, deve essere sostenuto da un adulto che lo incoraggia in questo (Skär & Prellwitz, 2008).

4.2. La partecipazione sociale

L'area partecipazione sociale viene definita come "*schemi di comportamento strutturati tipici che ci si aspetta da un individuo o da una data posizione all'interno di un sistema sociale*" (Mosey, 1996, p. 340). Si svolgono attività all'interno della comunità, nella famiglia e tra pari ed amici. Secondo Levasseur et al. (2010) nella partecipazione sociale si è coinvolti in un'attività dove c'è interazione con gli altri. Come scritto prima, un bambino obeso viene spesso escluso dai gruppi di pari e quindi fa anche più fatica a partecipare socialmente. Bambini e ragazzi obesi vengono bullizzati di più rispetto a bambini o ragazzi con normopeso (Garcia-Hermoso et al., 2019). Per un bambino che viene escluso dalle attività con i coetanei, sarà anche più difficile partecipare socialmente in quanto diventa più difficile interagire con gli altri. Spesso, è il bambino stesso che per paura di un eventuale rifiuto tende a ritirarsi e a non partecipare, finendo per isolarsi sempre di più dai suoi coetanei (Garcia-Hermoso et al., 2019).

4.3. Le attività di tempo libero

Il tempo libero viene definito come "un'attività non obbligatoria, motivata intrinsecamente e svolta durante il tempo libero che è quello non dedicato ad occupazioni obbligatorie come il lavoro, la cura personale o il dormire" (Smith et al., 2008). A livelli internazionali, si pone frequentemente l'accento su come prevenire l'obesità infantile e le raccomandazioni degli esperti delle comunità mediche e di promozione della salute, consigliano di garantire ai bambini la partecipazione ad attività di tempo libero che richiedano movimento per almeno quattro o cinque volte a settimana. Al contempo, viene chiesto loro di ridurre il tempo in attività inattive quali guardare la televisione o giocare ai video games (Mainland et al., 2015).

Vi sono però delle difficoltà per il bambino obeso a seguire queste linee guida. L'emarginazione sociale, la scarsa sicurezza in sé stesso e le difficoltà motorie associate al suo BMI portano il bambino a scegliere giochi e attività di tempo libero poco attivi (Martins et al., 2021).

4.4. Sonno e riposo

Vi è una correlazione tra l'eccessiva sonnolenza diurna (EDS) e l'obesità infantile (Calhoun et al., 2011). L'EDS è descritto come il risultato di un sonno disturbato ed inadeguato che va ad interferire sulla vita diurna, interferendo con prestazioni

accademiche, problemi comportamentali o psicologici (Calhoun et al., 2011). Anche l'apnea notturna (OSAS), ha un forte legame con l'obesità (Ng et al., 2004). Per OSAS si intende il disturbo della respirazione, caratterizzata da una prolungata, parziale ostruzione delle vie aeree superiori e/o un'ostruzione completa intermittente (apnea ostruttiva) che interrompe la normale ventilazione durante il sonno (Ng et al., 2004). I disturbi associati a questa patologia sono simili a quelli dell'EDS, in quanto un sonno disturbato porta delle interferenze nelle performance svolte durante l'arco della giornata. L'adiposità centrale è associata a grave apnea ostruttiva del sonno (OSA) negli adulti e apnea centrale con grave desaturazione dell'ossigenazione notturna nei bambini (Nafiu & Burke, 2013).

4.5. Istruzione

Un'altra area compromessa dal BMI del bambino è quella dell'istruzione. La scuola è il luogo dove il bambino passa la maggior parte del tempo e dove mette in atto una serie di capacità per apprendere nuove nozioni, sia a livello teorico che di comportamento e sociali. L'obesità ha una correlazione su questi aspetti e va ad interferire anche a livello delle prestazioni accademiche (Wu et al., 2017). In base ad uno studio svolto in Cina che comprende oltre 227 studenti delle scuole elementari, viene posto l'accento su come l'obesità possa portare ad un deficit della memoria di lavoro, essenziale per lo svolgimento delle attività accademiche (Wu et al., 2017). I bambini affetti da obesità hanno quindi una maggiore possibilità di avere uno scarso rendimento scolastico, sia per quanto concerne il deficit di memoria di lavoro ma anche per fattori psicosociali quali scarsa autostima e difficoltà nel rapportarsi al gruppo alla pari (Wu et al., 2017). Questi studi sono stati ripetuti in altre parti del mondo come negli Stati Uniti (Datar et al., 2004), in Europa occidentale (Mikkilä et al., 2003) e in Sud America (Campos et al., 1996) riportando sempre la stessa conclusione; l'obesità interferisce con il rendimento scolastico.

4.6. B-ADL e I-ADL

I bambini e i giovani che soffrono di obesità hanno una scelta molto limitata di abbigliamento che li fa sentire a proprio agio (Makhrova & Ivashchenko, 2013). Nella *Framework* la vestizione è un'attività del vivere quotidiano (Smith et al., 2008) e questi bambini risultano limitati nello svolgimento di essa (Makhrova & Ivashchenko, 2013).

L'igiene personale è un'altra B-ADL e include l'igiene orale (Smith et al., 2008), che spesso viene sottovalutata nell'infanzia (Brecher & Lewis, 2018). L'infanzia è periodo molto importante per la formazione delle proprie abitudini, come anche per l'attività del lavarsi i denti che viene poi portata nell'età adulta (Brecher & Lewis, 2018). Le abitudini negative si formano anche nell'infanzia, come consumare spesso succhi zuccherati; questo va a rafforzare i comportamenti che promuovono le carie e l'obesità (Brecher & Lewis, 2018). Le bevande zuccherate vanno ad influenzare in modo significativo lo sviluppo dell'obesità aumentandola nei bambini (Huang & Qi, 2015). Vediamo come c'è una correlazione tra l'attività lavarsi i denti, abitudini negative e obesità infantile. Le abitudini sono "*comportamenti automatici integrati in schemi più complessi che permettono alle persone di funzionare quotidianamente*" (Neistadt & Crepeau, 1998, p. 869). Queste ultime possono influenzare positivamente e negativamente la performance occupazionale (Smith et al., 2008).

Inoltre, sappiamo che i bambini con obesità possono avere difficoltà motorie anche negli atti più comuni della loro vita quotidiana, come ad esempio camminare (Gill, 2011). Essi,

a causa dello sforzo aggiuntivo sulle articolazioni, potrebbero avere delle limitazioni per quanto concerne forza e libertà di movimento ed avendo una problematica riguardo all'affaticamento precoce, verranno influenzati nel completare le attività di vita quotidiana di base (L. Sitz et al., 2010).

5. Intervento ergoterapico

Di seguito, saranno esposti gli articoli scientifici che abbiamo trovato che riguardano l'ergoterapia e l'intervento mirato su bambini affetti da obesità infantile. L'intervento ergoterapico può essere volto sia per prevenire l'insorgenza della patologia e delle sue complicanze che per trattare le problematiche causate dall'aumento di peso del bambino che interferiscono nella sua vita quotidiana. Noi per questa ricerca ci siamo concentrate sul trattamento ma abbiamo voluto comunque accennare al potenziale ergoterapico nella prevenzione di questa patologia.

Nella letteratura si può leggere che l'intervento ergoterapico è presente laddove c'è un problema di sovrappeso e obesità (Gill, 2011; Ziviani et al., 2010; Ziviani, Poulsen & Hansen, 2009; Ziviani et al., 2008). Secondo gli autori Poulsen e Ziviani (2004), gli ergoterapisti hanno il compito di promuovere stili di vita sani. Gli stessi autori dicono che è ruolo degli ergoterapisti identificare le persone che nella loro vita non hanno svolto abbastanza attività fisica. L'intervento dell'ergoterapista è quindi fondamentale se è corretta l'ipotesi che i bambini obesi hanno una qualità di vita inferiore rispetto ai loro coetanei con normopeso dovuto ad uno stile di vita con poca attività fisica.

Le occupazioni primarie dei bambini sono il gioco, la partecipazione scolastica, le attività fisiche e il tempo libero, pertanto, l'intervento ergoterapico può essere svolto non solo in studi privati ma anche a scuola, a livello comunitario con dei programmi di prevenzione o promozione di salute e a casa (Cantal, 2019). Esso include il trovare strategie per rendere piacevole l'attività fisica, trovare strategie per perdere peso e non incrementare quest'ultimo nel tempo, instaurare routine salutari nel tempo libero e nei pasti, aiutare nella preparazione dei pasti o nello stilare un piano settimanale alimentare e combattere lo stigma sociale (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2012). I bambini e le persone con obesità si sentono diversi nella società e devono confrontarsi con attributi negativi volti al loro corpo e questo rende la partecipazione alle attività all'interno dell'ambiente sociale ancora più difficile e li limita molto (Lehrke & Laessle, 2009). Per questo motivo l'intervento dell'ergoterapia è fondamentale per promuovere l'indipendenza la partecipazione nell'ambiente sociale e domestico senza sentirsi limitati.

5.1. Progetti esistenti in Ticino

I progetti che trattano la tematica dell'obesità infantile presenti sul nostro territorio ticinese sono diversi, ma non in tutti c'è la presenza di un'ergoterapista. Di seguito, vi esponiamo i principali interventi che hanno un'ergoterapista all'interno del progetto:

- Il programma *OTTIMIX* viene proposto dall'Ospedale Regionale di Lugano. È rivolto a bambini e adolescenti tra i 7 e 16 anni e ai loro genitori e si svolge sull'arco di dieci mesi. I temi trattati riguardano l'alimentazione, l'attività fisica, la propriocezione e le conseguenze psicologiche. I bambini imparano ad alimentarsi in modo sano e a trovare attività sportive che gli motivano fonte. Vi sono diversi professionisti coinvolti, tra cui anche la figura di un'ergoterapista. I temi trattati riguardano l'alimentazione, l'attività fisica, la propriocezione e le conseguenze

psicologiche. I bambini imparano ad alimentarsi in modo sano e a trovare attività sportive che li motivano.

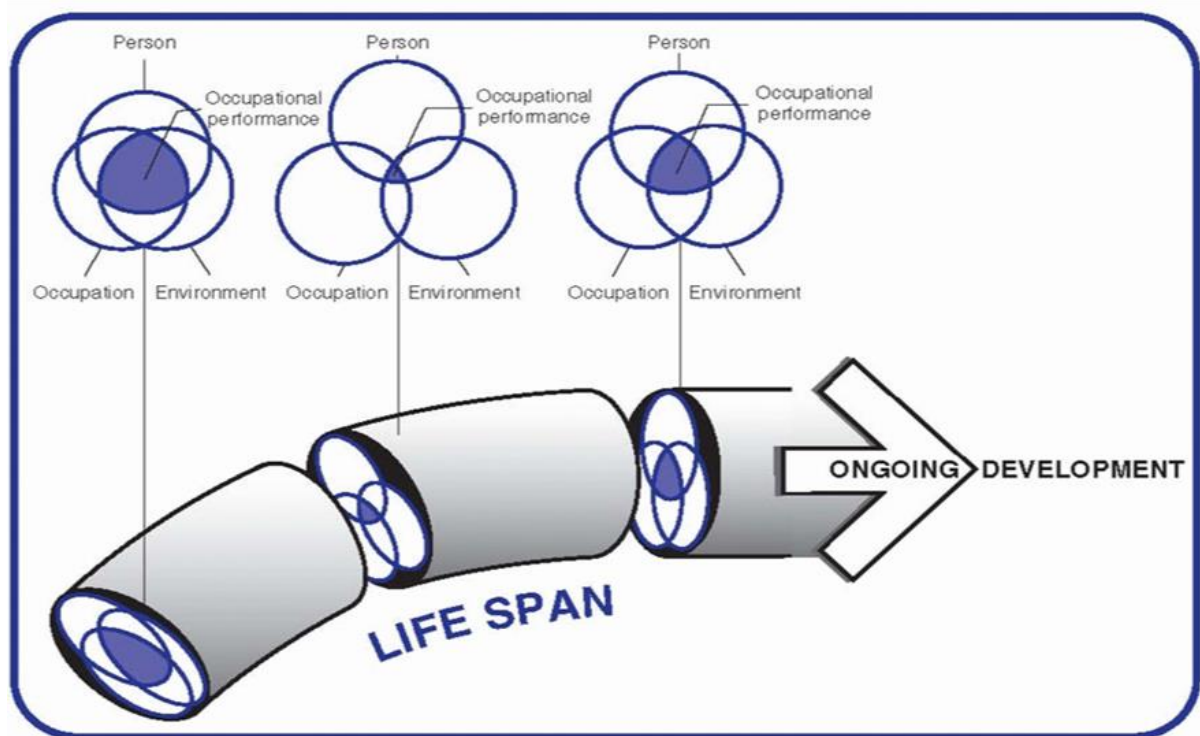
- Il progetto *MAGIA* (Movimento ed Alimentazione con Gioia per Infanzia e Adolescenza) viene proposto presso il Centro Pediatrico di Mendrisio. Questo programma non propone una dieta dimagrante ma l'obiettivo è quello di imparare a mangiare in modo corretto ogni giorno per uno sviluppo sano. C'è un approccio multi-specialistico in quanto le concause alla base di questa patologia sono molteplici.

Vi sono altri programmi presenti sul territorio ma che non hanno presente come figura l'ergoterapista. Vi esporremo di seguito i principali:

- Il programma *Pesovia* viene proposto da un pediatra a Bellinzona. Ha una frequenza settimanale dove viene proposta un'attività di movimento. Vi è inoltre la possibilità di essere seguiti da uno psicologo. Una delle attività proposte è la cucina di gruppo con l'aiuto di un cuoco dietetico che da diversi consigli su come cucinare in modo sano. (Paolo Peduzzi, 2008.).
- Il *BAOBAB* è un programma multidisciplinare per bambini ed adolescenti sovrappeso o obesi. Esso ha come obiettivo quello di diminuire l'indice di massa corporea e stabilizzare i miglioramenti a lungo termine. Vuole aumentare l'attività fisica settimanale mediante escursioni e programmi per tutta la famiglia e migliorare le abitudini di vita famigliari. I programmi coinvolgono i genitori in quanto figura di riferimento e modello per il bambino. (*Baobab - Ente Ospedaliero Cantonale*, s.d.).
- ASIPAO (Associazione della Svizzera Italiana Persone Affette da Obesità) ha l'obiettivo di riunire bambini e adolescenti con la stessa problematica e di condividere le esperienze. Vengono proposte molte attività che possono essere sportive, di supporto, di cucina o corsi creativi (RSI, s.d). Inoltre, viene organizzata una colonia estiva per ragazzi con sovrappeso al fine di mostrare loro come alimentarsi in modo sano ma soprattutto di fargli sentire accolti per il loro aspetto fisico (RSI, s.d.).

5.2. Modello ergoterapico di riferimento

Figura 5: Il modello PEO (Law et al., 1996, p. 7).



Il modello “Person Environment Occupation” (PEO) di Mary Law (Law et al., 1996) è un modello che adotta un approccio transazionale tra persona e ambiente. Esso enfatizza come le performance occupazionali siano modellate da fattori personali, ambientali e occupazioni; infatti, maggiore è l’armonia fra questi tre elementi e migliore sarà la performance occupazionale (Law et al., 1996). Lo stesso autore ritiene questi elementi fondamentali:

1. Persona
2. Ambiente
3. Attività/compito/occupazione
4. Performance occupazionale

La performance occupazionale è dinamica, questo significa che può cambiare in base al momento della vita in cui mi trovo e in base all’ambiente che mi circonda (Law et al., 1996).

Con **Persona**, si intende ciò che rappresenta la persona; l’età, il sesso, le risorse, i limiti, la cultura e i valori, la religione, la spiritualità, i ruoli e la storia dell’individuo (Law et al., 1996).

Abbiamo detto precedentemente come il bambino affetto da obesità possa essere colpito nei suoi ruoli di studente e di compagno, avendo difficoltà sia nelle prestazioni accademiche che nella socializzazione all’interno e all’esterno della scuola (Wu et al., 2017). Questo va a colpire le sue risorse, modificando la propria personalità con scarsa autostima e autoefficacia con la possibilità che il bambino venga addirittura allontanato dal gruppo alla pari e soffra di ritiro sociale (D’Hondt et al., 2008).

Con **Ambiente**, viene considerato il luogo e il contesto dove viene svolta un'attività (Law et al., 1996). Esso non viene inteso solo come un posto fisico ma anche economico, sociale, culturale e politico (Law et al., 1996).

Abbiamo constatato come l'ambiente influisca in maniera incisiva sull'obesità infantile. A livello culturale, non tutto il mondo ritiene l'obesità una problematica e alcune culture, tendono ad accettare in maniera più serena questa patologia (Vander Wal & Mitchell, 2011). Vi è una differenza fra come viene vissuta questa patologia dai maschi e dalle femmine e anche questo è un bias culturale (Vander Wal & Mitchell, 2011). Inoltre, l'approccio dell'individuo o della famiglia verso il cibo è spesso un fattore culturale che varia di paese in paese (Hilpert et al., 2017).

Se pensiamo ad una delle cause dell'obesità, abbiamo potuto vedere come i fattori economici possano essere una causa che porta ad alimentarsi in maniera scorretta e non avere accesso ad attività sportive nel tempo libero (Herter-Aeberli et al., 2019).

L'obesità infantile crea difficoltà di coordinazione motoria, motricità grossolana e fine (Martins et al., 2021) andando a creare un impaccio nel movimento del bambino all'interno dello spazio fisico e nelle attività sportive istituzionali (ginnastica a scuola), di associazioni di tempo libero (attività sportive come calcio, basket) arrivando fino al ritiro del bambino da queste attività di gruppo (Garcia-Hermoso et al., 2019). A livello politico, sia in Svizzera che nelle altre parti del mondo, la pandemia di *globesity* desta preoccupazioni e sempre più spesso vengono lanciate campagne di promozione di salute e interventi mirati a scuola per prevenire o arginare l'insorgenza di tale patologia. Da ultimo, noi ergoterapisti combattiamo anche per l'advocacy dei nostri pazienti, assicurandoci che abbiano pari opportunità rispetto agli altri e che abbiano accesso ai servizi adeguati al loro caso (Cantal, 2019).

Con **Occupazione**, si intendono le attività di vita quotidiana in cui una persona si impegna per soddisfare i propri bisogni (Law et al., 1996). Esse sono attività significative svolte nell'arco della vita, variano in base agli aspetti temporali (ad esempio il lavoro) e sono strettamente legate al ruolo della persona nella società (Law et al., 1996).

Nell'intersezione di questi tre cerchi troviamo la performance occupazionale che, nel bambino affetto da obesità, spesso è difficoltosa proprio per le conseguenze analizzate in questo capitolo. Gli ergoterapisti durante il loro intervento analizzano queste tre componenti (persona-ambiente-occupazione) per comprendere come esse possano influenzarsi a vicenda e come si possano attuare delle modifiche per produrre una performance occupazionale migliore (Law et al., 1996).

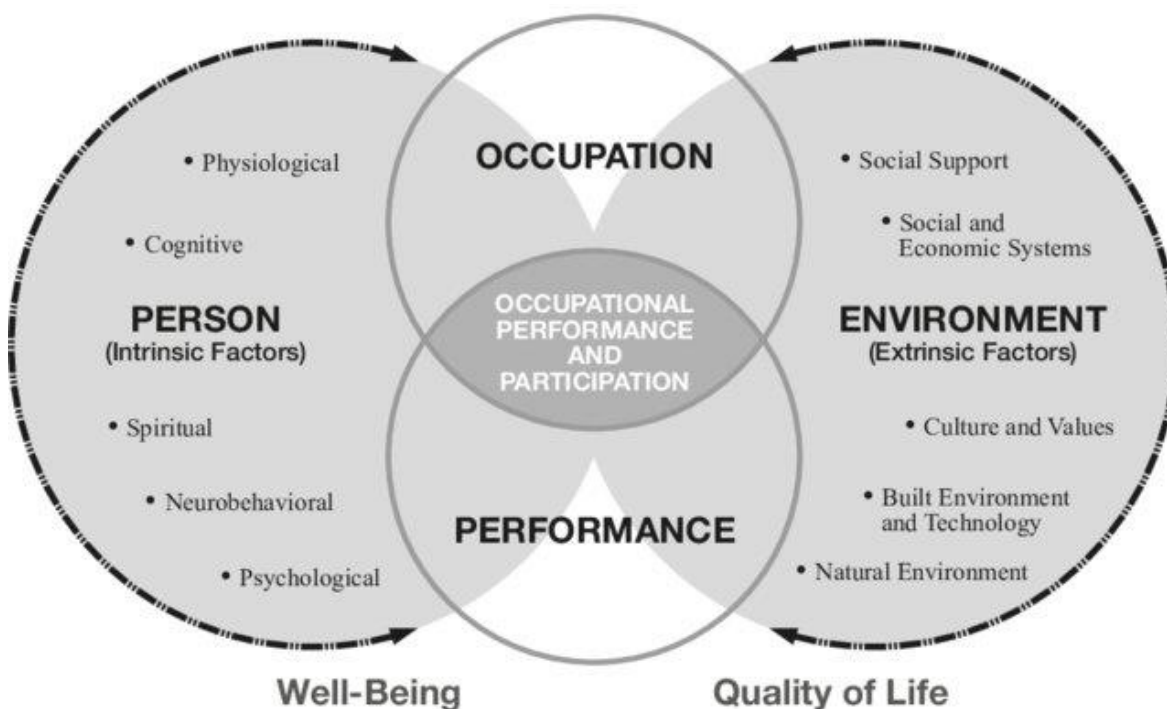
Come già approfondito precedentemente i bambini con obesità hanno difficoltà in varie aree occupazionali (Cantal, 2019). Di seguito faremo alcuni esempi di occupazioni dove i bambini sono limitati:

- Alcuni bambini non giocano con i coetanei (Skär & Prellwitz, 2008) perché possono essere bullizzati (Garcia-Hermoso et al., 2019)
- Non scelgono attività attive ma sedentarie per l'insicurezza e le difficoltà motorie (Martins et al., 2021)
- Hanno un sonno disturbato che porta delle interferenze nelle performance svolte durante l'arco della giornata (Ng et al., 2004)
- Rendimento scolastico inferiore rispetto ai coetanei (Campos et al., 1996)
- Difficoltà nella vestizione (Makhrova & Ivashchenko, 2013)
- Igiene orale dovuta ad alimentazione e igiene personale non adeguata (Brecher & Lewis, 2018)
- Difficoltà di coordinazione che impatta anche sul camminare (Gill, 2011)

L'obesità impatta sulla persona, l'ambiente e sulle occupazioni, perciò, il ruolo dell'ergoterapista è fondamentale in programmi di perdita di peso in quanto ha una formazione specifica in questi 3 domini (Jessen-Winge et al., 2021).

Nella seguente immagine vediamo che quando il livello di congruenza è alto, aumenta anche la qualità di vita e quando è basso diminuirà la qualità di vita (Law et al., 1996).

Figura 6: The Person-Environment-Occupation-Performance model (PEOP) (Law et al., 1996).



5.3. Valutazione

Gli ergoterapisti redigono un processo ergoterapico per i bambini con obesità, così come viene fatto per pazienti più adulti ed è di fondamentale importanza far risaltare le routine giornaliere del bambino e le dinamiche familiari con le loro abitudini (Cantal, 2019).

Vengono frequentemente utilizzati dei sondaggi e le interviste per raccogliere le informazioni necessarie (Cantal, 2019). L'ergoterapista Michael A. Pizzi (2001), ha creato un'autovalutazione apposita da somministrare ai bambini con obesità per capire gli effetti di questa patologia sulla partecipazione alle attività di vita quotidiana. Questo strumento si chiama Pizzi Health Weight Management Assessment (PHWMA) e prevede una versione per il bambino e una per il genitore (Pizzi, 2001). È suddiviso in due sezioni che vogliono indagare prima i fattori relativi alla gestione del peso (quali sono i fattori che mi hanno portato all'obesità? Quali sono i problemi maggiori che riscontro nella mia salute? Come impatta sulle attività di vita quotidiana?) e poi individuano i cambiamenti da fare per migliorare la propria condizione di vita (Pizzi, 2001). Questo assessment permette di raccogliere dati quali l'autoconsapevolezza del cliente (o del genitore) in merito ai suoi problemi di salute, la conoscenza personale del suo stato di benessere, l'intuizione di quali fattori impattano sulla propria salute, la consapevolezza dell'impatto sulla vita quotidiana e la propria strategia per far fronte alle problematiche riscontrate (Pizzi, 2001). Di seguito, l'ergoterapista collaborerà con la rete familiare per decidere gli obiettivi e il trattamento più adeguato (Pizzi, 2001).

5.4. Obiettivi nazionali per la prevenzione e il trattamento dell'obesità

Il rapporto dell'istituto di medicina (Institute of Medicine [IOM], 2012) discute di cinque obiettivi principali e di quali strategie attuare per mettere in atto il trattamento nei bambini obesi, dando agli ergoterapisti un buono spunto di riflessione.

- Rendere l'attività fisica parte integrante della routine del bambino, tramite il gioco e coinvolgendo i bambini in attività interessanti fondate sul movimento. L'educazione dei bambini e dei loro caregiver sui benefici per la salute del movimento e l'attività fisica reale migliorano lo stato di salute e prevengono malattie debilitanti per coloro che sono già affetti da obesità (Pizzi, 2016).
- Creare ambienti dove alimenti e bevande sane siano una scelta facile e di routine, ad esempio sostenendo politiche sanitarie sul consumo di bevande meno zuccherate, fornendo un'educazione su quali snack scegliere per i propri figli e agendo proprio sul bambino per aiutarlo a scegliere alimenti meno dannosi (Pizzi, 2016).
- Sostenere il cambiamento lanciando messaggi sull'attività fisica e la nutrizione che lo rendano sostenibile, ad esempio educando genitori e bambini in maniera ludica a conoscere il corpo e i benefici che cibo sano e attività fisica possono avere, cercare di mandare messaggi positivi su come rendere l'acqua un'opzione desiderabile rispetto ad altre bevande e creando workshop nella comunità che educino attraverso l'attività (Pizzi, 2016).
- Espandere il ruolo di operatori sanitari, gli assicuratori e i datori di lavoro nella prevenzione all'obesità, nel caso dei bambini promuovendo i benefici dell'occupazione come prevenzione dell'insorgenza dell'obesità in ogni contesto di vita del bambino (Pizzi, 2016).
- Rendere le scuole un punto di partenza per la prevenzione dell'obesità, promuovendo programmi e obiettivi per la gestione del peso ed esplorando l'impatto che l'obesità può avere sui bambini nelle loro performance occupazionali quotidiane e sul rendimento scolastico (Pizzi, 2016).

Per il raggiungimento di questi obiettivi, gli ergoterapisti lavorano a contatto con team multidisciplinari quali nutrizionisti, educatori, psicologi, assistenti sociali e medici. È importante condividere gli obiettivi e collaborare per espandere il lavoro dei terapisti occupazionali e raggiungere cambiamenti significativi a livello globale (Pizzi, 2016).

5.5. Prevenzione

Per prevenzione, si intende una serie di interventi volti a favorire e mantenere lo stato di benessere per evitare le insorgenze di malattie, rivolte al singolo individuo, alla collettività o all'ambiente (Simonelli & Simonelli, 2011).

Ci sono tre tipi di prevenzione:

1. Primaria: Mira ad evitare che la malattia insorga, quindi va a colpire un bersaglio sano (ad esempio i vaccini)
2. Secondaria: Lo scopo è quello di impedire l'evoluzione della malattia; quindi, di intervenire prima che essa si manifesti. Il gruppo bersaglio è una popolazione già a rischio
3. Terziaria: Monitora l'andamento di malattie croniche per evitare o limitare la comparsa di complicazioni

Quando parliamo di obesità infantile e del ruolo che l'ergoterapista potrebbe avere nella presa a carico di questa patologia, pensiamo subito alla prevenzione in maniera che non

si instauri uno stato di malattia nel bambino e alla promozione della salute. Si può agire su più fronti; si può fare prevenzione a livello dell'intera popolazione, quindi non solo negli individui a rischio, ad esempio andando in una scuola elementare per fare un corso che previene l'insorgenza di questa malattia occupandoci dunque di prevenzione primaria. Si può agire su un gruppo bersaglio che si pensa sia a rischio, ad esempio, come visto precedentemente i figli dei migranti e questa si tratta di prevenzione secondaria. Altrimenti, si può intervenire nei bambini già obesi, per evitare che la patologia faccia comparire ulteriori complicazioni che andranno ad impattare sulla qualità di vita del bambino.

In generale, gli ergoterapisti intervengono nella prevenzione dell'obesità nei bambini sviluppando delle diete e dei programmi per fare attività fisica per portare il bambino ad adottare abitudini più sane, inserire il bambino in gruppi che aumentano la partecipazione ad attività che diminuiscono il rischio di diventare obesi o di peggiorare la loro patologia in caso sia già acquisita (Suarez-Balcazar et al., 2019).

Quando si parla di prevenzione, il lavoro viene svolto su tre livelli; con servizi mirati ai giovani, con interventi orientati a bambini a rischio e per ultimo con bambini già affetti da obesità (Bazyk & Winne, 2013).

È fondamentale quando si parla di promozione della salute, intervenire su tutti gli ambienti di vita del bambino laddove esso apprende, gioca e vive (Pizzi, 2016) Gli ergoterapisti lavorano quindi direttamente con le famiglie o nella comunità per identificare i fattori di rischio che portano all'obesità (Suarez-Balcazar et al., 2019).

Nel concreto, quando lavorano nel primo livello di prevenzione attuano i seguenti interventi (Pizzi, 2016):

Consultazione con le scuole per quanto riguarda la promozione dell'attività fisica, del gioco e della ricreazione e della salute mentale positiva per tutti i bambini

Creazione di programmi a livello di sistema che incorporano movimento, nutrizione e routine sane

Sviluppo di strategie educative basate sull'occupazione culturalmente specifiche che possono essere implementate nelle scuole e nelle comunità per aiutare i bambini a mantenere un peso sano

Formazione sulla diversità per studenti e insegnanti per eliminare i comportamenti di bullismo

Hollar (2010), suggerisce che le scuole sono ambienti efficaci per implementare strategie relative alla salute riguardanti la nutrizione e uno stile di vita sano; pertanto, è importante includerle nei progetti ergoterapici che mirano a prevenire l'epidemia di globesity. Negli stati uniti d'America, sono stati proposti degli interventi di promozione di salute nel dopo scuola, per insegnare ai bambini a mantenere uno stile di vita sano (Ige et al., 2017). Questi programmi permettono di raggiungere milioni di bambini e il coaching agli insegnanti o agli allenatori, permette loro di motivarli a mantenere risultati stabili nel tempo (Ige et al., 2017).

Possiamo citare due esempi di programmi che vengono utilizzati dai terapisti occupazionali all'interno delle scuole; essi fanno parte dell' "Every Moment Counts" volto a promuovere la salute mentale nei bambini e nei giovani (Every Moment Counts [EMC], 2022). La fondazione "Every Moment Counts" è fondata dai terapisti occupazionali e propone dei programmi all'interno della comunità che vogliono prevenire l'insorgenza di disturbi mentali in bambini e adolescenti e ha come scopo quello di istruire le persone intorno a essi ad essere promotori della salute (Every Moment Counts [EMC], 2022).

Il Comfortable cafeteria è un programma di sei settimane, svolto una volta a settimana all'interno della scuola. Esso mira ad educare i supervisori della mensa, gli insegnanti e gli studenti a creare un ambiente positivo durante i pasti, partendo dal presupposto che

il pranzo dovrebbe essere un momento piacevole della giornata, che consente di socializzare, di rilassarsi e di apprendere abitudini alimentari sane (Every Moment Counts [EMC], 2022).

Il Refreshing Recess è un programma che si concentra sull'incorporazione di strategie per aiutare i bambini a socializzare durante la ricreazione e fare gioco attivo. Anche in questo caso è un programma di sei settimane che prevede di insegnare ai docenti e ai supervisori come creare un ambiente favorevole durante le pause che permetta al bambino di giocare con gli altri ma anche di fare scelte salutari, come ad esempio nel momento della merenda (Every Moment Counts [EMC], 2022).

Quando lavorano al secondo livello, quindi con bambini a rischio di sviluppo di obesità infantile, che, come citato precedentemente, sono in particolare i bambini con disabilità e che vivono in povertà (Center Of Disease Control And Prevention [CDC], 2021), gli ergoterapisti creano programmi di prevenzione incentrati su attività sociali e ricreative, che promuovono un'alimentazione sana, il movimento e la partecipazione sociale in un ambiente privo di stress e sicuro, sia a scuola che nel dopo scuola (Pizzi, 2016).

Nel terzo livello, le attività sono più individualizzate in quanto i bambini sono già in sovrappeso (Pizzi, 2016). In questo gruppo richiede maggiormente un approccio educativo, con valutazioni incentrate su salute e benessere e che vada a sondare quali sono le motivazioni che spingono il bambino e la famiglia ad investire tempo e sforzi per migliorare il proprio stato di salute (Pizzi, 2016).

All'interno del contesto familiare, cercano di promuovere la salute e prevenire l'obesità orientando la famiglia in routine più sane e culturalmente significative, con comportamenti alimentari adeguati e cercando di ottimizzare le scelte di comportamento per quanto concerne il cibo ma anche il movimento e la scelta delle attività nel tempo libero (Suarez-Balcazar et al., 2016). Gli ergoterapisti pongono particolare attenzione all'ambiente dove il bambino cresce e sanno che l'obesità viene vista in maniera diversa a dipendenza delle culture, si avvalgono pertanto di mediatori culturali per poter promuovere uno stile di vita più sano, qualora vi sia necessità (Suarez-Balcazar et al., 2016). La famiglia viene sempre integrata, in quanto gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione della salute del bambino, non si possono cambiare le abitudini di quest'ultimo senza integrarla. Pertanto, bisogna investire del tempo per fare da coach alla famiglia e bisogna stabilire obiettivi specifici con risultati definibili (Rotheram Borus et al., 2018). Un grande obiettivo è che la famiglia con il tempo riuscirà ad autogestire il bambino e avrà un miglioramento riguardo le sue problematiche di salute e comportamentali (Rotheram Borus et al., 2018).

Secondo Sabin e Kiess (2015), vi è un urgente bisogno di nuovi approcci riguardo la prevenzione per quanto concerne la prevenzione dell'obesità. Fino ad ora, gli approcci terapeutici si sono concentrati principalmente sul cambiamento dello stile di vita del bambino, ma dovremmo iniziare a pensare già alla salute materna prima del concepimento (Sabin & Kiess, 2015). Inoltre, ritengono riduttivo pensare che si possa risolvere il sovrappeso solo con dieta e attività fisica, ma spronano a cercare approcci che prendano in considerazione la complessità della patologia nella prima infanzia e il ruolo che l'emotività gioca all'interno di essa (Sabin & Kiess, 2015). Gli ergoterapisti hanno infatti le competenze per sviluppare dei programmi di benessere per rallentare l'epidemia dell'obesità infantile (McLain, 2011). C'è una ricerca molto limitata particolarmente preoccupante nella terapia occupazionale e prevenzione dell'obesità infantile (McLain, 2011).

Il gioco può diventare un intervento di prevenzione per l'obesità infantile, permette di imparare a mangiare in modo sano (Munguba et al., 2008). Senza l'intervento di un'ergoterapista ci sono molte limitazioni e questo studio afferma l'importanza

dell'ergoterapia nella prevenzione dell'obesità infantile. La qualità di vita dei bambini con obesità è minore rispetto ai loro coetanei con normo peso e sono anche più soggetti a sviluppare diagnosi di salute mentale da adulti (McLain, 2011). C'è una forte relazione tra l'ergoterapia, occupazione, salute e benessere (Hasselkus, 2002). L'ergoterapia ha le competenze per creare degli interventi di prevenzione basati sull'occupazione che possono motivare il bambino con obesità (McLain, 2011). Implementare un programma di benessere a scuola con l'intervento dell'ergoterapia non è solo un vantaggio per i bambini con obesità, ma anche per gli studenti con normopeso (Barnes et al, 2003). C'è ancora molto lavoro da fare per inserire gli ergoterapisti all'interno delle scuole e lavorare con un'ottica di prevenzione (Barnes et al, 2003). È richiesto agli ergoterapisti di fare ricerche sul ruolo nella prevenzione dell'obesità in modo che possano presentarsi con delle evidenze e spiegare l'importanza del loro intervento (McLain, 2011).

5.6. Trattamento ergoterapico

La terapia occupazionale è una parte importante di un approccio multidisciplinare quando si parla di obesità infantile (Suarez-Balcazar et al., 2019). Gli ergoterapisti hanno il compito di indirizzare la famiglia dai professionisti corretti e collaborare con la rete per permettere ai bambini di vivere una vita soddisfacente e poter partecipare alle attività significative (Suarez-Balcazar et al., 2019). Non sempre i bambini vengono indirizzati all'ergoterapia a causa dell'obesità, ma spesso vengono indirizzati a causa di conseguenze secondarie che limitano la performance occupazionale (Suarez-Balcazar et al., 2019). Gli ergoterapisti hanno il compito di regolare anche il sonno nei bambini obesi che hanno difficoltà a dormire (Suarez-Balcazar et al., 2019). Essi lavorano sull'autodeterminazione della persona e sulla percezione di sé; quindi, devono portare il bambino a fare le scelte giuste per la sua salute (Suarez-Balcazar et al., 2019). Intervengono anche nella realizzazione di parchi giochi sia per prevenire l'obesità, ma anche per bambini che sono già obesi (Suarez-Balcazar et al., 2019). A dipendenza della provenienza culturale e lo stato economico nel quale vivono i bambini varia la percentuale di obesità, bambini con disabilità e che vivono in condizioni di povertà hanno più probabilità di diventare obesi. Il terapeuta occupazionale è una figura che dà importanza a questi aspetti e sa implementare l'intervento tenendo conto di questi fattori (Suarez-Balcazar et al., 2019).

L'intervento incentrato sulla famiglia è di fondamentale importanza e pertanto, spesso gli ergoterapisti fanno un intervento su tutto il nucleo familiare per aiutarli a capire il funzionamento del corpo e di come può migliorare con l'attività fisica, usando messaggi positivi per rendere più appetibili cibi sani rispetto a quelli più zuccherati con l'intento di aiutare il cambiamento di abitudine e cercando di rendere il tutto divertente e motivante (Pizzi, 2016).

L'intervento degli ergoterapisti è fondamentale in programmi di perdita di peso perché sono la figura professionale che affronta nel dettaglio l'aspetto dei ruoli, delle abitudini e della partecipazione sociale e il loro intervento è spesso sottovalutato in questi tipi di programmi (Jessen-Winge et al., 2021). Essi cercano di rendere l'attività fisica una parte integrante della routine giornaliera del bambino, con attività di gioco divertenti e motivanti (Pizzi, 2016). Si occupano anche di advocacy e cercano di cambiare gli ambienti dove i bambini passano più tempo, per esempio la scuola, cercando di promuovere una scelta di cibo più sana e di eliminare le bevande zuccherate o gli snack poco salutari (Pizzi, 2016). In concomitanza a questo, con attività basate sull'occupazione cercano di far comprendere al bambino quali sono le scelte alimentari più sane (Pizzi, 2016).

La ricerca sul ruolo dell'ergoterapia per affrontare l'obesità infantile spesso si focalizza sulla perdita di peso e sull'aumento dell'attività fisica ristrutturando ambiente e routine; tuttavia, questo approccio non è immediato ma i risultati si vedono nel lungo periodo (Ziviani et al., 2010). L'obesità pregiudica la capacità dei bambini di mantenere la sicurezza durante lo svolgimento delle proprie occupazioni (Bazelmans et al., 2004). Bisogna dunque tenere conto che le alterazioni dell'adattamento motorio e le alterazioni delle azioni per potersi muovere in ambienti in continuo cambiamento comportano un ulteriore rischio di insicurezza da parte dei bambini obesi (Gill, 2011). I bambini devono affrontare diversi momenti di vita dove è coinvolto il movimento, come le ore di ginnastica a scuola o il tempo libero con i compagni di gioco e le difficoltà motorie legate all'obesità, influiscono negativamente su questi momenti (Gill, 2011). L'obesità spingerà quindi questi bambini a rinunciare ad attività motorie, in quanto le soddisfazioni e le aspettative legate ad essi saranno basse e questo non permetterà loro di fare esperienza, negandogli l'opportunità di migliorare i propri schemi motori (Gill, 2011). Questo ha ripercussioni sulla vita quotidiana in quanto la sedentarietà, porterà i bambini con obesità ad avere difficoltà motorie anche negli atti più comuni della vita quotidiana come camminare (Gill, 2011). Di conseguenza, vengono influenzati anche i processi cognitivi, che sono indispensabili per pianificare i movimenti ma anche per essere produttivi nel tempo libero (Gill, 2011). Alcuni studi di imaging suggeriscono che l'obesità infantile può essere correlata ad una ridotta funzionalità cerebellare sia per una causa metabolica che influenza le strutture cerebrali responsabili della pianificazione e dell'organizzazione, sia perché la mancanza di attività fisica riduce il flusso di ossigeno al cervello (Miller et al., 2009). Gli ergoterapisti intervengono dunque in questo caso per adattare i movimenti al fine di soddisfare le richieste necessarie per la performance occupazionale e la sicurezza dei bambini mentre svolgono le attività per loro significative (Gill, 2011). L'intervento di terapia occupazionale è specifico e significativo rispetto ad altri interventi, perché l'adattamento dei movimenti avviene durante le attività significative dei bambini, basate sui loro ruoli e le loro routine e non in momenti decontestualizzati (Gill, 2011). Inoltre, essi avranno uno sguardo accurato verso l'ambiente e come questo facilita/ostacola la performance (Gill, 2011).

Gli ergoterapisti intervengono anche nel caso ci sia la necessità di un intervento chirurgico, sia prima dell'intervento che dopo per la riabilitazione (Suarez-Balcazar et al., 2019). I farmaci e la chirurgia bariatrica sono indicati solo nel caso in cui gli adolescenti hanno una malattia grave legata all'obesità che non si riesce a gestire solo a livello comportamentale (Kaufman et al., 2020).

5.7. Il cambio di routine e di abitudini

Come visto in precedenza, l'insorgenza dell'obesità infantile è da attribuire in parte ad uno stile di vita non idoneo al bambino, sia dal punto di vista dell'alimentazione che delle attività di tempo libero troppo sedentarie. Spesso, queste cattive abitudini comprendo l'intero nucleo familiare (Mainland et al., 2015). Se parliamo di promozione della salute, sappiamo che il comportamento individuale e familiare ha un impatto su di essa e che l'apprendimento di nuovi comportamenti, potrebbe favorire il benessere della persona (Ragazzoni et al., 2009). Sappiamo inoltre, che i comportamenti sono modificabili (Stroebe & Stroebe, 1997). Vi sono dei modelli volti a favorire e supportare il cambio di abitudini. Essi analizzano come le caratteristiche cognitive individuali interpretano e danno senso a situazioni sociali influenzando dunque il comportamento (Ragazzoni et al., 2009). Vengono definiti "Social Cognition Models", e ritengono che l'assunzione di un comportamento sia volitivo e

volontario, determinato da un'azione diretta del pensiero, ponendo dunque il focus sulla motivazione che spinge l'individuo a voler attuare un cambio di abitudine (Ragazzoni et al., 2009).

Se prendiamo come modello di base il "Modello Transteorico" (TTM) di Prochaska e Di Clemente (Prochaska & Di Clemente, 1982 in Ragazzoni et al., 2009) possiamo analizzare gli stadi del cambiamento, i processi che portano l'essere umano ad attuare dei cambiamenti nelle proprie abitudini e i fattori psicologici che determinano il movimento da uno stadio all'altro. È fondamentale riuscire a capire queste dinamiche per poter supportare i nostri pazienti e le loro famiglie nel cambiamento verso routine più sane che possano contrastare l'insorgenza o il peggioramento dell'obesità infantile con tutto ciò che ne consegue in termini di salute fisica e mentale. Gli stadi del modello Transteorico sono i seguenti (Prochaska & Di Clemente, 1982 in Ragazzoni et al., 2009):

- **Precontemplazione:** Il soggetto in questa fase non ha ancora preso in considerazione l'idea di modificare il proprio comportamento. Il soggetto è mal informato rispetto ad un comportamento a rischio oppure ha già fatto molti tentativi vani per cambiare ed è demoralizzato.
- **Contemplazione:** Il soggetto inizia a prendere in considerazione l'idea di modificare il proprio comportamento. È consapevole dei pro e dei contro e questo può causare una situazione di forte ambivalenza.
- **Determinazione:** il soggetto ha deciso di modificare il proprio comportamento e modifica le modalità per metterlo in atto.
- **Azione:** il soggetto riesce a modificare il proprio comportamento.
- **Mantenimento:** il soggetto si applica a mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del comportamento.

Quando si fanno interventi sull'obesità pediatrica è fondamentale che il bambino sia motivato, perché i cambiamenti comportamentali legati all'assunzione di cibo e all'esercizio fisico sono difficili da realizzare con un livello di motivazione insufficiente (Woo & Park, 2020). Se nel trattamento il bambino ha una motivazione scarsa al cambiamento può portare alla cessazione anticipata o a risultati inadeguati del trattamento (Woo & Park, 2020). Tra diversi modelli di cambiamento il TTM è particolarmente utile per valutare la disponibilità di un paziente ad impegnarsi in cambiamenti comportamentali e fissare obiettivi. È un approccio utile per guidare il processo di cambiamento e aumentare la motivazione per trattare l'obesità pediatrica (Woo & Park, 2020).

Quando si segue il TTM per perdere peso l'effetto sul percentile dell'indice di massa corporea è più significativo rispetto ad un programma dove non si segue il TTM.

Per andare incontro alla significativa crescita di obesità infantile e diminuire questa epidemia è di fondamentale importanza sviluppare interventi che mirano ad un cambiamento dello stile di vita del bambino (Zolotarjova et al., 2018). Per prendere delle decisioni e attuare dei cambiamenti nella propria vita, una persona deve essere autodeterminata (Ziviani, 2015). Gli ergoterapisti facilitano e permettono il raggiungimento degli obiettivi per migliorare la performance occupazionale, ma questi devono essere significativi e auto confermati dalle persone (Ziviani, 2015). Come dice il TTM per poter attuare un cambiamento una persona deve essere determinata e riconoscere il problema (Prochaska & Di Clemente, 1982 in Ragazzoni et al., 2009). Noi ergoterapisti facilitiamo l'autodeterminazione tramite l'occupazione che è uno strumento motivazionale che ci consente di raggiungere i nostri obiettivi e questo permette alla persona di attuare un cambiamento (Ziviani, 2015).

"Tutte le persone hanno bisogno di essere in grado o essere rese in grado di impegnarsi

nelle occupazioni che devono fare o scelgono di fare, per crescere attraverso ciò che fanno e raggiungere l'indipendenza o l'interdipendenza, la partecipazione, la sicurezza, la salute e il benessere" (Willcock e Townsend, 2008, p.198). L'ergoterapia usa l'occupazione come intervento per raggiungere i propri obiettivi e guida la persona affinché possa raggiungere i suoi obiettivi. (Smith et al., 2008). Sappiamo che i bambini con obesità hanno difficoltà nelle aree occupazionali (Cantal, 2019) ed essendo il ruolo dell'ergoterapista intervenire quando ci sono delle difficoltà nello svolgimento delle occupazioni (Smith et al., 2008) è utile il nostro intervento per guidare questi bambini nel processo di cambiamento.

5.8. Esempi di programmi di intervento con ergoterapisti

Di seguito, verranno citati alcuni trattamenti messi in atto nel mondo da parte degli ergoterapisti per trattare l'obesità infantile e che abbiamo ritenuto interessanti da mostrare, in quanto evidenziano come utilizzando gli interessi dei bambini e i luoghi di vita di questi ultimi, l'intervento ergoterapico possa essere un valido aiuto inserito in un'equipe multidisciplinare per portare avanti obiettivi legati a questa problematica.

Il primo programma da noi esposto è il "Programma di educazione alla nutrizione per bambini obesi" con l'uso di due giochi interattivi svolto a Fortaleza, in Brasile (Munguba et al., 2008):

Questo programma è stato attuato su 200 bambini dagli 8 ai 10 anni ed è stato svolto da un ergoterapista diplomato, 23 studenti di ergoterapia, un nutrizionista e un medico (Munguba et al., 2008).

Sono stati creati un gioco da tavola e un videogioco sulla base delle preferenze dei partecipanti e quali erano i giochi a loro più famigliari (Munguba et al., 2008). Entrambi i giochi, miravano ad istruire i bambini sull'alimentazione sana, erano basati sulla piramide alimentare adattata al contesto culturale in Brasile e venivano proposti ai bambini con sedute di 30 minuti a settimana per quattro mesi (Munguba et al., 2008). I giochi cercavano di far costruire dal bambino stesso il proprio piano alimentare spronandolo a consumare sei pasti sani al giorno (Munguba et al., 2008). Si è concluso che le strategie applicate per l'apprendimento sono state; la metanalisi, le strategie di motivazione intrinseca e le strategie di attenzione ma non solo, i bambini si sono mostrati entusiasti di apprendere mediante il gioco, si sono immedesimati nel loro personaggio applicando nella realtà quello che decidevano nel gioco e hanno dimostrato di aver appreso i concetti base dell'alimentazione sana applicandoli nella vita quotidiana e scegliendo cibi più sani durante le pause o mentre andavano a fare la spesa con la mamma (Munguba et al., 2008). Il programma mirava sia a svolgere un intervento educativo su bambino e famiglia che a promuovere la salute del bambino con scelte alimentare migliori (Munguba et al., 2008). L'intervento ergoterapico è stato fondamentale in quanto, tramite un'attenta analisi delle abitudini e delle preferenze dei bambini, ha contribuito a creare dei giochi significativi e stimolanti per questi ultimi, riuscendo a motivarli a partecipare al programma (Munguba et al., 2008). Un altro fattore importante che ha permesso la buona riuscita del programma è stato il fatto che i giochi sono stati co-costruiti con i bambini stessi, dando un significato maggiore all'attività e facendo percepire al bambino di essere coinvolto nella pianificazione di quest'ultima (Munguba et al., 2008).

Il Programma basato sul dopo scuola è un programma comunitario per bambini con obesità, dalla durata di 7 settimane e che segue uno stile di vita sano e questo programma è basato sul modello PEO (Kugel 2017). In questo programma, è stata data particolare attenzione al significato dell'occupazione e all'esperienza personale della persona che la svolge (Kugel 2017). È stato compilato il COPM ad inizio programma con le occupazioni

che si vorrebbe migliorare; vestirsi meglio, avere meno difficoltà con il respiro, mangiare meno dolci sono alcune delle occupazioni citate dal gruppo (Kugel 2017). Sono stati fatti dei colloqui individuali per capire le abitudini del bambino, la routine della famiglia, la vita scolastica ma anche la fiducia in sé stesso e il bullismo (Kugel 2017). Nelle sette settimane i partecipanti hanno svolto delle attività nel dopo scuola, mirate a spronare la discussione fra i partecipanti e a far capire loro la differenza tra abitudini sane e non sane ma non solo, volto anche a capire cosa significa essere in salute e avere stima di sé (Kugel 2017). È stata posta attenzione agli obiettivi personali, sono state svolte attività artistiche, dei collage per definire cosa è la concezione di bellezza, yoga, giardinaggio e una parte più teorica che andava ad insegnare la piramide del cibo e gli elementi che caratterizzano un'alimentazione sana (Kugel 2017).

Il programma ha avuto degli esiti positivi e dovrebbe essere implementato maggiormente nelle scuole (Kugel, 2017).

L'intervento familiare incentrato sull'occupazione chiamato "Lighter Living", ideato in Svezia e diretto da due ergoterapiste, ha dimostrato l'efficacia nel ridurre l'indice di massa corporea nei bambini aumentando il tempo che i membri della famiglia trascorrono insieme condividendo delle occupazioni (Orban et al., 2014). Durante l'intervento durato un anno, i genitori sono stati incoraggiati a riflettere sulle loro abitudini e routine e hanno cercato di aumentare il tempo trascorso con i propri figli facendo occupazioni significative (Orban et al., 2014). I bambini dello studio sono stati reclutati in un ospedale pediatrico ed erano già affetti da obesità mentre ai genitori è stato dato un diario come strumento per annotare le occupazioni svolte durante la giornata e con chi le svolgevano (Orban et al., 2014). Il programma aveva il focus specifico di aiutare il nucleo familiare nel cambiamento ad abitudini più sane (Orban et al., 2014). Questo programma è diverso dagli altri in quanto non mette il focus sulla restrizione dietetica o sull'aumento dell'attività fisica ma sposta lo sguardo sul sostegno ai genitori nel cambiare il loro stile di vita, modificando le routine quotidiana per trascorrere più tempo con i figli in occupazioni significative e migliorando le routine dei pasti (Orban et al., 2014). I genitori sono riusciti ad aumentare il tempo trascorso con i figli in co-occupazioni di, in media, 91 minuti al giorno aumentando anche le occupazioni fisicamente attive e i bambini hanno avuto una diminuzione significativa dell'indice di massa corporea (Orban et al., 2014). In Svezia, il congedo parentale permette al padre di essere molto presente e consente ad entrambi i genitori di lavorare a tempo parziale fino al compimento dell'ottavo anno di età del bambino (Orban et al., 2014) che è un fattore non trascurabile per un programma simile. Il Romp & Chomp è un programma di intervento a livello comunitario erogato in Australia dal 2004 al 2008 e volto a ridurre l'obesità infantile (de Silva-Sanigorski et al., 2010). Si è concentrato sul rafforzamento delle capacità della comunità e ha agito sull'ambiente (politico, socioculturale e fisico) per aumentare l'alimentazione sana e il gioco attivo nella cura della prima infanzia e nei contesti educativi (de Silva-Sanigorski et al., 2010). Il progetto ha avuto luogo nelle aree della città di Greater Geelong e ha operato attraverso i centri Long Day Care, Family Day Care, le scuole di prima infanzia e i servizi sanitari della comunità (de Silva-Sanigorski et al., 2010). Si prevedeva di aumentare le capacità della comunità di promuovere uno stile di vita maggiormente sano, è stata dunque sviluppata una consultazione della comunità e un coinvolgimento di quest'ultima nelle decisioni (de Silva-Sanigorski et al., 2010). Nel concreto, il progetto ha agito su più fronti e con molteplici obiettivi. Ha tentato di istruire i componenti della comunità all'alimentazione sana con volantini, poster posti negli studi medici e corsi ai docenti. Nelle scuole, venivano distribuiti delle schede con dei suggerimenti e del materiale concreto come bottiglie d'acqua e pranzi al sacco (de Silva-Sanigorski et al., 2010).

Per evitare il consumo di zuccheri e bevande zuccherate, sono stati coinvolti i dentisti della comunità e la sensibilizzazione è stata fatta direttamente sui bambini (de Silva-Sanigorski et al., 2010). Il programma ha avuto molteplici benefici; ha ridotto effettivamente il BMI dei bambini trattati. Il miglioramento della dieta ha beneficiato sulla salute generale e sulla salute dei denti (de Silva-Sanigorski et al., 2010).

Nei vari articoli scientifici consultati, abbiamo trovato diverso materiale che parla di come l'intervento ergoterapico possa prevenire o migliorare la qualità di vita del bambino obeso. Non abbiamo però trovato letteratura che sostenga cosa venga fatto in Ticino nei nostri studi ergoterapici con bambini affetti da questa patologia, perciò partendo da questo *knowledge gap*, abbiamo deciso di esplorare quali sono gli interventi che vengono proposti negli studi ergoterapici del Ticino di fronte a questa patologia sempre più presente sul territorio e nel mondo. Volevamo approfondire le esperienze degli ergoterapisti che lavorano da almeno due anni in questo ambito e che hanno trattato bambini con queste difficoltà per avere degli spunti di riflessione che possono essere utili per far fronte a questa epidemia di "globesity" a tutti coloro che lavorano nell'ambito. Sempre a tale proposito, abbiamo deciso di fare una ricerca qualitativa con delle interviste svolte agli ergoterapisti del territorio, per poter esplorare le loro esperienze soggettive e capire il loro vissuto in maniera più dettagliata possibile.

6. Metodologia

In questo capitolo andremo ad approfondire la metodologia scelta per questo lavoro. Introdurremo quella che è la ricerca qualitativa spiegando quali sono gli obiettivi di questo tipo di ricerca e come mai abbiamo deciso di seguire questa via. Poi andremo a spiegare come creare un'intervista scegliendo domande adeguate e quali sono i punti forti e deboli dell'intervista. Come già detto andremo ad intervistare ergoterapisti presenti sul territorio, ma per fare questo dobbiamo chiederci chi scegliere per la nostra indagine. Ci saranno quindi dei criteri di inclusione ed esclusione per decidere chi saranno i partecipanti che andremo ad intervistare. Di seguito ci sarà un capitolo sulla raccolta dati, seguito da un altro capitolo dove verrà spiegata la durata e il setting scelto per intervistare. Spiegheremo come abbiamo svolto le interviste, rispettando anche dei criteri di privacy. In fine, presenteremo i dati raccolti mettendoli a confronto con la letteratura e parleremo anche dei bias.

Ci baseremo su articoli scientifici, libri e materiali vari trattati a scuola. Le banche dati utilizzate per trovare il materiale scientifico sono PUBMED, SAGE, CINAHL e il motore di ricerca GOOGLE SCHOLAR. Purtroppo, non sempre avevamo accesso agli articoli, perciò è stato più difficile arrivare alle varie informazioni. Le Keywords utilizzate sono le seguenti: Occupational therapy, children with obesity, treatment, prevention, consequences, healthy. Una volta trovato i primi articoli è stata effettuata una ricerca attraverso i suggerimenti ed è stata consultata la bibliografia dei testi scientifici trovati, mentre il principale operatore booleano utilizzato nelle nostre ricerche è stato "AND".

6.1. Design di ricerca: la ricerca qualitativa

La metodologia scelta per elaborare la tesi di Bachelor è la ricerca qualitativa. La ricerca qualitativa vuole indagare i fenomeni nell'ambiente naturale, approfondire i significati e le interpretazioni date dalla vita quotidiana e quello che riporta la persona dall'esperienza. Indaga anche la complessità della vita quotidiana e il modo in cui si comportano (Taylor, 2007). Con la nostra tesi andremo ad indagare le esperienze personali di ergoterapisti pediatriche che lavorano con bambini obesi dai sei agli undici anni sul territorio ticinese,

con lo scopo di individuare quali aree sono maggiormente colpite e quali interventi si possono mettere in atto per migliorare la qualità di vita e la partecipazione dei bambini. La ricerca qualitativa è una ricerca volta a voler esplorare l'esperienza della persona e le sfaccettature di quest'ultima nel contesto in cui opera (Taylor, 2007). Il motivo principale per il quale abbiamo quindi scelto questo tipo di ricerca, è per lasciare lo spazio agli ergoterapisti di raccontare la loro esperienza. Scegliendo la ricerca qualitativa andremo a capire effettivamente in che modo opera l'ergoterapista nella pratica. I risultati saranno quindi soggettivi e non oggettivi, in quanto questo tipo di ricerca parla dell'esperienza dei partecipanti in un contesto e sul modo in cui si approcciano alle varie situazioni. Quando si parla di ricerca qualitativa ci sono diversi design di studio che andremo a spiegare in breve:

- **Etnografia:** in questo design di ricerca è fondamentale che il ricercatore sia immerso nell'ambiente dei partecipanti. L'etnografo deve avere ad un resoconto completo degli aspetti sociali della sua ricerca. Lo scopo è quindi quello di immergersi nella popolazione di ricerca ed avere alla fine un quadro di ciò che sono i comportamenti, le azioni, gli eventi, ecc. con il punto di vista di qualcuno che fa parte della popolazione. Il ricercatore dovrebbe essere coinvolto in modo diretto con la popolazione per poter trovare dati che altrimenti sarebbe difficile estrarre e registrare (Tenny et al., 2021) da aggiungere nella bibliografia.
- **Grounded Theory:** con la Grounded Theory si concentra sulla costruzione di teorie e si focalizza sulla ricerca per identificare i processi sociali fondamentali all'interno di una determinata situazione sociale (Taylor, 2007). Ciò che distingue la ricerca quantitativa dalla Grounded Theory, è che la prima è deduttiva e verifica una teoria che esiste già, l'altra invece è induttiva e quindi si lega a ricerche che hanno l'obiettivo di studiare le interazioni o le esperienze sociali. Lo scopo della Grounded Theory è quindi spiegare il perché e come si verifica un determinato fenomeno o le persone si comportano in quel modo. Il ricercatore osservando la popolazione può quindi sviluppare una teoria per spiegare i fenomeni di interesse (Tenny et al., 2021).
- **Fenomenologia:** nella fenomenologia si studia il significato dei fenomeni o si parla anche di studio del particolare. La fenomenologia esamina le esperienze vissute dei partecipanti e vuole esaminare come e perché i partecipanti si sono comportati in un determinato modo, dal loro punto di vista. Anche se sembra simile alla Grounded Theory non è la stessa cosa, la Grounded Theory vuole sviluppare una teoria per fenomeni sociali attraverso l'esame di fonti di dati; mentre la fenomenologia si focalizza sulla rappresentazione di un fenomeno dal punto di vista di quelli che l'hanno vissuto (Tenny et al., 2021).
- **Ricerca narrativa:** in una ricerca qualitativa ci sono dettagli e descrizioni dell'ambiente coinvolto e citazioni dei partecipanti. Questi dettagli vengono chiamati descrizioni spesse o ricche ed è un punto di forza della ricerca qualitativa. La ricerca narrativa è particolarmente ricca di queste descrizioni spesse, perché c'è un intreccio di eventi che in genere sono legati ad uno o due individui che vanno a creare una storia coesa o narrativa. Anche se prende tempo e può sembrare riduttivo concentrarsi sugli eventi che vivono uno o due individui, può aiutare il ricercatore a capire cosa ha influenzato un determinato fenomeno. Il conflitto che si può creare tra narrazioni diverse può essere opportunità di innovazione (Tenny et al., 2021).

Il design di ricerca più adatto alla nostra ricerca è quello fenomenologico in quanto vogliamo andare ad esaminare come si approcciano gli ergoterapisti con i bambini con obesità. Vogliamo sentire l'esperienza di questi professionisti e capire come mai si

comportano in un determinato modo in quanto vivono il fenomeno. A partire da queste esperienze si potranno condividere le esperienze e metterle in comune per la pratica professionale.

Per estrarre dati qualitativi ci sono diversi metodi (Cropley, 2015), ovvero:

- La partecipazione nel setting
- L'intervista
- L'osservazione diretta
- L'analisi di documenti ed oggetti

Scegliere di eseguire una ricerca qualitativa ci confronta con diversi aspetti positivi ma anche con delle debolezze; per svolgere questo tipo di ricerca, è indispensabile organizzarsi al meglio per rispettare le tempistiche in quanto, parte del nostro lavoro dipende dalle risposte delle interviste e quindi da terze persone che potrebbero non essere sempre disponibili. D'altro canto, questo tipo di lavoro ci permette di confrontarci con dei professionisti, di cogliere le loro percezioni e le loro idee e di basarci sulla pratica professionale in Ticino potendo visionare da vicino come ci si approccia realmente di fronte alla problematica da noi evidenziata. Fare un'intervista significa anche dover interagire con gli ergoterapisti e quindi saper gestire anche le dinamiche che si vanno a creare tra noi due e le persone intervistate. Ci sono poi dei vantaggi e degli svantaggi sia per la ricerca qualitativa che quella quantitativa. Alcune differenze tra la ricerca qualitativa e quantitativa è il fatto che in quella qualitativa il gruppo bersaglio non viene selezionato in modo randomizzato ed è più piccolo (Johnson & Christensen, 2016). I risultati che si ottengono da una ricerca qualitativa non sono generalizzabili; invece, quelli quantitativi sono generalizzabili (Johnson & Christensen, 2016). Nella ricerca di tipo qualitativo si possono studiare tante variabili in quanto si lascia molto spazio per esplorare il vissuto della persona intervistata, la sua percezione e le sue idee (Johnson & Christensen, 2016).

6.2. Strumento di raccolta dati: l'intervista

Per quanto riguarda la raccolta di dati qualitativi le interviste sono tra le strategie più comuni (Dicicco-Bloom & Crabtree, 2006). L'intervista è stata definita come un tipo particolare di conversazione, strutturata e guidata dal ricercatore al fine di stimolare alcune informazioni (Porta, 2014). L'intervista è una tecnica per avere accesso alle osservazioni degli altri e permette di raccogliere le riflessioni dell'intervistato (Porta, 2014). Il nostro obiettivo è proprio quello di porre delle domande ad un campione di popolazione che nel nostro caso sono gli ergoterapisti che lavorano con bambini con obesità sul territorio ticinese e di riuscire a cogliere il loro vissuto personale e le loro esperienze come esperti in Ticino.

Ci sono diverse tipologie di interviste: strutturate, non strutturate e semi strutturate. Esse vengono anche definite interviste "guidate" o "aperte". Nell'intervista strutturata, l'intervistatore pone delle domande chiuse, dove l'intervistato deve rispondere in maniera precisa e mirata. Nelle interviste aperte al contrario, l'intervistato ha più libertà per raccontare la sua esperienza, la sua percezione o il suo vissuto (Polgar & Thomas, 2008). Nel nostro lavoro abbiamo scelto una via di mezzo fra le due tipologie, ponendo un'intervista semi strutturata. Questo perché volevamo delle risposte precise e brevi per alcune domande ma volevamo anche lasciare un buono spazio per poter cogliere le sfumature e la complessità del lavoro che svolge l'ergoterapista con il bambino con obesità. Ad esempio, per sapere se ci sono bambini che vengono segnalati in ergoterapia per la problematica dell'obesità, quanti anni hanno e in media quanti ne vengono segnalati all'anno, ci serve una risposta precisa e puntuale. Invece, per sapere quali sono i trattamenti proposti in ergoterapia, quali sono le aree maggiormente toccate da questa

patologia, quali sono gli interventi proposti ai genitori ci aspettiamo che l'ergoterapista intervistato necessiti di più spazio per poter spiegare in maniera flessibile il suo operato e il suo vissuto. Pertanto, l'intervista semi strutturata ci è sembrata l'alternativa migliore da proporre, dove poteva estrapolare i dati che ci servivano in maniera completa senza impedire al nostro intervistato di esprimersi liberamente sulla tematica. Abbiamo dunque riflettuto su quali potevano essere i vantaggi e gli svantaggi di questa metodologia; come detto in precedenza, il vantaggio è sicuramente quello di lasciare lo spazio necessario all'intervistato di esporre le proprie riflessioni in maniera flessibile, senza essere "guidato" e quindi influenzato dall'intervistatore. Se l'intervista è svolta bene, si può creare una buona cooperazione tra intervistatore e intervistato e ciò consente di andare a rilevare una serie di dettagli importanti (Polgar & Thomas, 2008). D'altro canto, il rischio è quello di "perdersi" all'interno della naturalezza dell'intervista che sicuramente, solleverà domande diverse all'interno della discussione rischiando quindi di non raccogliere dati uguali per ogni intervistato (Polgar & Thomas, 2008). Questo potrebbe risultare problematico nel momento in cui si andranno a guardare i dati raccolti. È importante sottolineare anche che in queste interviste, i dati raccolti non sono oggettivi e non possono essere confermati in maniera empirica poiché i valori emersi, sono più soggettivi.

6.3. Preparazione griglia di domande

Per la preparazione della griglia di domande, abbiamo innanzitutto fatto un brainstorming di tutte le parole chiave che ci venivano in mente e delle domande che avremmo potuto porre. Abbiamo poi scartato le domande che avrebbero generato delle risposte chiuse e che ci sembrava non fossero idonee alla nostra domanda di tesi. Quindi, abbiamo trovato delle categorie con una domanda aperta principale e abbiamo poi generato delle sotto domande che abbiamo deciso di usare solo se nella conversazione non venivano già date delle risposte a tali tematiche.

6.4. Partecipanti

I partecipanti che abbiamo preso in considerazione per la nostra ricerca sono gli ergoterapisti presenti sul territorio ticinese che lavorano in ambito pediatrico con bambini con obesità fra 6 e 12 anni. La nostra idea era quella di intervistare sei ergoterapisti ponendo la nostra domanda di ricerca e altre sotto-domande. Per decidere quali ergoterapisti intervistare, ci siamo poste dei criteri di inclusione ed esclusione che sono inseriti nella tabella seguente.

Tabella 3: Criteri di inclusione ed esclusione degli intervistati (DeTogni & Kobkyn, 2021).

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Ergoterapisti che lavorano sul territorio ticinese	Ergoterapisti che non lavorano sul territorio ticinese
Ergoterapisti che hanno almeno due anni di esperienza in pediatria	Ergoterapisti che hanno meno di due anni di esperienza in pediatria
Ergoterapisti che hanno seguito almeno due bambini con obesità	Ergoterapisti che non hanno seguito almeno due bambini con obesità tra i sei e gli undici anni
Ergoterapisti che lavorano in uno studio privato misto con specializzazione pediatrica	Ergoterapisti che non lavorano in uno studio privato misto con specializzazione pediatrica
Ergoterapisti che lavorano in uno studio privato pediatrico con specializzazione pediatrica	Ergoterapisti che non lavorano in uno studio privato pediatrico con specializzazione pediatrica
Ergoterapisti che lavorano in istituti con specializzazione pediatrica	Ergoterapisti che non lavorano in istituti con specializzazione pediatrica

Per la ricerca dei nostri partecipanti abbiamo deciso di contattare diversi studi sul territorio ticinese. Come primo passo abbiamo cercato la lista degli studi ergoterapici pediatrici che operano in Ticino sul sito dell'ASE (Elenco dei centri di Ergoterapia in Ticino, s.d.).

6.5. Contesto raccolta dati

Le interviste sono state svolte da entrambe, in maniera da poter cogliere più dettagli che magari una di noi potrebbe non vedere in un determinato momento. Per ogni intervista, abbiamo deciso chi avrebbe assunto il ruolo di dirigere la situazione e di porre le domande all'intervistato, in modo da permettere alla persona intervistata di avere un punto di riferimento mentre l'altra avrebbe raccolto degli appunti cartacei, dopo aver chiesto il consenso all'intervistato. Nonostante ci troviamo in una situazione sanitaria particolare, avremmo voluto fare le interviste di persona e non in videochiamata. Secondo noi questo avrebbe reso il tutto più facile, in quanto doversi collegare online richiede una certa organizzazione e conoscenza tecnologica che non possiamo pretendere da tutti. Inoltre, il fatto di vedersi di persona aiuta a creare un certo rapporto che permetterà di poter approfondire ulteriormente alcuni aspetti.

È stata studiata la differenza tra porre delle domande online o porle *face to face* in un focus group ed è emerso che i partecipanti online tendevano a fornire commenti più brevi ed erano più propensi a dire solo poche parole di accordo. Ponendo delle domande *face to face* si danno risposte più approfondite (Schneider et al., 2002). Purtroppo, però, data l'incertezza dovuta al momento particolare che stiamo vivendo, nessuno studio ha accettato di accoglierci in presenza e abbiamo dovuto ovviare l'inconveniente con la tecnologia. Abbiamo però constatato che è stato più facile trovare un momento dove incontrarsi e questo ha accorciato i tempi di attesa.

6.6. Svolgimento interviste e setting

Le interviste sono state svolte nel mese di febbraio e marzo. Il giorno e l'orario sono stati concordati con gli studi ergoterapici in base alle disponibilità dei professionisti. Ci siamo

preparate di seguire tutte le direttive sanitarie del momento per poterci recare sul luogo e intervistare dal vivo gli ergoterapisti selezionati.

Per ogni intervista, ci siamo avvalse della griglia di domande preparata precedentemente lasciando però spazio anche a domande generate durante la conversazione con l'intervistato. Abbiamo effettuato una registrazione audio tramite il cellulare, a seguito della firma del consenso informato, in maniera da poter riascoltare le interviste e cogliere sfumature nuove. Ci siamo inizialmente presentate, abbiamo presentato lo scopo della nostra tesi e spiegato cosa volevamo capire e raccogliere dalle nostre interviste. La griglia di intervista era suddivisa in quattro grandi domande aperte e altre sotto domande per spronare la conversazione in caso l'intervistato non sapesse cosa aggiungere. Abbiamo preso appunti cartacei durante l'intervista e abbiamo posto particolare attenzione anche al linguaggio non verbale. Secondo gli autori Polgar & Thomas (2008), i metodi per riportare le informazioni raccolte durante l'intervista sono quattro, ovvero annotarsi a mano gli aspetti importanti, scrivere su una scheda le risposte, filmare l'intervista o registrarla. Abbiamo scelto svolgere le registrazioni audio, poiché spesso i partecipanti non hanno piacere di essere filmati in quanto incide troppo sulla privacy e non volevamo risultare troppo invadenti (Polgar & Thomas, 2008).

6.7. Etica e privacy

In quanto, per raccogliere i nostri dati, abbiamo avuto la necessità di coinvolgere dei professionisti sul territorio ticinese, abbiamo dato loro un consenso informato da firmare (vedi allegato numero 1) per rispettare le norme della privacy. Firmando il consenso informato, gli ergoterapisti hanno acconsentito a partecipare volontariamente alla ricerca, hanno acconsentito di lasciarci registrare un audio dell'intervista che verrà eliminato non appena consegneremo il lavoro di Bachelor e sono stati resi consapevoli che le loro esperienze sarebbero state riportate all'interno di questo lavoro che in seguito sarà pubblicato online sul portale della SUPSI. Abbiamo posto l'accento sul fatto che i dati raccolti sarebbero stati utilizzati solo ed esclusivamente al fine di questa ricerca e che non avrebbero dovuto dare nessun dato sensibile dei loro pazienti. Infine, abbiamo fatto presente che tutti i dati sarebbero stati trascritti in forma anonima, senza fare allusioni a nessun luogo di lavoro specifico.

6.8. Metodologia di analisi dell'intervista: l'analisi tematica

Per analizzare le nostre interviste, abbiamo utilizzato l'analisi tematica che ci ha aiutato ad identificare, raccogliere e descrivere in maniera esaustiva i dati emersi. L'analisi tematica è uno dei metodi più utilizzati per la ricerca qualitativa (Braun & Clarke, 2006).

Essa si suddivide in sei fasi che vanno seguite per poter raccontare i dati emersi dalle interviste (Braun & Clarke, 2006):

Familiarizzare con i dati: in questa fase, vengono letti più volte i dati raccolti per fare in modo di comprendere bene il contenuto e le varie sfumature delle parole riportate. Nel nostro caso in cui le interviste sono fatte di persona e registrate, è bene trascrivere tutto il contenuto sebbene questo richieda molto tempo. In questa fase, si comincia a farsi un'idea delle codifiche con le quali vorremmo racchiudere i dati.

Generare primi codici e codificare il contenuto: quando le interviste sono state lette più volte e si ha familiarità con i dati raccolti e dei vari temi racchiusi tra di essi, si possono "organizzare" i propri dati codificandoli con dei titoli generici che racchiudano l'essenza di essi.

Classificare i codici ricercando i temi generali: In questo step abbiamo già codificato i nostri dati e possiamo iniziare a generare dei titoli con i temi generali e dei sottotitoli, evidenziando le informazioni che non ci sembrano così importanti e suddividendo i temi su vari livelli (ad esempio temi principali, sotto temi al loro interno ecc.).

Verificare i temi: durante questa fase, potremmo accorgerci che non tutti i temi sono indispensabili in questo lavoro. In alcuni casi, potrebbe essere che non abbiamo abbastanza dati per supportare una tematica o che i dati sono troppo diversi tra loro. In altri casi invece ci potremmo accorgere che alcune tematiche sono molto simili e che possono essere racchiuse nella stessa codifica. Pertanto, in questo momento potremmo revisionare il nostro lavoro e sistemarlo.

Sviluppare i temi e interpretarli: quando si dispone di una mappa tematica soddisfacente dei dati, si perfezionano ultimamente i dati da presentare nella nostra analisi. Faremo un'analisi dettagliata di ogni tema generato durante l'intervista e lo relazioneremo in maniera più ampia alla ricerca che abbiamo fatto raccogliendo i nostri dati.

Scrivere il rapporto: un'analisi finale per raccontare la storia dei nostri dati in modo da convincere il lettore della validità della nostra analisi.

Nell'allegato numero 2, troverete la nostra tabella dell'analisi tematica svolta per le nostre interviste.

6.9. Bias

Abbiamo deciso di registrare le interviste per poter recuperare in seguito tutti i dettagli che sul momento, magari non è possibile cogliere e per essere sicure di non dare diverse interpretazioni ai dati raccolti utilizzando solo la nostra memoria ma senza una traccia sicura. Non siamo state agevolate dal fatto di svolgere le interviste online. Alcune volte, abbiamo interrotto l'intervistato mentre stava per parlare in quanto ci sembrava avesse ultimato la frase, andando magari a porre ulteriori domande che influenzavano leggermente le risposte.

7. Risultati

All'interno di questo capito, andremo ad esporre i principali dati emersi dalle interviste partendo dalla presentazione del campione. I risultati verranno presentati seguendo principalmente le categorie di domande poste.

Per presentare il campione di ergoterapisti che abbiamo intervistato, abbiamo deciso di creare una tabella con i dati principali dei partecipanti, il giorno dell'intervista, la zona del luogo di lavoro, gli anni di esperienza in pediatria, il luogo di formazione e l'anno del conseguimento del diploma/laurea. Abbiamo cercato di intervistare degli ergoterapisti sia nel Sopraceneri che nel Sottoceneri, in zone differenti per avere un campione più variato e raccogliere esperienze più diversificate tra di loro.

Tabella 4: Dati sugli intervistati (DeTogni & Kobkyn, 2022).

Partecipante	Data intervista	Luogo di lavoro	Anni di esperienza in pediatria	Tempo trascorso dal conseguimento della laurea e luogo di formazione
Ergoterapista 1	20.02.2022	Sopraceneri, studio privato	8 anni	8 anni, SUPSI Ticino + CAS in Neuroriabilitazione
Ergoterapista 2	25.02.2022	Sopraceneri, studio privato	9 anni	18 anni, Germania
Ergoterapista 3	13.03.2022	Sottoceneri, clinica	18 anni	18 anni, Scuola Superiore Medico Tecnica, Ticino
Ergoterapista 4	09.03.2022	Sottoceneri, studio privato	15 anni	17 anni, Losanna
Ergoterapista 5	08.03.2022	Sopraceneri, studio privato	16 anni	18, Scuola Superiore Medico Tecnica, Ticino
Ergoterapista 6	22.03.2022	Sopraceneri, studio privato	30 anni	30 anni, Scuola Superiore Medico Tecnica, Ticino

7.1. Elementi emersi dalle interviste

1. Le difficoltà del bambino con obesità

I primi dati emersi dalle interviste riguardano le difficoltà che i bambini con obesità riscontrano nella loro vita quotidiana e che sono ben visibili per gli ergoterapisti in Ticino. Si è riscontrato che questi bambini fanno fatica in diverse aree occupazionali, principalmente nelle attività motorie e questo li porta ad una mancata partecipazione nel tempo libero con i compagni. Ad esempio, sono bambini che non si iscrivono nelle squadre sportive per paura di un fallimento e questo va sia a peggiorare il loro peso che la loro autostima. Faticano ad essere allo stesso livello degli altri bambini anche nei giochi, che spesso sono motori e di conseguenza tendono a rinunciare e ad isolarsi perdendo poi la possibilità di fare delle esperienze fondamentali per lo sviluppo. Questo li porta anche ad essere oggetto di scherno da parte dei coetanei con ulteriori sofferenze e difficoltà per quanto concerne l'autostima e la sicurezza in sé stessi.

“Sono bambini che ad un certo punto vogliono fargli fare lo sport di gruppo così dimagriscono però a livello di autostima già fanno fatica, non corrono, e quindi da una parte potrebbe far bene però potrebbe anche intaccare maggiormente la loro autostima perché si trovano di fronte alla difficoltà e alla realtà che non riescono come gli altri, anche a livello di fatica.” (intervistata 3)

Diventa per loro un meccanismo di difesa quello di non partecipare e di ritirarsi prima di aver provato, in quanto non hanno abbastanza fiducia in sé stessi, temono il giudizio degli altri e hanno timore di fallire nuovamente nelle prove poste. Questo li mette nella condizione di non sperimentare nuove situazioni con la conseguenza di non avere un miglioramento nelle loro abilità.

“Nel corso degli anni collezionano diverse esperienze negative, in alcuni casi umilianti, perciò, come meccanismo di difesa, cercano di evitare le situazioni potenzialmente difficoltose. Nella mia esperienza, i bambini che ho incontrato, si ritraevano dalle attività motorie per paura di fallire, per evitare di confrontarsi con attività che ritenevano difficili o faticose, soprattutto se erano da svolgere in pubblico, di fronte ad altri bambini.” (intervistata 1)

Inoltre, questi bambini fanno fatica nelle attività che vengono richieste a scuola, per loro non è facile stare concentrati e raggiungere gli stessi risultati come i loro compagni. Secondo un intervistato, se l'autostima del bambino è molto alta, potrebbe avere meno difficoltà a livello scolastico anche se, il pensiero persistente del cibo e l'alto livello di zuccheri nel sangue non contribuisce in maniera positiva all'apprendimento. Anche la difficoltà nel dormire in maniera appropriata, causata dall'alimentazione scorretta e dal peso troppo elevato, potrebbe non consentire al bambino di riuscire a mantenere l'attenzione durante il giorno e nelle ore scolastiche.

“Le difficoltà si ripercuotono su tutti gli ambiti di vita a mio parere: cura di sé (un bambino che ho seguito faceva addirittura fatica a pulirsi dopo essere andato in bagno) tempo libero (sport, gioco libero con i compagni, andare in bici, parco giochi, passeggiata scolastica...) e produttività (l'alto livello di zucchero nel sangue a volte incide sulla concentrazione dei bambini e sul ritmo sonno-veglia).” (intervistata 1)

Anche per le BADL si possono incontrare diverse difficoltà, come ad esempio il vestirsi e la cura di sé. Il bambino obeso fatica a trovare vestiti della sua taglia e non si sente a suo agio con il suo corpo, creando quindi una scelta limitata di cosa indossare. Inoltre, sono bambini che faticano a muoversi velocemente, spesso sono sudati e faticano dunque ad indossare i vestiti risultando sempre gli ultimi e talvolta ricevendo dei rimproveri da parte di genitori o docenti per essere così lenti rispetto agli altri. Il cibo inoltre può essere un pensiero persistente nell'arco della giornata che va ad intaccare anche le routine giornaliere perché lo spazio dedicato a cibarsi o a pensare al cibo, toglie spazio ad altre attività che non vengono più fatte.

“...E poi una cosa che impressiona sempre nei miei bambini tondi, ne ho visto uno che era talmente tondo che non c'erano i vestiti della sua taglia da bambino per cui i genitori gli mettevano i pantaloni da adulto e gli tagliavano le gambe per cui questo poverino aveva per esempio le tasche quelle laterali sotto il ginocchio, faceva un poco impressione. Ne ho un altro che è costantemente con il pantalone abbassato dietro, gli cade proprio. Hanno questi aspetti anche particolari. Non riesci quasi a tenerli un poco insieme questi poverini. Sono sempre sudati, se gli chiedi di fare una prestazione sono affannati.” (intervistata 4)

È difficile dire in quale contesto di vita fanno maggiormente fatica, si tratta di un insieme di diversi fattori che portano il bambino con obesità ad avere variate difficoltà nelle diverse aree occupazionali.

“L'obesità non è l'unica problematica nella attività di vita quotidiana, ma un insieme di molto fattori come famigliari, c'è tanto tanto altro dietro. È difficile trovare uno specifico ambito di vita.” (intervistata 3)

1.2. Giudizio, bullismo e autostima

È emerso che il luogo nel quale i bambini vengono presi di più in giro è la scuola, da parte dei loro compagni. C'è questo confronto continuo con i coetanei dove anche loro si rendono conto di essere diversi e dove vengono esclusi dagli altri perché hanno un corpo diverso o non riescono a fare le attività come gli fanno gli altri. Questo genera problemi di autostima e di regolazione emotiva. Possiamo vedere bambini con obesità essere soggetti a scatti di ira o di pianto incontrollato, in generale fanno fatica a trattenere gli impulsi. Sono spesso soggetti di derisioni da parte degli altri e questo va ad interferire con lo sviluppo sereno del bambino.

“In terapia non c'è un ambiente giudicante, zero, a scuola invece è possibile che qualcuno non abbia una sensibilità molto elevata e possa essere giudicante. Tra bambini, i bambini sono, ora mi state registrando, però tra di loro sono carogne bastarde in assoluto.” (intervistata 2)

Viene inoltre riportato più volte quanto sia difficile parlare di questo argomento sia con i genitori che risultano sfuggenti, ma anche con i bambini che soffrono e si sentono a disagio nel dire che gli altri li prendono in giro per il loro peso. È un argomento che genera grande sofferenza e anche da parte di noi ergoterapisti, non è sempre facile da affrontare.

“Quando esce il discorso, raramente perché sono schivi non ne parlano volentieri e questo già fa immaginare che è motivo di sofferenza dice ogni tanto “mi dicono che sono cicciona”, riferito ai suoi compagni.” (intervistata 5)

La percezione del proprio corpo influisce in maniera significativa con il rapporto che instaurano con i coetanei e su come si sentono all'interno del gruppo. Alcuni bambini faticano ad accettare il proprio corpo a causa di esperienze negative avute nel corso del tempo e tendono ad isolarsi in maniera spontanea. Bisogna però dire che non tutti i bambini per forza hanno questi vissuti di disagio. Alcuni hanno un rapporto più sereno con il loro peso e quindi non la vivono in maniera così complessa la relazione con gli altri. Questo dipende molto sia dai fattori personali che da quelli ambientali.

“Dipende come ognuno vive il suo corpo. Molto dicono ho un sacco di amici, faccio molte cose, altri dicono che la loro vita è un inferno non mi trovo per niente bene.” (intervistata 4)

2. Relazione con il cibo e scorretta alimentazione

Un altro tema emerso dalle interviste è stata la relazione che il bambino obeso ha con il cibo e quale è il focus di noi ergoterapisti quando prendiamo a carico questi bambini. È stato riportato da tutti gli ergoterapisti intervistati il fatto che nessun bambino con obesità è mai stato segnalato allo studio per questa patologia ma sempre per altre problematiche che talvolta sono correlate. Gli intervistati raccontano che alcune diagnosi spesso sono accompagnate da un problema di peso, come ad esempio la Sindrome di Down, l'autismo e l'ADHD. Quest'ultimo viene citato in corrispondenza alla difficoltà di trattenere gli impulsi che può portare il bambino a cibarsi più del necessario o a sfogare le frustrazioni sul cibo.

“Questi ultimi presentavano dei disturbi della coordinazione motoria e mi sono resa conto che il sovrappeso e le difficoltà motorie erano strettamente collegate e che diventava difficile sapere quale disturbo causava l’altro: il bambino era imbranato e goffo nei movimenti a causa della massa ponderale? Oppure il suo disturbo motorio faceva sì che muoversi diventava difficile e frustrante; quindi, conduceva una vita sedentaria per non confrontarsi continuamente con le frustrazioni legate al movimento e ciò ha provocato un progressivo aumento di peso?” (Intervistato 1)

“Ho un bambino fantastico che alla prima festa di compleanno a cui lo hanno invitato, lui è arrivato, ha visto questa torta fantastica e ha messo la testa dentro rovinando la festa di compleanno. Per fortuna c’erano un sacco di altre robe, la mamma era super imbarazzata ma lui era contento alla fine. Ha visto questa cosa piena di panna montata e non ha resistito, non ce l’ha fatta, fantastico.” (intervistata 4)

Il rapporto con il cibo viene descritto come difficoltoso e di difficile gestione. Sono bambini che faticano a trattenersi di fronte al cibo, vorrebbero mangiare continuamente e tendono a vedere il cibo come una valvola di sfogo; quindi, viene spesso associato anche a difficoltà emotive che li portano a mangiare compulsivamente.

“E l’altro bimbo mi racconta che se lui appena può mangia, passa per andare a scuola davanti ad una pasticceria tutti i giorni e se lui potesse, mangerebbe lì tutti i giorni. Te lo dice proprio.” (intervistata 4)

Può succedere che la scorretta alimentazione arriva anche dal fatto che hanno dei gusti particolari che gli impediscono di assaggiare alimenti nuovi e di variare a tavola. In generale, viene riportato come i bambini tendono a mangiare sempre gli stessi alimenti e non gradiscono grandi variazioni alimentari o gusti nuovi. Talvolta, ci sono delle vere selettività alimentari che portano ad alimentarsi sempre degli stessi alimenti, spesso prediligendo cibo spazzatura piuttosto che frutta e verdura.

“Non è detto che un bambino obeso non sia anche selettivo alimentare che poi ci siamo resi conto che alcuni bambini non mangiano né frutta o verdura e quindi mangiano sempre cibo spazzatura e si fissano su alimenti che non sono sani.” (intervistata 3)

Da più interviste è emerso che il cibo è anche una sorta di gratificazione, sia per l’adulto che anche per il bambino. Spesso quest’ultimo, viene ricompensato quando si comporta bene o riceve una bella nota scolastica con un pasto particolare o un alimento che gli piace particolarmente, creando un’associazione tra cibo e ricompensa che lo porterà a giustificare il fatto di mangiare alimenti poco sani o porzioni troppo abbondanti. Con lo stesso meccanismo, si crea un’associazione tra cibo e consolazione, dando per esempio un pasto privilegiato quando il bambino sta male fisicamente o è triste per qualche avvenimento.

“Per cui è importante è che la famiglia, glielo si può dire, va dal medico e i pediatri propongono spesso diete per perdere peso però è una prassi lunga non è dall’oggi al domani e non è facile neanche dai bambini. Anche i bambini si sentono gratificati in qualche modo ad andare al MC Donald’s e ricevere i loro piccoli premietti oppure a mangiare qualcosa di speciale se sono stati bravi o se si sentono giù di corda.” (intervistata 4)

Viene generalmente riportato da tutti gli intervistati come la problematica non sembra essere circoscritta al bambino ma piuttosto a livello familiare, con genitori che sovente mostrano dei segni di sovrappeso o di obesità e fanno trapelare il fatto che, l'alimentazione a casa non è sempre delle più corrette.

“Molte volte la scorretta alimentazione arriva dalla famiglia, anche i genitori vivono uno stato di obesità e quindi è difficile capire quale sia il loro pensiero a riguardo.” (intervistata 2)

2.1. La cultura del cibo

Dalle interviste è emerso come il cibo sia anche un fattore culturale che influenza cosa e come mangiamo e dona un significato diverso all'interno della famiglia. Non tutte le famiglie dedicano lo stesso tempo per svolgere queste attività ed alcune, non hanno la tradizione di sedersi a tavola e di mangiare tutti insieme senza altre distrazioni. Non vi è sempre questo momento che fa anche parte della partecipazione sociale, in quanto è proprio un istante che si passa insieme e si parla, ma talvolta viene svolto in velocità, di fronte ad altri stimoli che impediscono di parlare o di concentrarsi sul cibo. Alle volte invece si ha la situazione inversa, con famiglie che dedicano ore sedute al tavolo a mangiare quantità di cibo che superano il fabbisogno giornaliero, in quanto il significato di questa attività è più di partecipazione sociale oltre che ad un bisogno primario. questa attività è più di partecipazione sociale oltre che ad un bisogno primario.

“La cultura è anche una grande parte in questo, è delicato per l'ergoterapista entrare in questa famiglia. Ci vuole tanta sensibilità per stabilire un rapporto con i genitori per far sì che non si sentano giudicati.” (intervistata 2)

“C'era un tavolo in cucina, ma non si capiva bene così io ho chiesto “ma voi dove mangiate? A tavola?” e loro “Nono, noi mangiamo davanti alla televisione, ci mettiamo seduti sul divano e ognuno ha un piatto”. Per loro non era assolutamente un problema, andava benissimo così. Cosa facciamo, mica puoi dirgli che è sbagliato, avresti un effetto contrario e si sentirebbero giudicati, per cui se non hai la richiesta non è la tua area di intervento.” (intervistata 4)

Cucinare e mangiare ha molto a che fare con la cultura. Le famiglie dedicano tempi diversi per queste attività che vengono svolte anche in modi diversi. Dalle interviste è emerso come spesso i bambini con questa problematica siano di origine straniera e non svizzera e come frequentemente, dopo aver parlato con i genitori per cercare di cogliere le problematiche, è emerso come per loro il cucinare non sia un'attività importante alla quale dedicano tempo ma preferiscono utilizzare cibi veloci, come cibi precotti o fast food per dedicarsi poi ad altre attività per loro più soddisfacenti.

“Ci sono persone che non hanno, famiglie non persone, che non hanno necessariamente la cultura del prepararsi il pasto. È quasi come se fosse un'attività che devo fare in fretta perché poi c'è il telefilm o qualcosa d'altro e ci sono bambini che non vengono invitati a stare a tavola oltre al momento in cui si stanno nutrendo.” (intervistata 5)

3. Il trattamento

Quando abbiamo scelto di trattare l'argomento dell'obesità infantile, sapevamo che in Ticino era una tematica relativamente nuova e poco affrontata dagli ergoterapisti in quanto non sono la figura privilegiata per trattare questa patologia. Ci siamo accorte durante le interviste che infatti, gli intervistati erano molto timorosi di un giudizio da parte nostra riguardo i trattamenti erogati e per il fatto che, non sempre l'obesità viene trattata ma passa in secondo piano in quanto il bambino viene segnalato per altre motivazioni. Cinque intervistati si sono trovati concordi sul fatto che, noi ergoterapisti potremmo avere un ruolo per trattare questa patologia e che è nostro compito prenderla in considerazione.

“È un tema molto attuale ed è fondamentale trattarlo come ergoterapiste. È inutile lavorare solo sulla motricità fine, ma poi sta a casa a fare niente. Sono cose che vanno trattate assieme.” (intervistata 2)

Invece, l'ultimo intervistato ha un parere discordante sulla tematica in quanto riteneva di maggiore importanza promuovere la nostra professione in ambiti già affermati piuttosto che in quelli futuri.

“Secondo me stiamo entrando in un campo che non dovrebbe essere di nostra competenza. Quello che sta succedendo con la nostra professione è che cerchiamo di espanderci ma lo stiamo facendo troppo, queste dimensioni non entrano nel lavoro dell'ergo e non capisco perché la scuola fa formazione su tematiche che non vedrete mai nel vostro lavoro.” (intervistato 6)

I trattamenti erogati dagli ergoterapisti sono stati diversi a dipendenza del bambino e della diagnosi per la quale veniva segnalato. Tutti i terapisti si sono visti d'accordo con il fatto che andava da una parte trattata la competenza motoria del bambino e dall'altra andavano cambiate le abitudini di vita della famiglia. Tutti gli intervistati si sono trovati d'accordo sul fatto che noi ergoterapisti dobbiamo mantenere il nostro focus sulle occupazioni e sulle attività, come cucinare, fare la spesa o dare un significato diverso al cibo che non sia un riempimento emotivo, una ricompensa o un luogo dove sfogare le proprie frustrazioni. Le occupazioni possono anche essere quelle che il bambino non riesce più a svolgere a causa del suo peso e quindi dove c'è un impedimento nella sua partecipazione.

L'aspetto sensoriale è stato citato come un campo di nostra competenza che dobbiamo sempre prendere in considerazione quando ci troviamo di fronte ad un bambino che ha delle problematiche di peso e tutti quanti i partecipanti si sono trovati concordi che questo è un ambito di nostra competenza, dove noi possiamo intervenire.

“Noi siamo legati alle occupazioni, preparare il cibo è un'occupazione importante, di vita quotidiana fondamentale per cui tutto quello che ha a che fare con l'educazione ad un pasto sano dal prendersi il tempo per mangiare, renderlo un evento sociale, preparare il cibo, cose sane piuttosto che è un'attività davvero complessa.” (intervistata 5)

È emerso come l'ergoterapista debba lavorare in un team interdisciplinare per poter portare a compimento gli obiettivi prefissati con il bambino e debba mantenere il focus su ciò che ci distingue dagli altri.

“È vero che in senso tecnico compete ad una dietista ma concerne sicuramente anche il nostro apporto anche tutto quello che è legato al cibo di bambini che mangiano solo certe consistenze, l'avvicinamento al cibo, fanno parte al nostro bagaglio culturale come ergo.” (intervistata 5)

L'ergoterapista ha uno sguardo anche sulla selettività alimentare e la difficoltà a mangiare, ma anche addirittura a maneggiare determinati alimenti che preclude al bambino la possibilità di assaggiare e ampliare gli alimenti inseriti nella sua dieta. La cucina diventa quindi un mezzo terapeutico per aiutare il bambino a sperimentare, ad assaggiare, a variare con i colori e giocare con gli alimenti a sua disposizione finché non diventano più famigliari.

*“Anche il semplice fatto di sperimentare, di assaggiare, perché il grosso problema iniziale è quello di provare anche a manipolare del cibo che non hanno sempre a tavola. Non per forza metterlo in bocca e mangiarlo ma anche solo toccarlo, tagliarlo, giocarci, come in fondo è un po' col bambino che prima tocca, prima fa e manipola prima di metterlo in bocca.”
(intervistata 3)*

Cambiare abitudini è difficile ed è un lavoro lungo, che viene protratto nel tempo e che deve comprendere l'intero nucleo familiare. Non sempre il bambino è motivato nell'attuare il cambiamento e per noi ergoterapisti è una sfida mantenere alta la sua motivazione nel lungo periodo.

“Alcuni bambini dicono no io non mangio la frutta ma la cioccolata e noi ergo dobbiamo anche accettarlo. Possiamo cercare di fare capire le conseguenze positive, ragionare con loro per trovare una strategia insieme. Non propongo cose che il bambino non vuole, se lui mi dice che si sente bene ad essere ciccio ma faccio esempi positivi come, ad esempio, se vai in piscina non ti guardano più tutti, puoi toglierti la maglietta. Trovare cose nella vita quotidiana che potrebbero fargli piacere.” (intervistata 2)

Ci sono anche bambini che hanno difficoltà di percezione corporea, che faticano a sentirsi e quindi non percependo correttamente il loro corpo, faticano anche a sentire il senso di sazietà. In questo caso, vengono usati tutti gli elementi di integrazione sensoriale, in particolare tutto ciò che è propriocettivo e che da un feedback forte a livello corporeo, quindi tirare oggetti pesanti, il trampolino, l'utilizzo di cuscini pesanti ma anche l'amaca e altri strumenti che possono aiutare il bambino a percepirsi meglio nello spazio. Gli ergoterapisti in collaborazione con altre figure professionali hanno erogato dei servizi sul territorio ticinese per cercare di contrastare il crescente numero di bambini affetti da obesità portando avanti dei progetti nel tempo con più attività al loro interno.

“Si facevano dei progetti come preparare della carta, dei bigliettini dove i ragazzi scriveva cosa era per loro importante. Un progetto con la casa anziani dove a Natale si preparavano i biscotti e nell'incontro con gli anziani dovevano raccontare il motivo del loro incontro. Era interessante perché gli anziani valutavano il sovrappeso/obesità come loro la vivono da anziani e sentivano i bambini. Un anno c'era il progetto di confezionare oggetti nell'arteterapia ed ergoterapie e poi c'era la vendita tramite un'associazione. Però poi avevamo anche svolto dei lavori di propriocezione, sentire il proprio corpo diversamente, fare delle esperienze, individualmente e tra di loro. Avevamo fatto delle esperienze motorie diverse tramite giochi, passeggiate, parchi,

attività che loro non conoscevano dove si usava l'applicazione per cercare indizi nella città.” (intervistata 4)

Un altro trattamento emerso dalle interviste è stato quello del “cibarsi consapevolmente” quindi del sentire cosa si sta mangiando, provare a percepire nel corpo il senso di sazietà e i gusti degli alimenti messi in bocca. Questo intervento è stato proposto in collaborazione con una psicologa in piccoli gruppi con bambini con ADHD e difficoltà legate al peso.

“Abbiamo parlato del mangiare consapevole e ogni volta c’era la merenda consapevole, c’era la frutta che andava mangiata lentamente con gli occhi chiusi dove dovevano dire cosa sentivano ecc. Poi c’erano gli esercizi settimanali dove loro dovevano pensare ogni volta che mangiavano un pasto. Dovevano mangiare ad occhi chiusi e descriverlo come se fossero grandi chef e questa è un poco la parte legata all’alimentazione.” (intervistata 3)

3.1. La famiglia e il trattamento

Tutti gli intervistati si sono trovati d’accordo sul fatto che la famiglia sia di fondamentale importanza e che vada sempre integrata per poter ottenere dei cambiamenti significativi e duraturi nel tempo.

“È assolutamente necessario che la famiglia sia compliant perché se non c’è aderenza che dura nel tempo, perché l’obesità non la tratti in due settimane di dieta, non è il malato cardiaco che deve perdere sette chili in due settimane è una cosa che si tratta sul lungo periodo perché vuol dire cambiare vita, cambiare abitudini alimentari, ma anche alla sedentarietà e a tanti aspetti e questo significa avere una compliance importante in famiglia. I nostri sono minorenni, se non ci sono figure di riferimento accanto che si occupano strettamente del problema diventa davvero difficile.” (intervistata 5)

La famiglia si preoccupa di continuare il trattamento anche presso il domicilio riuscendo a mantenere e consolidare i risultati che altrimenti, non verrebbero portati avanti nel tempo ma si ritornerebbe allo stato iniziale.

“Una di queste terapie si è svolta a cavallo con la stagione estiva, la famiglia è partita in vacanza nel paese di origine e ha sospeso tutti gli interventi (dietista, ergoterapista, attività sportiva). Quando ho rivisto la bambina in settembre aveva ripreso i chili persi, era demoralizzata e è stato difficile ricominciare il lavoro, tutta la famiglia si sentiva sconfitta.” (intervistata 1)

Risulta però complesso trattare questo argomento, sia con il bambino che con il genitore in quanto è ancora un argomento tabù, che crea disagio e malessere o in alcuni casi sensi di colpa. Talvolta, ci sono anche storie famigliari non semplici, con genitori che non vanno d’accordo e quindi è anche complesso discuterne con loro anche perché il nucleo famigliare poi è più ampio in caso che ci sono dei divorzi o delle separazioni e porta ad avere abitudini diverse in contesti diversi.

“È un poco un argomento tabù. I bambini stessi quando arrivano sui sette anni loro lo sanno di essere ciccioni c’è poco da dire, ed è un argomento che non puoi toccare nemmeno con leggerezza.” (intervistata 5)

È difficile per il genitore non sentirsi giudicato ma è emerso dalle interviste, che anche per noi ergoterapisti è difficile non essere giudicanti e non mostrare questo aspetto al genitore, perché talvolta si tende a colpevolizzarlo per il peso del figlio.

“Il lavoro primario è con i genitori, si comincia con i genitori. È un poco “colpa” loro se i bimbi sono già cicci all’asilo, nessuno vuole essere ciccio. È la prima cosa che penso. Chiaro dopo come terapeuta si guarda sempre tutto, perché è fatto così, che problemi hanno i genitori, che cultura hanno, ma il primo pensiero è povero bambino.” (intervistata 2)

Non sempre i problemi del bambino vengono visti e accettati dal genitore e questo sicuramente non aiuta la terapia e la riuscita dei risultati per il figlio.

“Avevo un bambino di una famiglia portoghese che è arrivato a quattro anni da me in terapia l’ho seguito per tre anni ma era difficile la collaborazione con i genitori. Anche la madre aveva problemi di obesità e quindi era difficile trattare questo tema. Abbiamo provato a spiegare quanto sia importante avere l’alimentazione giusta, non bere solo coca cola ma avere un equilibrio. C’era un rifiuto da parte della mamma che diceva ma no mio figlio non beve acqua, beve solo Fanta. Se non c’è la collaborazione è difficile lavorare, perché una volta alla settimana in studio non è abbastanza per attuare dei cambiamenti se questo non avviene anche a casa.” (intervistata 2)

Noi ergoterapisti dobbiamo quindi riuscire a stringere un’alleanza terapeutica non solo con il bambino ma anche con i genitori e i caregivers, in maniera da non farli sentire giudicati ma riuscire a creare un contatto con loro di scambio, che ci consenta di proseguire a casa quello che abbiamo iniziato in terapia, in accordo con i genitori e con il bambino. Non dobbiamo imporre i nostri obiettivi ma discutere con loro per capire cosa possiamo fare per fare stare meglio il bambino, quali sono le loro abitudini e come potremmo fare delle piccole modifiche insieme per renderle più sane.

“Un altro bambino avevamo migliore alleanza dalla mamma, abbiamo potuto vedere come mangia, cosa mangia e abbiamo visto che la mamma gli dava piatti enormi che per lui era troppo ma lui non voleva deludere la mamma, quindi mangiava tutto. Lui pensava che se non mangiasse tutto la mamma pensava non fosse buono e la mamma invece non capiva che era troppo il piatto. Abbiamo lavorato su questo ed è andata meglio, siamo riusciti a trovare un equilibrio.” (intervistata 2)

4. I risultati ottenuti

Noi ergoterapisti possiamo fare la differenza su molteplici aspetti e ottenere dei risultati per questi bambini, a livello motorio, a livello di salute e anche di autostima. Quando i bambini riescono a perdere peso, riescono anche a partecipare maggiormente alle attività dei loro coetanei e questo gli aiuta a sviluppare un senso di competenza che li motiva a mantenere i risultati raggiunti.

Il fatto di vedere dei miglioramenti aiuta anche i genitori ad essere maggiormente complianti con la terapia.

“Se qualcuno si sente fiero del proprio corpo, è più autonomo. Si sente di poter fare cose che prima non faceva, tutte cose che sul bambino hanno grande influenza. Cambia molto anche a livello della motricità fine, se il bambino ad esempio fa fatica a tenere la matita perché ha le dita grosse, è fondamentale.” (intervistata 2)

Non sempre però è un percorso facile e il fatto di non vedere risultati immediati e stabili può essere frustrante e può portare la famiglia a mollare.

“Molti rimangono delusi di non aver perso molto peso, anche se noi abbiamo messo la premessa che non ci interessa la perdita di peso ma il fatto di non prendere peso. Non prendere peso per noi era una vincita, per i bambini però tutto deve arrivare velocemente ed è una cosa molto faticosa per loro, la costanza è difficile.” (intervistata 5)

Nel tempo però, l'ergoterapia può davvero sostenere l'intera famiglia nel cambiamento, aiutare il bambino ad acquisire fiducia in sé stesso e nei suoi schemi di movimento ed aiutarlo ad impostare delle abitudini maggiormente sane.

“I risultati non sono immediati ma nel tempo, anche crescendo un poco, poi i bambini te lo dicono proprio che hanno imparato a mangiare meglio o a suddividere meglio la loro giornata con del tempo libero maggiormente attivo.” (intervistata 1)

5. Promozione della professione

Abbiamo constatato dalle nostre interviste che il ruolo dell'ergoterapista con bambini con obesità non è così chiaro. I nostri intervistati dichiarano che vorrebbero lavorarci ma non vengono segnalati i bambini per questa problematica. È però emerso che vale la pena impegnarsi nella promozione di questo ambito, affinché ci possano arrivare delle prescrizioni di ergoterapia da parte dei medici. Siamo noi i primi a doverci impegnare nella promozione e distinguerci da altre professioni che lavorano nell'ambito. La scuola viene citata come un luogo idoneo dove iniziare a farci conoscere come professionisti che potrebbero contribuire in questa tematica, vengono proposti dei congressi con anche i medici presenti in quanto spesso loro non ci riconoscono in questo contesto e viene richiesto di fare emergere le nostre specificità. Noi non siamo dietologi ma possiamo giocare un ruolo fondamentale per favorire il cambio di abitudini e per dare significato ad attività come il cucinare e il mangiare.

“Serve il vostro interesse e la vostra buona conoscenza dell'argomento e dei diversi ruoli che può svolgere l'ergo intorno a questa tematica. Non solo a livello di alimentazione, ma di movimento, qualità di vita eccetera. La voglia di mettersi in gioco, implementare qualcosa di simile e avere un medico o un ente ospedaliero, qualcuno che promuove questi discorsi.” (intervistata 2)

5.1. Problemi economici

Un dato che è stato riportato da tutti gli ergoterapisti intervistati, è la difficoltà nell'essere riconosciuti per il trattamento dei bambini con obesità e la difficoltà nel trovare i fondi per creare progetti che potrebbero essere interessanti.

“Ci avevano proposto di partecipare, un medico ci ha chiesto più volte di organizzare una colonia per bambini obesi perché faceva parte del suo interesse il problema è che ci siamo scontrati con il fatto che è molto difficile trovare dei fondi perché è vero che sì, molto interessante, ma chi la paga sta roba?” (intervistata 4)

Gli intervistati avevano diverse idee di come si potrebbero trattare questi bambini, sia a livello preventivo ma anche a livello di vero e proprio intervento ma purtroppo, si sentono frenati dalla questione economica. Sono stati tutti concordi con il fatto che l'ergoterapia dovrebbe essere integrata insieme ad altre figure professionali e che il lavoro in gruppo potrebbe essere la soluzione migliore per questa tipologia di problematica.

È emersa la tematica del risparmio per lo stato se noi ergoterapisti riusciamo a trattare e fare prevenzione su questa patologia, in quanto l'obesità genera un buon dispendio economico da parte delle casse malati ed è una tematica, secondo gli ergoterapisti intervistati, che diventerà più trattata in futuro.

“Credo che in ogni studio ci siano bambini obesi, lo vediamo, forse anche legato ad altri disturbi quindi secondo me a livello proprio di costi sanitari ed economico se si fa una certa prevenzione potrebbe essere favorevole anche a livello di guadagno economico anche da parte delle casse malati quindi un punto interessante da sviluppare.” (intervistata 3)

8. Discussione

In questo capitolo faremo un confronto tra quello che dice la letteratura e quello che è emerso dalle interviste, facendo anche riferimento al modello ergoterapico scelto precedentemente.

8.1. Contenuto dei dati

L'obiettivo della nostra tesi era quello di capire quali trattamenti eroga l'ergoterapista ai bambini con obesità da 6 a 12 anni. Ci siamo rese conto dopo una ricerca approfondita che sul territorio ticinese la figura dell'ergoterapista non è centrale nella presa a carico di un bambino con obesità. Ci interessava capire quali attività della vita quotidiana vengono influenzate dall'obesità infantile e le difficoltà motorie ed emotive del bambino obeso. Abbiamo voluto capire in quali aree occupazionali fanno più fatica rispetto ai loro coetanei. Inoltre, ci interessava riflettere su qual è il ruolo dell'ergoterapista in questo contesto, su come l'intervento dell'ergoterapista possa migliorare la partecipazione nelle attività di vita quotidiana del bambino obeso e su come interviene nella prevenzione dell'obesità. Per rispondere a ciò il nostro obiettivo era quello di capire tramite delle interviste qualitative quali sono le conoscenze degli ergoterapisti sulla tematica nel nostro territorio e come intervengono con questi bambini per favorire lo sviluppo fisico, emotivo e sociale nelle attività di vita quotidiana. Quello che è emerso dalle interviste non si può generalizzare a livello ticinese per tutti gli ergoterapisti, in quanto la nostra ricerca si basa su 6 ergoterapisti ma sono comunque emersi dati molto interessanti che permettono un primo input a livello ticinese sulla tematica dell'obesità infantile. Partendo dalle domande delle nostre interviste sono emerse dieci categorie che ci permettono di rispondere alla nostra domanda di ricerca.

La prima tematica rilevata è quella delle difficoltà che incontra il bambino con obesità nella vita quotidiana e dalle interviste è emerso che questi bambini possono avere problemi nelle diverse aree occupazionali. Quello che ci dice la letteratura è che i bambini con obesità riscontrano più difficoltà nelle aree occupazionali della partecipazione sociale, del gioco e del tempo libero ma le conseguenze fisiche ed emotive influenzano tutte le aree occupazionali (Cantal, 2019). Sono emerse le difficoltà legate all'autostima di questi bambini, soprattutto a livello motorio in quanto essi si sentono a disagio perché non riescono a fare le stesse cose che fanno i loro coetanei, si stancano facilmente e risultano impacciati. Hanno paura di essere presi in giro e di conseguenza si ritirano dal gioco, dalle attività del tempo libero e dalla partecipazione sociale. Esiste una correlazione tra gioco, natura e sviluppo sano del bambino (Herrington & Brussoni, 2015) e sappiamo anche che giocare all'aperto facendo attività fisica diminuisce il grasso corporeo (Sánchez-López et al., 2020). Se i bambini con obesità non giocano perché si sentono diversi si crea l'effetto contrario e continuano ad aumentare di peso. Le attività del tempo libero sono attività non obbligatorie che vengono svolte con motivazione (Smith et al., 2008). Secondo Mainland (2015), per prevenire l'obesità nei bambini o per perdere peso, dovrebbero svolgere delle attività motorie invece che scegliere sempre attività sedentarie come tendono a fare, sempre a causa della loro insicurezza, scarsa autostima e difficoltà nel movimento. Nelle nostre interviste sono emersi anche questi dati, nel momento in cui tutti gli intervistati hanno parlato dell'importanza di aiutare il bambino a scegliere giochi di movimento, nella natura e di aumentare i suoi schemi motori in maniera che esso si senta più sicuro. Martins (2021), sostiene che il bambino obeso si sente emarginato, ha poca sicurezza in sé e le difficoltà che ha dovute al suo BMI lo portano a svolgere attività di tempo libero poco attive. Garcia-Hermoso (2019) si mostra concorde

con questa affermazione aggiungendo che i bambini con obesità vengono emarginati dal gruppo di coetanei e non possono partecipare alle stesse attività come loro perché sono trattati diversamente aggiungendo un ulteriore ostacolo per le loro attività di tempo libero e partecipazione sociale. A questo si lega anche l'aspetto dell'emarginazione. Un bambino obeso viene anche spesso escluso da quello che è il gioco di gruppo, un esempio è questo studio di caso singolo su un bambino di 8 anni con diagnosi di obesità (Skär & Prellwitz, 2008). Il bambino che è stato seguito durante il periodo dello studio è stato ridicolizzato spesso dai coetanei e non veniva incluso nel gioco. Sono stati identificati tre problemi dal bambino e dallo studio: il fatto di non avere amici con cui poteva giocare, la difficoltà nel raggiungere la stessa performance come i suoi coetanei nelle attività e la mancanza di incoraggiamento da parte degli adulti. Parliamo di un deficit sociale e i bambini devono essere aiutati per superare questo problema, non venire presi in giro avrà un effetto positivo sulla loro salute (Skär & Prellwitz, 2008). Affinché un bambino possa partecipare spontaneamente ad un gioco, deve essere sostenuto da un adulto che lo incoraggia in questo (Skär & Prellwitz, 2008). È emerso anche dalle interviste che questi bambini fanno fatica in alcune attività di base, a scuola e dormono male creando così un circuito malsano che influenza tutte le attività. Quello che ci ha impressionato particolarmente era il racconto di due ergoterapiste, una ci ha raccontato della difficoltà di un bambino di pulirsi dopo essere andato in bagno perché a causa dell'adiposità non riusciva a raggiungere con le braccia le sue parti intime e un altro bambino non riusciva a trovare vestiti della sua taglia e pertanto, era costretto ad usare i pantaloni degli adulti che venivano tagliati dalla mamma donandogli un aspetto bizzarro. A tal riguardo, abbiamo trovato diversi articoli scientifici che confermano le difficoltà di questi bambini anche nelle attività più semplici. Secondo Gill (2011), i bambini con obesità a causa delle difficoltà motorie faticano in ogni ambito di vita quotidiana. Questo viene confermato anche da Sitz (2010) che sostiene che le BADL sono generalmente difficili per i bambini affetti da obesità in quanto hanno una forza limitata e si affaticano facilmente non riuscendo a mantenere un ritmo costante durante il corso dell'attività. Sappiamo anche che i bambini con obesità hanno una scelta molto limitata di abbigliamento e non si sentono sempre a loro agio nel modo in cui sono vestiti (Makhrova & Ivashchenko, 2013). Come emerso dalle interviste, anche la letteratura ci dice che i bambini con obesità hanno delle difficoltà scolastiche (Wu et al., 2017). L'obesità può portare ad un deficit della memoria di lavoro che è fondamentale per apprendere a scuola (Wu et al., 2017). Inoltre, possono avere un rendimento scarso dovuto anche ad un aspetto psicosociale perché hanno una bassa autostima e hanno difficoltà nel rapportarsi con il gruppo di pari (Wu et al., 2017). L'obesità influenza il rendimento scolastico (Datar et al., 2004, Mikkilä et al., 2003, Campos et al., 1996). Un'ergoterapista ci raccontava che l'obesità e l'alta concentrazione di zucchero nel corpo del bambino influisce negativamente sul suo ritmo sonno-veglia. C'è una correlazione tra obesità infantile ed eccessiva sonnolenza diurna (EDS) che interferisce sulla vita diurna influenzando le prestazioni accademiche e porta a problemi psicologici o comportamentali (Calhoun et al., 2011). C'è anche un legame tra obesità e apnea notturna (OSAS) dove viene interrotta la normale ventilazione durante il sonno (Ng et al., 2004). Anche in questo caso viene influenzata la performance durante la giornata in quanto il bambino, riposando male di notte, tenderà ad avere problemi di concentrazione durante il giorno con delle crisi di sonno (Ng et al., 2004). Anche secondo Nafiu (2013), l'adiposità centrale del bambino affetto da obesità può indurlo a riposare male di notte con ripercussioni in ogni ambito di vita quotidiana. Possiamo creare un ulteriore collegamento con il modello PEO (Law et al., 1996), perché vediamo come l'obesità influisce negativamente sulle attività e il rendimento del bambino e sulla sua performance

occupazionale. Abbiamo la persona che è il bambino con obesità che non riesce a dare il massimo nelle sue attività e viene influenzato dall'ambiente come nel caso dei coetanei che non lo includono. Un sottocapitolo legato alle difficoltà del bambino con obesità è quello del giudizio, bullismo e autostima. Su questo le ergoterapiste erano molto d'accordo, i bambini con obesità vengono spesso bullizzati e hanno una bassa autostima. Ci raccontavano di bambini che non potevano giocare con gli altri, che venivano presi in giro e non gli veniva data la possibilità di fare esperienze positive come gli altri bambini. Secondo Garcia-Hermoso (2019), I bambini obesi vengono bullizzati di più rispetto ai bambini con normopeso dai propri compagni, mentre Vander Wall (2011) sostiene che il bullismo proviene sia dai coetanei che dagli adulti. Esso crea un circolo che genera insicurezza e problemi comportamentali, il bambino rende di meno a livello scolastico, aumentano i disturbi emotivi e sociali e questo alimenta ulteriormente gli stereotipi e il bullismo. Le difficoltà che riscontra il bambino con obesità non sono dovute solo alle limitazioni dettate dal suo corpo quindi ma da fattori esterni come il bullismo e la stigmatizzazione che non gli consentono di poter partecipare a tutte le attività e di fare esperienze significative (Vander Wal & Mitchell, 2011). Dalle nostre interviste è emerso che i coetanei sono più giudicanti rispetto agli adulti nei confronti del bambino, ma spesso capita che i genitori si sentono giudicati da parte degli altri genitori o dagli insegnanti per la condizione del loro figlio. Se facciamo un collegamento con il modello PEO (Law et al., 1996) possiamo pensare a come la cultura influenza il nostro atteggiamento verso determinate situazioni, ad esempio, l'obesità non è stigmatizzata in tutto il mondo ma in alcuni luoghi è più tollerata e pertanto, possiamo immaginare che in queste culture il bullismo sia diverso o meno presente per il bambino con obesità. Purtroppo, le ergoterapiste ci hanno raccontato che i bambini con obesità che vengono bullizzati hanno un'autostima molto bassa, infatti il bullismo porta ad influenze negative sullo stato mentale del bambino e porta ad una scarsa fiducia in sé e un'immagine distorta del proprio corpo (Cantal, 2019).

La seconda tematica è quella della relazione con il cibo e la scorretta alimentazione; questi bambini non mangiano solo perché hanno fame ma perché è un modo per sfogarsi o perché fanno fatica a fermarsi quando sono sazi. Capita che questi bambini perdono il controllo su quello che mangiano ed iniziano ad ingurgitare il cibo assumendone una razione molto superiore al loro fabbisogno (Puder & Munsch, 2010). Si crea un circolo tra insoddisfazioni-abbuffate-aumento di peso, il bambino continua a mangiare perché non si sente mai soddisfatto e questa condizione porta il bambino a non sapere come regolare le proprie emozioni con il rischio che in età più adulta, possa sfociare all'interno dei DCA (Puder & Munsch, 2010). La tematica del non riuscire a trattenere gli impulsi è emersa nelle interviste, ad esempio quando l'ergoterapista ci ha raccontato del bambino che si è lanciato sulla torta perché non è riuscito a trattenersi, oppure un'altra ergoterapista ci raccontava dei bambini con ADHD che spesso si sfogano nel cibo perché non sanno gestire gli impulsi emotivi. Con gli ergoterapisti sul territorio si è parlato di come spesso il cibo viene usato come ricompensa o per risollevarlo il morale del bambino nei momenti tristi creando un'associazione fra i due. La letteratura ci dice che capita spesso che il bambino viene premiato con un dessert o cibo non sano per aver raggiunto un obiettivo sebbene questo comportamento crei un rinforzo negativo e faccia percepire al bambino di potersi "premiare" con il cibo ogni volta che riesce in qualcosa (Schwartz & Puhl, 2003). Sempre secondo Schwartz (2003), le persone adulte che ricordano che i loro genitori usavano il cibo come ricompensa hanno più probabilità di lottare con diete e abbuffate rispetto alle persone che non ricordano il cibo usato in questo modo è sempre creando un collegamento con il modello PEO, ci rendiamo conto che il celebrare qualcosa con il cibo è anche legato alla cultura di provenienza. In alcune culture si festeggia gran parte

dei momenti importanti di vita con il cibo (compleanni, matrimoni, raggiungimento di obiettivi) creando l'associazione che ogni qual volta che si riesce in qualcosa, si è giustificati a mangiare qualcosa di speciale. È stato espresso da tutti gli intervistati che la scorretta alimentazione non riguarda solo il bambino, ma principalmente i genitori che trasmettono questo modo di alimentarsi poco salutare. A questo capitolo si lega il concetto di cultura del cibo. È molto diverso vedere nelle diverse famiglie e culture il valore che si dà al pasto. Il cibo non è costituito solo dal "nutrirsi" e quindi dal tenere in vita un essere umano, ma sappiamo che ha anche dei significati e dei ricordi diversi. Questo varia da cultura a cultura e da esso scaturiscono abitudini e routine famigliari diverse. Collegandoci con il modello PEO, troviamo il bambino con i suoi fattori personali, tra cui rientra l'obesità, l'occupazione del mangiare e l'ambiente e il contesto che può essere fisico, culturale, sociale ed economico. Nel modello PEO, si tiene conto della cultura della persona e dei suoi valori e sappiamo che essi vanno ad influenzare le attività di vita quotidiana (Law et al., 1996) e quindi quando pensiamo al bambino obeso, non dobbiamo dimenticarci delle sue abitudini e cultura nel contesto famigliare. C'è una continua interazione tra persona, ambiente e occupazione (Law et al., 1996), perciò non possiamo non considerare l'attività del nutristi in correlazione con i fattori personali del bambino ma anche del contesto culturale e ambientale dove svolge l'attività e quali sono i significati e i valori che la famiglia associa a quest'ultima. Dalle interviste è emerso che non tutte le famiglie vivono l'obesità nello stesso modo in quanto non in tutti i paesi del mondo e quindi non tutte le culture vivono l'obesità come un problema ma questa viene più o meno tollerata in base al contesto culturale che ci circonda (Vander Wal & Mitchell, 2011). Ogni individuo si avvicina al cibo in base alla propria cultura, dedicando tempo e significato diverso all'attività del mangiare e del cucinare (Hilpert et al., 2017).

La terza tematica è quella del trattamento ergoterapico. Tutti gli ergoterapisti intervistati ci hanno raccontato che non hanno mai avuto una segnalazione di un bambino per la problematica dell'obesità, ma che hanno seguito bambini con altre difficoltà che presentavano anche questa condizione come l'autismo, l'ADHD, la trisomia 21, il disturbo della coordinazione motoria (DCD) o i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA). Ci sono diversi disturbi che hanno una correlazione con l'insorgenza dell'obesità, per esempio l'autismo con il 40% di obesità in più rispetto ai bambini con sviluppo tipico (Brodert-Finger et al., 2014) e il DCD (D'Hondt et al., 2008). Nelle sei interviste è emerso che a livello motorio c'è una forte correlazione con l'obesità; infatti, ci raccontavano di come questi bambini fanno fatica a muoversi soprattutto nelle attività sportive. Anche la letteratura ci conferma che i bambini con obesità hanno problematiche motorie e che talvolta, non è chiaro se è l'obesità ad influenzare la coordinazione o viceversa, la scarsa coordinazione impedisce al bambino di svolgere attività di movimento favorendo l'aumento di peso (D'Hondt et al., 2008). Secondo D'Hont (2008) infatti, i bambini con obesità tendono a non partecipare con il gruppo alla pari alle attività motorie di tempo libero e questo tipo di emarginazione, causa un aumento del peso creando un circuito nel quale è difficile capire quale è stata la causa scatenante. Esso riporta anche come non tutti i bambini obesi soffrano di disturbi di coordinazione motoria o viceversa, non tutti i bambini con DCD sono obesi e pertanto, ritiene che le due cose non siano strettamente correlate se non in alcuni casi specifici (D'Hondt et al., 2008). Alcuni autori, ad esempio Wegner (2011) ed Hendrix (2014), non sono concordi con quanto affermato da D'Hondt in quanto essi ritengono che obesità e DCD abbiano un legame stretto. In una revisione sistematica di Hendrix (2014) che ha prodotto 273 risultati, di cui 21 studi sono stati inclusi nella ricerca si è potuto constatare come i bambini con DCD avessero un BMI più alto rispetto agli altri, una circonferenza della vita maggiore e hanno confermato come questi bambini fossero più a rischio di obesità rispetto agli altri.

L'intervento dell'ergoterapista è necessario dove c'è un problema di sovrappeso e obesità (Gill, 2011; Ziviani et al., 2010; Ziviani, Poulsen & Hansen, 2009; Ziviani et al., 2008) in quanto siamo noi ergoterapisti a dover implementare stili di vita sani (Poulsen & Ziviani, 2004). Si può quindi confermare che noi ergoterapisti possiamo intervenire con bambini con obesità e che il nostro intervento è utile per supportare un cambiamento di abitudine familiare e per dare significato diverso all'attività del mangiare. Inoltre, il bambino con obesità potrebbe avere un disequilibrio occupazionale, nel momento in cui rinuncia a causa del suo peso a partecipare ad attività di tempo libero e passa gran parte della sua giornata a mangiare o a pensare al cibo sottraendo questo tempo ad altre attività che potrebbe svolgere (Cantal, 2019). Il continuo sperimentare insuccessi a livello sportivo, di movimento o sociale, potrebbe portarli a non provare nuove attività creando un circolo vizioso dove il bambino meno si muove, meno il suo corpo apprende, meno riesce a fare e di conseguenza sia il tempo libero che la partecipazione sociale vengono intaccati, creando un forte disequilibrio e una deprivazione occupazionale (Cantal, 2019). Noi ergoterapisti, potremmo contribuire in questo senso a spronare il bambino a provare a mantenere o a recuperare le attività di vita quotidiana significative per esso, aiutandolo ad aumentare la fiducia in sé stesso, strutturando le sue giornate e distogliendo l'attenzione dal cibo integrando altre attività che creano piacere (Cantal, 2019). Come già detto in Ticino i bambini non vengono segnalati in ergoterapia per l'obesità e questo succede anche in altre parti del mondo, mentre in altre, l'ergoterapista è già una figura conosciuta per contribuire al trattamento dell'obesità e anche alla prevenzione in diversi ambiti di vita, quali all'interno delle scuole, nei dopo scuola, a domicilio o negli studi privati (Gill, 2011; Ziviani et al., 2010; Ziviani, Poulsen & Hansen, 2009; Ziviani et al., 2008). Spesso i bambini vengono indirizzati in ergoterapia a causa di conseguenze secondarie e che, insieme alle problematiche di peso, limitano la performance occupazionale (Suarez-Balcazar et al., 2019). Nelle interviste è emerso spesso che il cucinare e il mangiare è molto legato alle abitudini e cambiare delle abitudini è molto difficile. Gli ergoterapisti devono considerare che non sono solo le abitudini del bambino che vanno cambiate ma deve essere integrata l'intera famiglia nel trattamento in quanto la problematica coinvolge più persone (Cantal, 2019). Un' ergoterapista si è soffermata in particolare sulla selettività alimentare in quanto ritiene che sia uno dei motivi principali che può portare all'obesità e sostiene che è una tematica che gli ergoterapisti conoscono e sanno affrontare bene. Nel suo trattamento quando incontra bambini con selettività alimentari, cerca di far conoscere il cibo attraverso il gioco e i colori, lasciando che il bambino sperimenti le consistenze, i profumi e i gusti diversi. Secondo Nektsing (2018), nella prima infanzia i bambini iniziano a sviluppare le proprie preferenze alimentari e i comportamenti acquisiti nei primi anni di vita, possono estendersi fino all'età adulta. Esso sostiene che, tramite il contatto diretto con gli alimenti e imitando l'adulto, il bambino inizi a famigliarizzare con il cibo e a stabilire le proprie preferenze (Nektsing et al., 2018). I bambini nella prima infanzia hanno tendenza a rifiutare tutti i cibi che non sono per loro familiari con il rischio di avere carenze alimentari ed apprendere uno schema di alimentazione scorretto (Nektsing et al., 2018). Secondo Nektsing (2018), i bambini vanno stimolati da parte degli adulti a famigliarizzare con il cibo sano, conoscendone odori, consistenze e gusti tramite il gioco e l'imitazione. Dai dati raccolti, un dato fondamentale che emerge è quello di mantenere la specificità del nostro lavoro, quindi mantenere il focus sulle occupazioni come ad esempio il cucinare, il fare la spesa o anche le attività di tempo libero di movimento e sport, e collaborare con altre figure professionali per una presa a carico completa e specifica. Secondo Suarez-Balcazar (2019), l'ergoterapia è una parte importante di un approccio multidisciplinare quando si parla di obesità infantile e gli ergoterapisti hanno il compito di indirizzare la famiglia dai

professionisti corretti e collaborare con la rete per permettere ai bambini di vivere una vita soddisfacente e poter partecipare alle attività significative. Come trattamento nelle interviste si è parlato molto dell'aspetto sensoriale come la propriocezione, in quanto si è riscontrato che i bambini obesi alle volte faticano a percepirsi e percepire la sensazione di sazietà. Inoltre, sono fondamentali le attività motorie proprio perché spesso il bambino obeso a causa di esperienze negative e il timore di essere deriso si priva di fare queste esperienze. Cucinare, mangiare e fare la spesa sono occupazioni di vita quotidiana che possono essere svolte in ergoterapia per implementare abitudini più sane e per creare ricordi positivi legati a queste attività. Gli ergoterapisti aiutano il bambino a lavorare sull'autodeterminazione e sulla propriocezione portando il bambino a fare le scelte giuste per la propria salute (Suarez-Balcazar et al., 2019). Le intervistate ci hanno raccontato che lavorano molto sulla percezione del corpo nei bambini con obesità, in quanto è importante imparare a conoscere il proprio corpo, a percepirlo nei suoi confini per poterlo controllare. Oltre a ciò, è emerso che è importante svolgere attività motorie nei bambini con obesità, sia come trattamento ma anche come prevenzione. Questi bambini che vengono seguiti in ergoterapia sono spesso molto sedentari e non sono motivati ad uscire a giocare fuori con i loro coetanei facendo giochi di movimento. Nel loro tempo libero fanno attività statiche, a causa delle loro insicurezze motorie e stando in casa diventa più facile mangiare continuamente (Martins et al., 2021). Per prevenire l'obesità è importante che i bambini facciano almeno quattro o cinque volte a settimana attività di movimento e di conseguenza dovrebbero ridurre le attività sedentarie come guardare la televisione e giocare ai video games (Mainland et al., 2015). Questi bambini possono avere difficoltà motorie in molte attività della vita quotidiana come nel camminare o durante le ore di ginnastica (Gill, 2011), nel salto, nella corsa, nei cambiamenti ortopedici, difficoltà di autoconsapevolezza, agilità, velocità e coordinazione manuale e corporea (D'Hondt et al., 2008). Un unico intervistato ha ritenuto che il nostro intervento non sia utile per trattare i bambini con obesità. Secondo l'intervistato non dobbiamo discostarci troppo da quelle che sono le radici e le origini del nostro lavoro. Ci ha fatto l'esempio sulla pediatria di rimanere focalizzati su quelli che sono i disturbi secondo lui più evidenti nei bambini; ad esempio, la disprassia e i disturbi sensoriali. Il rischio secondo lui è che prendiamo in considerazione troppi ambiti e questo ci porta ad essere poco specializzati nel nostro intervento, visto che ci occupiamo di troppi aspetti. Inoltre, dice che gli altri professionisti potrebbero non riconoscere più il nostro ruolo e la nostra specificità, perché pensiamo di riuscire a fare più di quelle che sono le nostre competenze come ergoterapisti. Secondo la sua opinione, gli ergoterapisti del territorio dovrebbero cercare di implementare e far conoscere la propria professione negli ambiti nei quali siamo già affermati e non cercare di trattare nuove patologie o problematiche. La sua idea si discosta dagli altri intervistati ma riteniamo sia interessante riportarla in quanto effettivamente, non è sempre facile iniziare a trattare ambiti nuovi e poco conosciuti anche perché è difficile trovare i fondi o riuscire a farsi pagare la terapia. Come sotto capitolo c'è la tematica della famiglia e il trattamento. Il contesto e l'ambiente sono un insieme di fattori che influenzano la persona e la sua performance occupazionale (Smith et al., 2008). Essi influenzano anche i valori e le convinzioni delle persone che, come ergoterapisti, dobbiamo sempre tenere in considerazione quando proponiamo un trattamento (Smith et al., 2008). Dobbiamo considerare quali sono le abitudini famigliari ma anche il significato che essi correlano al cibo e al sovrappeso e bisogna farlo con molta sensibilità perché si rischia di ferire l'altra persona se non la si comprende. Si è parlato molto dell'importanza della collaborazione della famiglia nell'intervento con il bambino. Spesso i genitori faticano a vedere l'obesità come un problema e non sono propensi a modificare le proprie abitudini di vita e questo è un grande ostacolo per gli ergoterapisti. È importante che interveniamo con un

approccio familiare per facilitare il cambiamento comportamentale nella famiglia in modo da prevenire o arginare l'insorgenza dell'obesità infantile (Mainland et al., 2015). Dobbiamo investire tempo per fare coaching alla famiglia e stabilire obiettivi significativi (Rotheram Borus et al., 2018). Secondo Rotheram, è fondamentale che sia la famiglia stessa a riconoscere il problema del figlio (2018) in maniera da imparare nel tempo a gestire la situazione e migliorare la salute tramite un cambiamento di abitudini. Un'ergoterapista ci ha raccontato che era particolarmente difficile collaborare con una mamma, anch'essa affetta da obesità e che non riconosceva le cattive abitudini della loro famiglia e la collaborazione era praticamente impossibile, anche perché è molto complesso riuscire a parlare di questo argomento senza creare incomprensioni o sembrare troppo invadenti. L'obesità infantile è dovuta ad uno stile di vita non sano per quanto riguarda l'alimentazione che le attività del tempo libero troppo sedentarie. Spesso queste cattive abitudini riguardano tutta la famiglia (Mainland et al., 2015). Un'altra storia emersa dalle interviste è stata quella di un bambino che mangiava tutto il piatto proposto per rendere la mamma contenta e non perché aveva fame, in questo modo il bambino si abitua a mangiare e non sa quando fermarsi se non ha più fame. L'intervento ergoterapico quindi alle volte deve anche fungere da mediatore per riuscire a far comunicare la famiglia con il bambino e capire insieme le esigenze di tutti, rispettando le diversità culturali e spirituali. La capacità di autoregolarsi del bambino dipende anche dai genitori. Ad esempio, continuando a premiare i figli dando loro del cibo extra anche nel momento in cui essi non hanno più appetito genera una difficoltà nell'autoregolarsi e una difficoltà nell'ascoltare le esigenze del proprio corpo. Secondo Schwartz (2003), questo crea un grande deficit di ascolto, che impedisce al bambino di autoregolarsi in base alle necessità energetiche del proprio corpo, abituandosi a mangiare fino a sentirsi completamente pieno e con il rischio di spingere sempre oltre l'asticella. Un altro elemento emerso dalle interviste riguardo alla famiglia è il senso di colpa e di sconfitta, in quanto i genitori si sentono responsabili per la condizione del loro figlio e hanno difficoltà ad esternare i propri sentimenti con il prossimo. Spesso questi genitori sperimentano la stigmatizzazione, riferiscono di sentirsi criticati e incolpati per l'obesità del loro figlio. Schwartz (2003) sostiene che questi genitori si sentono in colpa in quanto vorrebbe aiutare il figlio a stare in salute ma non hanno gli strumenti necessari per farlo. I nostri intervistati confermano quanto sia difficoltoso comunicare con i genitori riguardo questa tematica in quanto la vergogna e il senso di colpa li rende sfuggenti e costantemente sulla difensiva per quanto riguarda il peso del figlio. Noi ergoterapisti dobbiamo porre estrema attenzione su questo aspetto e riuscire a comunicare con i genitori senza interrompere il rapporto di fiducia creato con loro.

Un'ulteriore tematica emersa è stata quella dei risultati che i bambini con obesità riescono ad ottenere nel tempo in ergoterapia. Anche questo è un tema delicato, poiché può capitare che gli obiettivi che l'ergoterapista pone non coincidono con le convinzioni dei genitori e del bambino. Come detto precedentemente, gli aspetti culturali sono estremamente connessi con le problematiche legate all'obesità e non sempre si è confrontati con persone che percepiscono realmente le difficoltà dei propri figli. Inoltre, potrebbe essere una tematica che spaventa il genitore e che pertanto, sempre a causa dei sensi di colpa e della vergogna, non viene affrontata da quest'ultimo ma viene trascurata. D'Hondt (2008) segnala come le difficoltà di vita quotidiana e la bassa autostima non colpiscono solo il bambino con obesità ma la sua famiglia intera rischiando di causare, nei casi più gravi, anche un ritiro sociale. Raggiungere dei risultati permette al bambino di aumentare la sua autostima e i genitori, vedendo dei risultati concreti, si acquistano fiducia nelle terapie diventando più collaboranti, come è emerso da alcune interviste. L'intervento dell'ergoterapista porta alla perdita di peso e all'aumento delle

attività motorie ristrutturando ambiente e routine; questo richiede però molto tempo e i risultati non sono immediati ma si vedono nel lungo periodo (Ziviani et al., 2010). Questo dato è emerso nelle interviste, ad esempio ci è stato raccontato da un'ergoterapista che ha seguito una famiglia a causa delle problematiche di peso del figlio e che rischiava costantemente di mollare perché per loro non venivano raggiunti i risultati, ma secondo l'ergoterapista i passi fatti erano immensi. Secondo l'ergoterapista, il fatto di non vedere dei risultati immediati e tangibili fa calare la motivazione e mantenerla è anche un nostro compito. Dobbiamo essere capaci di far notare a genitore e bambino quali sono i progressi concreti che siamo riusciti ad ottenere portando degli esempi concreti di attività che il bambino riesce a svolgere in maniera più ottimale rispetto a prima e che gli recano soddisfazione.

L'ultima tematica emersa dalle interviste è quella della promozione della professione, cinque ergoterapiste erano d'accordo sul fatto che dovremmo promuovere la nostra professione nell'ambito facendoci conoscere prima di tutto dai pediatri e dalle scuole mentre un intervistato ritiene che dovremmo concentrarci su altre tematiche già affermate sul territorio. Quest'ultimo, sostiene che l'intervento all'interno degli istituti scolastici non sia ergoterapico e che se ci avviciniamo troppo ad altre figure professionali, perdiamo il nostro focus creando confusione negli altri. Ritiene anche che non dovremmo "rubare" il lavoro ad altre professioni e quindi, si mostra totalmente in disaccordo sul promuovere questa tematica nel suolo ticinese. Invece, secondo Cantal (2019) Il gioco, le attività fisiche, attività del tempo libero e le attività scolastiche sono occupazioni primarie del bambino e quindi il nostro intervento non deve essere svolto solo negli studi privati ma anche a scuola, a casa e a livello comunitario dovremmo proporre programmi di promozione e prevenzione della salute. A scuola vengono proposte attività fisiche ma non sempre vengono apprezzate dai bambini con obesità come è emerso dalle interviste. Il nostro ruolo è quello di rendere queste attività interessanti e accessibili per i bambini con obesità tramite l'analisi dell'attività, trovare strategie per perdere peso instaurare routine salutari nel tempo libero e nei pasti, aiutare nella preparazione dei pasti o nello stilare un piano settimanale alimentare e combattere lo stigma sociale (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2012). Sappiamo che per questo dobbiamo impegnarci molto e secondo cinque degli intervistati siamo noi nuovi ergoterapisti con il nostro interesse che possiamo portare un cambiamento. L'ultimo intervistato si è discostato anche su questo argomento dagli altri, dicendoci che secondo lui, l'ergoterapia dovrebbe concentrarsi sulle tematiche che sono già affermate sul territorio e non cercare di promuoverne altre perché si rischia di "fare troppo e male". Per quanto riguarda il sottocapitolo dei problemi economici, i sei intervistati erano tutti d'accordo sul fatto che il problema principale sono i fondi per poter trattare l'obesità infantile. A nessuno è stato mai segnalato un bambino solo per l'obesità, non siamo i primi ad essere contattati per questa problematica ma ci capita di avere dei bambini in terapia che sono segnalati per altre difficoltà che sono però influenzate anche dai loro problemi di peso. Esistono sul territorio dei programmi dove vengono seguiti bambini con obesità, alcuni hanno integrato un'ergoterapista mentre altri no. Sicuramente, incrementare il trattamento ergoterapico per lavorare con bambini con obesità genererebbe degli ulteriori costi immediati, ma secondo gli intervistati, potrebbe ridurre i costi nel lungo periodo in quanto le patologie legate all'obesità generano molti costi annui alle casse malati e prevenire l'insorgenza di essa, ridurre l'impatto che ha sulla vita quotidiana del bambino e del futuro adulto e prevenire il peggioramento di questa problematica potrebbe essere un risparmio nel corso del tempo.

8.2. Limiti e punti forti della metodologia

Il principale punto forte dell'intervista qualitativa è stato quello di poter raccogliere delle esperienze dirette degli ergoterapisti sul territorio ticinese che ci hanno permesso di stimolare una riflessione riguardo questa problematica e riguardo il trattamento che si potrebbe erogare per far fronte alle difficoltà che l'obesità comporta nel bambino. È stato molto interessante poter ascoltare le situazioni che i nostri intervistati hanno vissuto e quali attività hanno proposto in terapia e che obiettivi hanno raggiunto. A seguito del covid, i nostri intervistati hanno riscontrato un aumento dei casi di obesità infantile in Ticino e questo ha creato una buona collaborazione ed entusiasmo da parte loro nel discutere di questa tematica con noi per il nostro progetto.

Se pensiamo ai limiti invece, sicuramente il covid non ci ha permesso di intervistare gli ergoterapisti di persona e questo non ha facilitato lo svolgimento dell'intervista. Non essendo in presenza, era difficile leggere il linguaggio del corpo e capire quando l'ergoterapista aveva ultimato di parlare e pertanto, ci è capitato di interromperla quando non aveva ancora finito. La nostra scarsa esperienza nell'intervistare il prossimo non ci ha permesso di essere sempre totalmente neutre e di essere sicure di aver evitato il rischio di influenzare l'altro nelle sue risposte, sebbene abbiamo posto particolare attenzione a tal riguardo. Il campione intervistato è molto limitato, sono solo sei interviste e non possono quindi rappresentare tutto il Ticino. Abbiamo però cercato di intervistare ergoterapisti provenienti da tutte le zone, sia in luoghi più urbani che più discosti, che lavorano in piccoli centri o in cliniche in maniera da avere un campione misto e più rappresentativo.

9. Conclusioni

Con la nostra domanda di ricerca, volevamo indagare come l'ergoterapia potesse prendere in carico i bambini affetti da obesità dai sei ai dodici e quali trattamenti si sarebbero potuti proporre per loro. Tramite la ricerca abbiamo confermato che l'obesità infantile è una patologia che comporta molteplici conseguenze sia a livello di salute che a livello di possibilità di partecipare alle attività di vita quotidiana significative per l'essere umano (Cantal, 2019, Hilpert et al., 2017, Kugel et al., 2017). I risultati emersi, ci dicono che il fenomeno dell'obesità è in crescita anche in Ticino e che gli ergoterapisti, hanno iniziato ad intravedere il potenziale che potremmo avere riguardo questa tematica, sebbene a causa del riconoscimento economico ancora non siamo inclusi nel trattamento diretto di essa. I bambini con obesità in Ticino, riscontrano diverse problematiche in ogni ambito di vita, si sentono meno inclusi rispetto agli altri bambini, presentano difficoltà scolastiche, difficoltà nelle BADL, difficoltà emotive, di percezione corporea e hanno un disequilibrio occupazionale in quanto sono portati a scegliere attività sedentarie piuttosto che di movimento e passano gran parte della loro giornata a mangiare o a pensare al cibo. Considerando questi risultati ottenuti dalle nostre interviste e da ciò che abbiamo trovato in letteratura, abbiamo potuto riflettere su quale potrebbe essere il ruolo dell'ergoterapista nella presa a carico del bambino obeso e ci siamo accorte che potrebbe giocare un ruolo fondamentale. L'intervento ergoterapico potrebbe agire su più fronti, aiutando il bambino ad implementare i suoi schemi motori, imparare giocando a mangiare più variato e colorato, cercando di dare un significato diverso all'attività del nutrirsi, del cucinare e del fare la spesa e nell'accompagnare il bambino e la famiglia in scelte di vita più salutari attuando un cambiamento delle abitudini sia alimentari che di tempo libero. Tramite la specificità della professione, quindi tramite le occupazioni, si potrebbe anche contribuire a prevenire l'espansione di questo fenomeno preoccupante sul territorio.

9.1. Prospettive future

Per poter generalizzare i risultati emersi da questo lavoro di tesi, sarebbe opportuno intervistare un numero maggiore di ergoterapisti per avere un'idea più ampia di quali trattamenti vengono svolti con il bambino obeso e di quali azioni pratiche potremmo mettere in atto per promuovere la nostra professione in questo ambito e contesto. I metodi quantitativi permettono un grado più alto di certezza e di generalizzabilità dei risultati ottenuti Hamer & Collinson (2002). Si basano su dati statistici che permettono di arrivare a dati oggettivabili (Porta et al., s.d.). In uno studio quantitativo la realtà viene rappresentata con l'utilizzo dei numeri (Fain, 2004). Con questo tipo di ricerca i dati ottenuti vogliono essere statisticamente significativi per valutare l'efficacia di interventi (De Lillo et al., 2011). L'approccio è di tipo deduttivo e l'importanza riguarda la verifica delle teorie (De Lillo et al., 2011). Se avessimo scelto la ricerca quantitativa avremmo dato più peso alla teoria piuttosto che all'osservazione e i risultati ottenuti avrebbero permesso un sostegno all'ipotesi di partenza formulata sulla base della letteratura (De Lillo et al., 2011). Abbiamo però preferito indagare cosa succede a livello pratico sul territorio ticinese e lanciare in un certo senso le basi per questa tematica ancora poco approfondita nel nostro contesto ticinese. Con il confronto dei professionisti abbiamo potuto implementare le nostre conoscenze riguardo alla tematica per poter portare questa conoscenza agli altri professionisti che incontreremo nel nostro percorso lavorativo in futuro. Ha inoltre rinforzato la nostra idea che l'ergoterapia potrebbe essere fondamentale in un'equipe interdisciplinare per la presa a carico di questa patologia e sicuramente nel nostro futuro di professioniste continueremo a promuovere la nostra professione anche in questo ambito cercando di creare delle collaborazioni con altre figure professionali, promuovendo il nostro intervento nelle scuole o nei congressi e cercando di creare dei progetti sul territorio di prevenzione o trattamento in maniera da consolidarci in quest'ambito. È sicuramente fondamentale continuare con la ricerca per comprovare il bisogno di intervento in questa tematica e in concreto, quali sono i vantaggi di un intervento ergoterapico nel trattamento dell'obesità infantile facendo studi mirati che possano confermarlo.

9.2. Autoriflessione

Una delle sfide di questa tesi, è stata quella di redigerla in due. Due persone, significa due vissuti diversi, due modi di lavorare diversi e tempistiche diverse.

Abbiamo scelto di provare a lavorare in team per svariati motivi; innanzitutto, la grande amicizia che ci lega ci dava la sicurezza che avremmo potuto sostenerci a vicenda e che avremmo avuto un confronto continuo lungo tutta la durata di questa grande esperienza. Inoltre, abbiamo pensato che nel nostro futuro lavorativo, la collaborazione con il prossimo sarà essenziale per la presa a carico dei nostri pazienti e pertanto, ci è sembrata una nota positiva il fatto di provare a co-costruire un lavoro tanto impegnativo e a tratti stressante, come può essere la tesi, insieme. Durante la nostra formazione abbiamo avuto modo di lavorare spesso in gruppi diversi sia monoprofessionali che interprofessionali per allenarci nella capacità di condivisione e collaborazione con l'altro che è fondamentale per il nostro futuro lavorativo. Non sempre questo risultava facile, perché idee diverse portavano a conflitti nel gruppo. Quello che abbiamo però anche scoperto è che dando valore alle caratteristiche personali e professionali di ognuno si arriva ad un risultato molto più ricco rispetto a quello che viene fatto senza confronto con l'altro. Abbiamo entrambe partecipato a diversi lavori nello stesso gruppo durante la

formazione e abbiamo visto che ha sempre funzionato bene, nel senso che riuscivamo a trovare un equilibrio che ci permetteva di raggiungere i risultati desiderati.

Per questo ci è venuta l'idea di fare la tesi assieme, da una parte per darci una mano a vicenda, ma dall'altra parte l'abbiamo vista come una sfida questa possibilità di mettersi in gioco condividendo le proprie idee per trovare un punto di incontro. Abbiamo deciso di valutare le nostre risorse e le nostre debolezze in maniera da compensarci l'una con l'altra e di suddividere il lavoro in base a queste nostre caratteristiche. Quella che inizialmente abbiamo individuato come risorsa di ognuna è effettivamente emersa e tante altre. Siamo riuscite a concordarci anche quando non era sempre facile, perché essere d'accordo su tutto è impossibile, ma venirsi incontro partendo dal punto di vista dell'altra ci ha permesso di crescere ed è stato un buon allenamento per il nostro futuro lavorativo. Ci sono state più occasioni nella quali abbiamo dovuto ribadire la nostra opinione su determinati argomenti, in quanto ognuna aveva la propria opinione. Abbiamo capito cosa vuol dire avere un conflitto in senso positivo, perché dalle opinioni discordanti si arrivava alla discussione per raggiungere poi la coesione. Il conflitto nasce da opinioni diverse, nel nostro caso di due persone. L'abbiamo però vissuto come arricchente perché i nostri punti di vista ci hanno permesso di confrontarci e vedere la situazione in senso molto più ampio rispetto a quello che era il punto di vista di una singola persona. Inoltre, siamo state molto attente ad identificare e risolvere tempestivamente i conflitti, in modo da non portarci dietro durante il resto del lavoro e avere perciò implicazioni negative sul risultato finale della nostra tesi.

Il nostro lavoro di tesi ci ha appassionato molto perché ci ha permesso di vedere come viene trattata questa patologia in altre parti del mondo e ci ha permesso di fare un confronto con quello che succede sul nostro territorio, parlando direttamente con dei professionisti. È stato interessante ascoltare le esperienze dirette di questi ultimi, che in parte abbiamo vissuto anche noi durante gli stage e abbiamo potuto constatare noi stesse le difficoltà riscontrate sia dal bambino con obesità che viene in terapia che dall'ergoterapista che deve trattarlo, in quanto non ci sono linee guida chiare a riguardo ed è difficile fare riconoscere il trattamento per avere la giusta retribuzione. Quello che è stato interessante è sentire opinioni che concordavano con le nostre e con ciò che emerge dalla letteratura, ma anche un'opinione con la quale non eravamo pienamente d'accordo. Questo ci ha fatto riflettere molto sui limiti a livello di condivisione del pensiero ancora presenti nella nostra piccola realtà ticinese. Abbiamo capito che trovare qualcuno che non condivide lo stesso pensiero può essere molto frustrante, ma abbiamo cercato di viverla come una ricchezza in più per la nostra tesi. Abbiamo promosso il nostro pensiero nella nostra piccola realtà, ma dall'altra parte siamo consapevoli del fatto che si parte sempre dal basso e dal piccolo per arrivare in alto e raggiungere il proprio risultato. È stato un lavoro impegnativo, che ci ha costrette a collaborare a livelli che non avevamo mai provato prima per fare in modo che tutte e due si riconoscessero all'interno di questo lavoro ma possiamo ritenerci soddisfatte di come sono stati svolti i lavori. Suddividere il lavoro fin dall'inizio e lavorare con impegno e costanza durante tutto l'arco dell'anno scolastico, ci ha permesso di arrivare alla fine di questo percorso in maniera serena, senza provare un carico troppo pesante di stress ma tanta soddisfazione per la ricerca svolta. Gli obiettivi personali che ci eravamo posti possiamo dire di averli raggiunti; abbiamo aumentato le nostre conoscenze sulla tematica dell'obesità infantile, sul ruolo dell'ergoterapista con i bambini con obesità, sui programmi ergoterapici esistenti nel mondo per la prevenzione dell'obesità infantile e come già detto il fatto di trovare un equilibrio tra noi due nella redazione della tesi. Siamo anche soddisfatti degli obiettivi che ci eravamo posti per quanto riguarda il fulcro della nostra tesi; con l'approfondimento della letteratura e delle interviste abbiamo infatti potuto indagare quali sono le attività della vita

quotidiana compromesse dall'obesità infantile, quali difficoltà motorie ed emotive incontra il bambino obeso, su come l'intervento dell'ergoterapista possa migliorare la partecipazione nelle attività di vita quotidiana nel bambino obeso, su come l'ergoterapista potrebbe prevenire l'insorgenza di obesità infantile, capire cosa fanno gli ergoterapisti sul territorio ticinese e quindi promuovere anche la nostra tematica tra gli ergoterapisti. Questi obiettivi si possono certamente approfondire ulteriormente, ma con il tipo di lavoro che abbiamo svolto siamo soddisfatte delle conoscenze che abbiamo acquisito. Ci siamo sentite arricchite da ciò che abbiamo costruito, è stato stimolante il confronto reciproco continuo e ci sarà sicuramente di aiuto per il futuro.

10. Bibliografia

- Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z. A., Hamid, Z. A., Abu-Rmeileh, N. M., Acosta-Cazares, B., Acuin, C., Adams, R. J., Aekplakorn, W., Afsana, K., Aguilar-Salinas, C. A., Agyemang, C., Ahmadvand, A., Ahrens, W., Ajlouni, K., Akhtaeva, N., Al-Hazzaa, H. M., Al-Othman, A. R., Al-Raddadi, R., Buhairan, F. A., Ezzati, M. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), 2627–2642. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)
- Apovian C. M. (2016). Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. *The American journal of managed care*, 22(7 Suppl), s176–s185. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27356115/>
- Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE). (s.d.). Elenco dei centri di Ergoterapia in Ticino. <http://www.ergoterapia.ch/Elenco-dei-centri-di-Ergoterapia-04399800>
- Barnes, K., Beck, A. J., Vogel, K.A., Grice, K. O., & Murphy, D. (2003). Perceptions regarding school-based occupational therapy for children with emotional disturbances. *American Journal of Occupational Therapy*, 57 (3), 337-341. <https://doi.org/10.5014/ajot.57.3.337>
- Bazelmans, C., Coppieters, Y., Godin, E., Parent, F., Berghmans, L. & Dramaix, A. (2004). Is obesity associated with injuries among young people? *European Journal of Epidemiology*, 19, 1037–1042. <https://www.jstor.org/stable/3582823>
- Beretta, O., Galfetti, A., Merlani, G., Gallacci, M., (2019). *L'insostenibile leggerezza del BMI cenni storici e analisi dei profili corporei nella popolazione infantile nel canton Ticino*.
- Boff, R. de M., Dornelles, M. A., Feoli, A. M. P., Gustavo, A. da S., & Oliveira, M. da S. (2020). Transtheoretical model for change in obese adolescents: MERC randomized clinical trial. *Journal of Health Psychology*, 25(13–14), 2272–2285. <https://doi.org/10.1177%2F1359105318793189>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brecher, E. A., & Lewis, C. W. (2018). Infant Oral Health. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 909–921. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.016>
- Brodert-Fingert, S., Brazauskas, K., Lindgren, K., Iannuzzi, D., Van Cleave, J. (2014). Prevalence of Overweight and Obesity in a Large Clinical Sample of Children with Autism. *Academic Pediatrics*, 14(4), 408–414. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.04.004>
- Calhoun, S. L., Vgontzas, A. N., Fernandez-Mendoza, J., Mayes, S. D., Tsaoussoglou, M., Basta, M., & Bixler, E. O. (2011). Prevalence and risk factors of excessive daytime sleepiness in a community sample of young children: the role of obesity, asthma, anxiety/depression, and sleep. *Sleep*, 34(4), 503–507. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.4.503>
- Campos, A. L., Sigulem, D. M., Moraes, D. E., Escrivão, A. M., & Fisberg, M. (1996). Quociente de inteligência de crianças e adolescentes obesos através da escala Wechsler [Intelligent quotient of obese children and adolescents by the Weschler scale]. *Revista de saude publica*, 30(1), 85–90. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101996000100011>

- Cantal, A. (2019, gennaio). *Managing Obesity in Pediatrics: A Role for Occupational Therapy*. AOTA. <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Publications/CE-Articles/CE-Article-January-2019-Obesity-Pediatrics.pdf>
- Center Of Disease Control And Prevention, (2021). *Causes and Consequences of Childhood Obesity* <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/causes.html>
- Croyley, A. (2015). *Introduction to Qualitative Research Methods*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3095.6888/1>
- Datar, A., Sturm, R., & Magnabosco, J. L. (2004). Childhood overweight and academic performance: national study of kindergartners and first-graders. *Obesity research*, 12(1), 58–68. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.9>
- De Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(9), 660–667. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.043497>
- De Lillo, A., Arosio, L., Sarti, S., Terraneo, M., & Zoboldi, S. (2011). *Metodi e tecniche della ricerca sociale. Manuale d'uso per l'indagine quantitativa*. Pearson Italia.
- De Silva-Sanigorski, A. M., Bell, A. C., Kremer, P., Nichols, M., Crellin, M., Smith, M., Sharp, S., de Groot, F., Carpenter, L., Boak, R., Robertson, N., & Swinburn, B. A. (2010). Reducing obesity in early childhood: Results from Romp & Chomp, an Australian community-wide intervention program. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91(4), 831–840. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28826>
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Disturbi del comportamento alimentare: la terapia occupazionale ti aiuta (s.d.). *Associazione Italiana Dei Terapisti Occupazionali* [Associazione Italiana Terapisti Occupazionali | AITO](http://www.aito.it)
- Ente Ospedaliero Cantonale. (s.d.). *BAOBAB*. <https://www.eoc.ch/Ambulatori-specialistici/Baobab.html>
- Every Moment Counts. (2013a). Comfortable cafeteria. http://www.everymomentcounts.org/view.php?nav_id=1
- Every Moment Counts. (2013b). Refreshing recess. http://www.everymomentcounts.org/view.php?nav_id=62
- Garcia-Hermoso, A., Oriol-Granado, X., Correa-Bautista, J. E., & Ramírez-Vélez, R. (2019). Association between bullying victimization and physical fitness among children and adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 19(2), 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.006>
- Gill, S. V. (2011). Optimising motor adaptation in childhood obesity. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(5), 386–389. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00957.x>
- Hamer, S., Collinson, G. (2002) *Evidence based Practice*. Milano: McGraw Hill.
- Hasselkus, B.R. (2002). *The meaning of everyday occupation*. NJ: Slack.
- Hancox, R. J., Milne, B. J., & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet (London, England)*, 364(9430), 257–262. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16675-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16675-0)
- Herrington, S., & Brussoni, M. (2015). Beyond Physical Activity: The Importance of Play and Nature-Based Play Spaces for Children's Health and Development. *Current Obesity Reports*, 4(4), 477–483. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0179-2>

- Herter-Aeberli, I., Osuna, E., Sarnovská, Z., & Zimmermann, M. B. (2019). Significant Decrease in Childhood Obesity and Waist Circumference over 15 Years in Switzerland: A Repeated Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 11(8), 1922. <https://doi.org/10.3390/nu11081922>
- Hilpert, M., Brockmeier, K., Dordel, S., Koch, B., Weiß, V., Ferrari, N., Tokarski, W., & Graf, C. (2017). Sociocultural Influence on Obesity and Lifestyle in Children: A Study of Daily Activities, Leisure Time Behavior, Motor Skills, and Weight Status. *Obesity Facts*, 10(3), 168–178. <https://doi.org/10.1159/000464105>
- Hollar, D., Lombardo, M., Lopez-Mitnik, G., Hollar, T., Almon, M., Agatston, A., & Messiah, S. (2010). Effective multi-level, multi-sector, school-based obesity prevention programming improves weight, blood pressure, and academic performance, especially among low-income, minority children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(2), 93–108. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0304>
- Huang, J.-Y., & Qi, S.-J. (2015). Childhood obesity and food intake. *World Journal of Pediatrics*, 11(2), 101–107. <https://doi.org/10.1007/s12519-015-0018-2>
- Ige, T. J., DeLeon, P., & Nabors, L. (2017). Motivational Interviewing in an Obesity Prevention Program for Children. *Health Promotion Practice*, 18(2), 263–274. <https://doi.org/10.1177/1524839916647330>
- Institute of Medicine. (2012). *Accelerating progress in obesity prevention: Solving the weight of the nation*. Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/13275>.
- Jessen-Winge, C., Ilvig, P. M., Jonsson, H., Fritz, H., Lee, K., & Christensen, J. R. (2021). Obesity treatment: A role for occupational therapists? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(6), 471–478. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1712472>
- Johnson, R. B., & Christensen, L. (2016). *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*. SAGE Publications.
- Kaufman, T. K., Lynch, B. A., & Wilkinson, J. M. (2020). Childhood Obesity: An Evidence-Based Approach to Family-Centered Advice and Support. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11:1-6. <https://doi.org/10.1177/2150132720926279>
- Kêkê, L. M., Samouda, H., Jacobs, J., di Pompeo, C., Lemdani, M., Hubert, H., Zitouni, D., & Guinhouya, B. C. (2015). Body mass index and childhood obesity classification systems: A comparison of the French, International Obesity Task Force (IOTF) and World Health Organization (WHO) references. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 63(3), 173–182. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2014.11.003>
- Kugel, J. D., Javherian-Dysinger, H., & Hewitt, L. (2017). The Role of Occupational Therapy in Community-Based Programming: Addressing Childhood Health Promotion. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 5(1). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1259>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9–23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Lee, E. Y., & Yoon, K.-H. (2018). Epidemic obesity in children and adolescents: Risk factors and prevention. *Frontiers of Medicine*, 12(6), 658–666. <https://doi.org/10.1007/s11684-018-0640-1>
- Lehrke, S., & Laessle, R. G. (2009). *Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-540-48351-9>

- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141–2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Mainland, M., Shaw, S., & Prier, A. (2015). Fearing Fat: Exploring the Discursive Links between Childhood Obesity, Parenting, and Leisure. *Journal of Leisure Research*, 47(2), 202–219. <https://doi.org/10.1080/00222216.2015.11950357>
- Mameli, C., Mazzantini, S., & Zuccotti, G. V. (2016). Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9), 838. <https://doi.org/10.3390/ijerph13090838>
- Makhrova, I. A., & Ivashchenko, I. N. (2013). [The hygiene of clothing for children and adolescents with obesity on the basis of characteristics of heat exchange]. *Gigiena I Sanitariia*, 2, 61–66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24003704/>
- Martín-Torres, N., Carreira, N., Picáns-Leis, R., Pérez-Ferreirós, A., Kalén, A., & Leis, R. (2021). Baby-Led Weaning: What Role Does It Play in Obesity Risk during the First Years? A Systematic Review. *Nutrients*, 13(3), 1009. <https://doi.org/10.3390/nu13031009>
- McLain, A. (2011). The effectiveness of occupational therapy in preventing childhood obesity in the school setting, *Pediatrics CATs*. <https://core.ac.uk/download/pdf/48846564.pdf>
- Mikkilä, V., Lahti-Koski, M., Pietinen, P., Virtanen, S. M., & Rimpelä, M. (2003). Associates of obesity and weight dissatisfaction among Finnish adolescents. *Public health nutrition*, 6(1), 49–56. <https://doi.org/10.1079/PHN2002352>
- Mosey, A. C. (1996). *Applied scientific inquiry in the health professions: An epistemological orientation* (2nd ed.). Rockville, Md: AOTA, American Occupational Therapy Association.
- Nafiu, O. O., & Burke, C. (2013). Large Clothing Size in Children Is Associated with High Body Mass Index and Clustering of Medical Comorbidities. *ISRN Obesity*, 2013, 582967. <https://doi.org/10.1155/2013/582967>
- Neistadt, M. E., & Crepeau, E. B. (Eds). (1998). *Willard and Spackman's occupational therapy (9th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nekitsing, C., Hetherington, M. M., & Blundell-Birtill, P. (2018). Developing Healthy Food Preferences in Preschool Children Through Taste Exposure, Sensory Learning, and Nutrition Education. *Current obesity reports*, 7(1), 60–67. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0297-8>
- Ng, D., Lam, Y., Kwok, K., & Chow, P. (2004). Obstructive sleep apnoea syndrome and obesity in children. *Hong Kong Med = Xianggang yi xue za zhi*, 10(1), 44–48. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.525.6870&rep=rep1&type=pdf>
- Nicklaus, S. (2017). The Role of Dietary Experience in the Development of Eating Behavior during the First Years of Life. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 70(3), 241–245. <https://doi.org/10.1159/000465532>
- Nicodemo, M., Spreghini, M. R., Manco, M., Wietrzykowska Sforza, R., & Morino, G. (2021). Childhood Obesity and COVID-19 Lockdown: Remarks on Eating Habits of Patients Enrolled in a Food-Education Program. *Nutrients*, 13(2), 383. <https://doi.org/10.3390/nu13020383>
- Occupational therapy's role in addressing childhood obesity (2012). *American Occupational Therapy Association*. <http://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Practice/Children/SchoolMHToolkit/Childhood%20Obesity.pdf>

- Orban, K., Erlandsson, L.-K., Edberg, A.-K., Onnerfält, J., & Thorngren-Jerneck, K. (2014). Effect of an Occupation-Focused Family Intervention on Change in Parents' Time Use and Children's Body Mass Index. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 68, e217–e226. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.010405>
- Parham, L. D., & Fazio, L. S. (2007). *Play in occupational therapy for children*. Mosby.
- Parrino, C. (2019). *Obesità nel bambino e nell'adolescente, come diagnosticarla?* - ProQuest. Medici oggi. <https://www.proquest.com/openview/2580e0a86c52f3bc347f9217ba637eb7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=4496848>
- Peduzzi, P. (2018, 17 ottobre). *Pesovia*. <http://www.pesovia.com/>
- Pizzi, M. A. (2016). Promoting Health, Well-Being, and Quality of Life for Children Who Are Overweight or Obese and Their Families. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 7005170010p1-7005170010p6. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.705001>
- Pizzi, M. (2001). *The Pizzi holistic wellness assessment*. *Occupational Therapy in Health Care*, 13(3–4), 51–66. https://doi.org/10.1080/J003v13n03_06
- Porta, D. (2014). *L'intervista qualitativa*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- Porta, I., Fortunata, R., Tirocchi, F. & Frasca, V. (s.d.). *Ricerca quantitativa e qualitativa*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- Poulsen, PH., Biering, K., Winding, TN., Nohr, EA., Petersen, LV., Ulijaszek, SJ., Andersen, JH. (2019). How does psychosocial stress affect the relationship between socioeconomic disadvantage and overweight and obesity? Examining Hemmingsson's model with data from a Danish longitudinal study. *BMC Public Health*, 7;19(1):1475. doi: 10.1186/s12889-019-7699-8
- Poulsen, A. A. & Ziviani, J. M. (2004). Health enhancing physical activity: Factors influencing engagement patterns in children. *Australian Occupational Therapy Journal*, 51, 69 – 79. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1440-1630.2004.00420.x>
- Puder, J. J., & Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 34(S2), S37–S43. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.238>
- Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., Steer, C., Sherriff, A., & Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 330(7504), 1357. <https://doi.org/10.1136/bmj.38470.670903.E0>
- Sabin, M. A., & Kiess, W. (2015). Childhood obesity: Current and novel approaches. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 29(3), 327–338. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2015.04.003>
- Sánchez-López, A. M., Menor-Rodríguez, M. J., Sánchez-García, J. C., & Aguilar-Cordero, M. J. (2020). Play as a Method to Reduce Overweight and Obesity in Children: An RCT. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), E346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010346>
- Schneider, S. J., Kerwin, J., Frechtling, J., & Vivari, B. A. (2002). Characteristics of the Discussion in Online and Face-to-Face Focus Groups. *Social Science Computer Review*, 20(1), 31–42. <https://doi.org/10.1177/089443930202000104>
- Schwartz, M. B., & Puhl, R. (2003). Childhood obesity: A societal problem to solve. *Obesity Reviews*, 4(1), 57–71. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789X.2003.00093.x>

- *shutterstock_768550840.jpg* (immagine JPEG, 4200 × 2795 pixel)—Riscalata (28%). (s.d.). Recuperato 12 settembre 2021, da https://www.narayanahealth.org/blog/wp-content/uploads/2019/06/shutterstock_768550840.jpg
- Skär, L., & Prellwitz, M. (2008). Participation in play activities: A single-case study focusing on a child with obesity experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 211–219. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00515.x>
- Smith Roley, S., DeLany, J. V., Barrows, C.J., Brownrigg, S., Honaker, D., Sava, D. I., Talley, V., Voelkerding, K., Amini, D. A., Smith, E., Toto, P., King, S., Lieberman, D., Baum, M. C., Cohn, E. S., Moyers Cleveland, P. A., Youngstrom, M. J. (2008). *Therapy Practice Framework: Domain and Process*. American Occupational Therapy Association.
- Strbák, V., Skultétyová, M., Hromadová, M., Randusková, A., & Macho, L. (1991). Late effects of breast-feeding and early weaning: Seven-year prospective study in children. *Endocrine Regulations*, 25(1–2), 53–57.
- Suarez-Balcazar, Y., Cabatan, M., Dancza, K., Forhan, M., Tucker, T., & Ziviani, J. (2019). Ergotherapie bei Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *World Federation of Occupational Therapists*.
- Suarez-Balcazar, Y., Hoisington, M., Orozco, A. A., Arias, D., Garcia, C., Smith, K., & Bonner, B. (2016). Benefits of a culturally tailored health promotion program for Latino youth with disabilities and their families. *American Journal of Occupational Therapy*, 70, 7005180080p1–7005180080p8 <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.021949>
- RSI (s.d.). ASIPAO. <https://www.rsi.ch/rete-tre/speciali/ASIPAO-949726.html>
- Taylor, M. C. (2007). *Evidence-Based Practice for Occupational Therapists* (2nd ed.). Blackwell Publishing.
- Taylor, M. M. (2018). *The Obesity Epidemic: Why a Social Justice Perspective Matters*. Palgrave Macmillan.
- Tenny, S., Brannan, G. D., Brannan, J. M., & Sharts-Hopko, N. C. (2021). Qualitative Study. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/>
- Vander Wal, J. S., & Mitchell, E. R. (2011). Psychological Complications of Pediatric Obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 58(6), 1393–1401. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.09.008>
- WHO (2007). *Growth reference 5-19 years—BMI-for-age (5-19 years)*. <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>
- Willcock, A. A., & Townsend, E. A. (2008). *Occupational justice*.
- Winter, B. (2014). *Pädiatrische Ergotherapie - Das Wunstorfer Konzept*. Stuttgart: Thieme.
- Woo, S., & Park, K. H. (2020). Motivating Children and Adolescents in Obesity Treatment. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 29(4), 260–269. <https://doi.org/10.7570/jomes20026>
- Wu, N., Chen, Y., Yang, J., & Li, F. (2017). Childhood Obesity and Academic Performance: The Role of Working Memory. *Frontiers in Psychology*, 8, 611. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00611>
- Zenlea, I. S., Thompson, B., Fierheller, D., Green, J., Ulloa, C., Wills, A., & Mansfield, E. (2017). Walking in the shoes of caregivers of children with obesity: Supporting caregivers in paediatric weight management. *Clinical Obesity*, 7(5), 300–306. <https://doi.org/10.1111/cob.12202>
- Ziviani, J., Desha, L. N., Poulsen, A. A. & Whiteford, G. (2010). Positioning occupational engagement in the prevention science agenda for childhood obesity.

Australian Occupational Therapy Journal, 57, 439 – 441.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1630.2010.00891.x>

- Ziviani, J., Poulsen, A. A. & Hansen, C. (2009). Movement skills proficiency and physical activity: A case for engaging and coaching for health (EACH)-child. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 259 – 265.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1630.2008.00758.x>
- Ziviani, J., Wadley, D., Ward, H., Macdonald, D., Jenkins, D. & Rodger, S. (2008). A place to play: Socioeconomic and spatial factors in children's physical activity. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55, 2 – 11.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1630.2006.00646.x>
- Ziviani, J., Desha, L. N., Poulsen, A. & Whiteford, G. (2010). Positioning occupational engagement in the prevention science agenda for childhood obesity. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(6), 439–441. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00891.x>
- Zolotarjova, J., ten Velde, G., & Vreugdenhil, A. C. E. (2018). Effects of multidisciplinary interventions on weight loss and health outcomes in children and adolescents with morbid obesity. *Obesity Reviews*, 19(7), 931–946.
<https://doi.org/10.1111/obr.12680>

11. Allegati

11.1. Allegato 1: consenso informato

Contatto responsabile di ricerca dell'intervista:

Veronica De Togni

veronica.detogni@student.supsi.ch

+41 79 630 98 36

Miriam Kobkyn

miriam.kobkyn@student.supsi.ch

+41 79 892 75 58

Il lavoro di tesi di Veronica De Togni e Miriam Kobkyn, studentesse di ergoterapia del Dipartimento economia aziendale, sanità e socialità (DEASS) di Manno, della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana (SUPSI), approfondisce il tema “come interviene l'ergoterapista in Ticino, con bambini dai 6 agli 11 anni con obesità per favorire lo sviluppo fisico, emotivo e sociale nelle attività di vita quotidiana”. La tesi va ad esplorare in che modo interviene l'ergoterapista quando in terapia ha un bambino affetto da obesità infantile. Per questo motivo abbiamo scelto di svolgere delle interviste agli ergoterapisti che lavorano in quest'ambito, a livello ticinese, per capire quali sono i trattamenti che vengono proposti sul nostro territorio e quali sono le maggiori difficoltà che devono trattare quando lavorano con questi bambini. Lo scopo della ricerca è quello di fornire delle informazioni concrete affinché si abbiano degli strumenti su come trattare la problematica dell'obesità infantile da parte di chi lavora in questo ambito.

- 1) Sono stato/a informato/a del contenuto e delle procedure di questa indagine. L'intervista sarà registrata in formato audio e verrà eliminata dopo la trascrizione.
- 2) Sono consapevole che i dati legati alla persona saranno salvati elettronicamente ed analizzati dalle studentesse. Sono stato/a informato/a che tutti i dati rilevati saranno utilizzati unicamente per l'indagine, oggetto di questo studio, e saranno usati in modo confidenziale, oltre che non ceduti a terzi, senza il mio consenso
- 3) Acconsento che i risultati dell'indagine vengano pubblicati in forma anonima, sottoforma di pubblicazione di un lavoro di Bachelor. Tutti i dati raccolti verranno trattati nel rispetto della Privacy, assicurando quindi l'anonimato e l'assoluta confidenzialità dei partecipanti.
- 4) Sono consapevole che la partecipazione all'indagine ed il consenso al trattamento dei dati, sono volontari. Sono inoltre consapevole di poter revocare il mio consenso alla ricerca in ogni momento, senza dover fornire spiegazioni. Sono stato/a informato/a che qualora decida di revocare il mio consenso, i miei dati sarebbero immediatamente cancellati.
- 5) Sono stato/a informato/a che, dopo la trascrizione, gli audio-dati saranno comunque cancellati entro il 31 agosto 2022.

Presto il mio consenso alla partecipazione all'indagine ed autorizzo al trattamento dei dati.

Luogo, data

Firma ricercatore

Firma partecipante

11.2. Allegato 2: griglia di domande

Saluto iniziale

Buongiorno, la ringraziamo per averci dedicato del tempo per partecipare alla nostra ricerca e per il prezioso contributo datoci raccontandoci la sua esperienza lavorativa in questo ambito.

Presentazione di noi stesse

Siamo Miriam Kobkyn e Veronica De Togni, due studentesse di ergoterapia presso la SUPSI di Manno e attualmente stiamo svolgendo il nostro ultimo anno di formazione. Abbiamo avuto due percorsi di vita diversi che si sono uniti poi negli ultimi tre anni in questa formazione. Entrambe, abbiamo praticato degli stage in pediatria dove abbiamo potuto lavorare con bambini affetti da obesità.

Spiegazione del lavoro di ricerca

Il nostro lavoro di ricerca si focalizza sull'intervento ergoterapico in Ticino per prevenire o trattare l'obesità infantile, nei bambini dai sei agli undici anni. L'obesità è stata definita come un'epidemia a livello mondiale guadagnandosi il nome di "globesity". Anche il Ticino ha visto un aumento di questa patologia a partire già dai bambini più piccoli. Tramite le evidenze scientifiche e la ricerca, abbiamo individuato alcuni trattamenti ergoterapici erogati nel mondo, sia a livello preventivo che di vero e proprio supporto al bambino con obesità e alla sua famiglia. Ci siamo dunque chieste quali erano i trattamenti presenti sul nostro territorio e come gli ergoterapisti intervengono per far fronte a questo problema sempre più comune.

Consenso informato per la registrazione

Per questa intervista, è necessario il consenso firmato che dobbiamo firmare entrambe le parti. Una copia rimane a noi e una a lei. Attraverso il consenso informato mi offre il permesso di elaborare i dati entro la fine del mio lavoro e le interviste verranno di seguito cancellate (entro il 31 agosto 2022).

Domande

Trattamento

- Ci racconti per favore delle sue esperienze con gli interventi che state attuando con i bambini affetti da obesità.

Sotto domande

- Ci vuole spiegare nella sua esperienza quali metodi, approcci o interventi ha ritenuto maggiormente efficaci durante il trattamento?
- Solitamente, in quali setting svolgete i vostri trattamenti ergoterapici legati a questa patologia?
- Potete raccontarci come vengono incluse le famiglie nel trattamento?
- Secondo la vostra esperienza, quale è la percezione delle famiglie dei bambini legate a questa patologia?
- Quali risultati raggiunge il bambino con obesità con il trattamento ergoterapico? (*autostima, perdita di peso, percezione del corpo, coordinazione motoria, partecipazione alle AVQ, ...*)
- Vi sono state delle difficoltà che ha incontrato durante il trattamento con questi bambini che ci vuole raccontare?
- Quali strategie pensa che potremmo mettere in atto noi ergoterapisti per prevenire l'insorgenza di questa patologia sul territorio

Comprensione della patologia

- Ci racconti secondo la sua esperienza, quali sono le ripercussioni maggiori di questa patologia nella vita quotidiana dei bambini che sono rilevanti per la nostra professione.

Sotto domande

- Come vengono segnalati questi bambini in ergoterapia e con che frequenza?
- Quale è la sua impressione riguardo i risvolti emotivi e le problematiche comportamentali del bambino con obesità che ha avuto in trattamento e nella sua vita quotidiana?
- In base alla sua esperienza, in quali contesti di vita quotidiana il bambino fatica a partecipare e come potremmo intervenire noi ergoterapisti a riguardo (es: pausa a scuola, tempo libero, attività sportive, ...)
- Secondo lei come è visto il bambino con obesità nella nostra società?

Opinione professionale sul futuro dell'ergoterapia nel trattamento di questa patologia

- Come possiamo promuovere la nostra professione in questo ambito?

Sotto domande

- Quali nuovi ruoli legati all'obesità si potrebbero aprire per l'ergoterapista in un futuro e come pensa che evolverà la nostra professione nel futuro per far fronte a questa epidemia?

Altre figure coinvolte

- Collabora con altre figure professionali per il trattamento del bambino? Se sì, come lavorate insieme per aiutare il bambino?

Per concludere l'intervista

- Per concludere l'intervista, c'è ancora qualcosa che mi vuole dire rispetto questa tematica e che lei ritiene importante?

Saluto finale

Grazie per la sua disponibilità e per essersi preso/a il tempo per rispondere alle domande. Buona continuazione e arrivederci.

Dati sull'intervistato (ergoterapista)

- Nome
- Cognome
- Età
- Tipo di formazione
- Anni di esperienza lavorativa
- Anni di esperienza lavorativa in pediatria

11.3. Allegato 3: e-mail invito partecipazione

Gentili colleghe e colleghi,

Siamo Veronica De Togni e Miriam Kobkyn, due studentesse di ergoterapia che stanno attualmente per concludere il triennio di studi presso la SUPSI di Manno. Per la nostra tesi di Bachelor, abbiamo deciso di trattare la tematica dell'obesità infantile e l'intervento ergoterapico in questo ambito a livello ticinese. Lo scopo è quello di raccogliere dei dati per identificare quali siano i vissuti degli ergoterapisti riguardo al trattamento di questa patologia.

Se come ergoterapista ha già avuto l'occasione di avere in terapia un bambino dai sei ai dodici anni, affetto da obesità, lavora in uno studio pediatrico ticinese o uno studio misto dove tratta l'ambito pediatrico e ha due anni di esperienza nell'ambito pediatrico, sarebbe la persona più adatta alla nostra ricerca. Se desidera mettersi a disposizione per svolgere un'intervista, anche in videochiamata considerando il momento particolare in cui ci troviamo, le saremmo molto grate se prendesse contatto con una di noi per fissare un appuntamento. Una volta data la sua disponibilità procederò ad inviare l'apposito modulo che consente di rispettare la protezione dei dati.

Le interviste sono un aspetto fondamentale per sviluppare il nostro lavoro di ricerca, che andranno a rilevare il trattamento ergoterapico a livello ticinese in questo ambito emergente per il nostro lavoro che è l'obesità. Ci farebbe davvero piacere poterla intervistare e capire quali sono le maggiori difficoltà che riscontra in questi bambini, come agisce per migliorare la loro qualità di vita e la loro performance occupazionale e quali obiettivi si pone di fronte a questi pazienti.

Restiamo a disposizione per ulteriori domande o chiarimenti alle seguenti mail:

veronica.detogni@student.supsi.ch

miriam.kobkyn@student.supsi.ch

Vi ringraziamo già in anticipo per la vostra attenzione e vi auguriamo una buona giornata.

Veronica De Togni

Miriam Kobkyn

Le autrici sono le uniche responsabili dei contenuti del lavoro di tesi.

Lavoro di Tesi approvato da:

.....

Luogo e data:

.....

Firma:

.....



Questa pubblicazione, *Come interviene l'ergoterapista in Ticino con bambini dai 6 ai 12 anni con obesità per favorire lo sviluppo fisico, emotivo e sociale nelle attività di vita quotidiana?* scritta da DeTogni Veronica e Miriam Kobkyn, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.