

Stigma dell'obesità: riflessioni sul documento internazionale di consenso per eliminarlo

Tanas Rita¹, Busetto Luca², Caggese Guido³, Lera Riccardo⁴

¹Pediatra endocrinologo membro della Società di endocrinologia e diabetologia pediatrica, Ferrara;

²Professore associato di Medicina interna, Dipartimento di medicina dell'Università di Padova, co-coordinatore della Obesity Management Task Force della European Association for the Study of Obesity; ³Anestesista rianimatore, Ferrara;

⁴Pediatra diabetologo membro della Società di endocrinologia e diabetologia pediatrica, Alessandria

Le persone con obesità affrontano quotidianamente una forma pervasiva di stigma sociale, discriminazioni in famiglia, in ambito scolastico, lavorativo/professionale e sanitario. Lo stigma sul peso danneggia la salute, mina i diritti umani e sociali e pertanto è inaccettabile nelle società moderne. Le persone colpite hanno meno probabilità di ricevere cure adeguate.

Un folto gruppo di esperti e rappresentanti di organizzazioni scientifiche internazionali, per sensibilizzare operatori sanitari, politici e opinione pubblica su questo tema, ha esaminato le prove disponibili su cause e conseguenze dello stigma e ha sviluppato una dichiarazione di consenso condivisa per eliminarlo. Istituzioni accademiche, organizzazioni professionali, media, sanità pubblica e governi dovrebbero incoraggiare la formazione sullo stigma e facilitare una nuova narrazione pubblica dell'obesità, coerente con le moderne conoscenze scientifiche, per migliorarne il trattamento.

People with obesity face everyday a pervasive form of social stigma, discrimination in family, in school, at work and in the health system. The weight stigma harms health, undermines human and social rights and is therefore unacceptable in modern societies. Affected people are less likely to receive adequate care.

A large group of experts and representatives of international scientific organizations, to raise awareness among health professionals, politicians and public opinion on this issue, examined the available evidence on the causes and consequences of the stigma and has developed a shared consensus statement to eliminate it. Academic institutions, professional organizations, media, public health and governments should encourage stigma training and facilitate a new public narrative of obesity, consistent with modern scientific knowledge, aimed to improve its treatment.

Introduzione

Le persone affette da obesità affrontano non solo un aumentato rischio di gravi complicazioni mediche, ma anche una forma di stigma* sociale: spesso sono percepite (senza prove) come pigre, golose, prive di forza di volontà e autodisciplina e sono esposte alla discriminazione* sul posto di lavoro, nei percorsi di istruzione, nelle strutture sanitarie e in generale nella società a cominciare dalle famiglie. Tale stigma non solo causa danni individuali considerevoli, sia fisici che psicologici, ma investe l'intera comunità, esercitando influenze negative sulle politiche di salute pubblica: l'accesso ai trattamenti di cura e la ricerca scientifica [1]. Discriminazione e stigma esplicito* e implicito* sono diventati pervasivi, universali, persistenti, documentati in tutti i settori sociali e in crescita, nonostante l'aumentare della prevalenza dell'obesità. Tra gli adulti con obesità la prevalenza dello stigma è del 19-42%, più elevata verso le persone con Indice di Massa Corporea

[o Body Mass Index (BMI)] più alto e verso le donne. Circa metà degli adulti statunitensi con sovrappeso/obesità sperimenta l'interiorizzazione* dello stigma, soprattutto quelli con BMI più elevato e i bambini/adolescenti, spesso stigmatizzati fin dai primi anni di vita dai loro stessi genitori, specie se anch'essi oggetto di stigma [2]. Le evidenze suggeriscono che i media ne sono una fonte importante e possono rafforzarlo con immagini, linguaggio e termini che favoriscano nozioni errate sull'obesità, come la sua attribuzione alla responsabilità personale; oltre due terzi delle immagini sull'obesità nei media sono stigmatizzanti. La discriminazione è stata segnalata anche tra gli operatori sanitari in tutto il mondo, compresa l'Italia [3]: professionisti delle cure primarie, pediatri, endocrinologi, cardiologi, specialisti dell'obesità, dietisti, professionisti della salute mentale, tirocinanti, infermieri e ricercatori.

[* per il significato dei termini vedi [Box 1](#)].

Conseguenze sulla salute

I bambini con sovrappeso e obesità sono spesso soggetti a prese in giro e bullismo a scuola. Rispetto agli studenti normopeso, gli adolescenti con sovrappeso o obesità sono a maggior rischio di vittimizzazione fisica, verbale e informatica, di esclusione sociale, di disturbi della salute mentale e di malattie come obesità grave, diabete tipo 2 e malattie cardiovascolari [4]. Gli individui con sovrappeso/obesità discriminati mostrano livelli più elevati di proteina C reattiva, cortisolo e mortalità maggiore rispetto a quelli non discriminati. Lo stigma può essere particolarmente dannoso anche per la salute mentale essendo associato a minore autostima, sintomi depressivi, livelli più elevati di ansia e stress, consumo di sostanze psicotrope, comportamenti alimentari non salutari, fame nervosa e abbuffate compulsive [5]. Molti studi mostrano che lo stigma può portare paradossalmente a un aumento dell'assunzione di cibo, riduzione dell'esercizio fisico, uso di diete non salutari e comportamenti sedentari e, col tempo, peggioramento del BMI sia negli adulti che negli adolescenti [6].

Qualità delle cure e accesso ai servizi sanitari

Le evidenze dimostrano che i medici offrono meno tempo ed educazione alla salute ai pazienti con obesità rispetto ai normopeso e che i pazienti, colpiti da discriminazione in ambito sanitario, hanno minor beneficio dai trattamenti e maggiori probabilità di evitare cure future. L'obesità riduce persino l'aderenza agli screening per i tumori! La discriminazione nei servizi di cure primarie si realizza in: trattamenti sprezzanti, paternalistici e irrispettosi, mancanza di formazione (attribuzione di tutti i problemi di salute al peso, ipotesi arbitrarie sulle cause del suo aumento) e ostacoli all'utilizzo dell'assistenza (minori offerta di cure, fiducia e investimento in un'adeguata comunicazione, ritardo nell'accesso ai servizi) [7].

I trattamenti chirurgici dell'obesità

L'ipotesi diffusa, ma non dimostrata, che il peso corporeo sia interamente controllabile cambiando stile di vita, anche in forme gravi di obesità, potrebbe spiegare la mancata copertura finanziaria degli interventi di chirurgia bariatrica. Nonostante prove di efficacia ed economicità, in tutto il mondo solo 0,1-2% dei candidati ne beneficia e negli Stati Uniti solo il 19,2% delle assicurazioni ne garantisce la copertura. Gli individui che perdono peso dopo chirurgia sono a maggior rischio di stigma.

Le politiche di sanità pubblica

Malattie con modalità di contagio comprensive di giudizio morale (sifilide, AIDS, ecc.) dimostrano che lo stigma può interferire con l'impegno delle organizzazioni di salute pubblica per controllare certe epidemie. Le organizzazioni di salute pubblica finora non hanno compreso il ruolo dello stigma come barriera al trattamento e, anzi, l'hanno ritenuto una strategia terapeutica, supponendo che la vergogna possa motivare a cambiare! Inoltre alcuni messaggi di sanità pubblica e campagne anti-obesità sostenute da alcuni governi favoriscono la prevenzione dell'obesità come alternativa al trattamento, considerato più costoso e meno efficace. Prevenzione e trattamento, invece, non sono approcci reciprocamente esclusivi, in quanto rivolti a categorie diverse.

Discriminazione sul lavoro

La discriminazione sul posto di lavoro verso individui con sovrappeso/obesità è comune nei Paesi ad alto reddito, soprattutto per le donne. Essi ricevono salari più bassi, sono considerati meno qualificati ed efficaci, anche lavorando di più dei coetanei normopeso. Inoltre nelle normative vigenti non esiste protezione dalla discriminazione. Le poche leggi di protezione recentemente introdotte si applicano solo se c'è anche disabilità.

La ricerca

La ricerca sull'obesità è fortemente sottofinanziata rispetto a quella su altre malattie. Lo stigma può ostacolare la ricerca e il progresso scientifico in diversi modi. La convinzione che l'obesità sia dovuta a cattivi stili di vita implica che le sue cause siano già note e che una ricerca progettata per chiarirne i meccanismi eziologici possa non essere prioritaria, facilitando l'allocatione dei finanziamenti verso progetti considerati più pregnanti.

Divario tra evidenze e preconcetti

Cause dell'obesità favorevoli lo stigma

Le persone che attribuiscono l'obesità principalmente a fattori interni, controllabili o a scelte personali, esprimono mag-

giore discriminazione di quelli che invece riconoscono la complessità delle sue cause, incluse quelle genetiche, biologiche e i fattori ambientali. Questo suggerisce che la narrazione dominante sull'obesità nella comunicazione, nelle campagne di salute pubblica e nel dialogo politico svolge un ruolo importante nell'espressione dello stigma. L'assenza di leggi che vietino la discriminazione sul peso può favorirlo col messaggio indiretto che lo stigma sia accettabile e/o tollerabile.

L'idea che le cause del sovrappeso/obesità dipendano da colpe individuali deriva dal presupposto che il peso sia interamente sotto il controllo della volontà. Questa ipotesi e i suoi corollari sono in contrasto con un *corpus* importante di prove biologiche e cliniche sviluppate negli ultimi decenni.

Ruolo del bilancio calorico sul peso corporeo

L'espressione "peso corporeo = calorie in entrata - calorie in uscita" è spesso presente nella narrazione pubblica dell'obesità e persino nel linguaggio degli operatori sanitari, come se il peso dipendesse solo dalle quantità di cibo consumato e dall'esercizio fisico svolto. Invece entrambe le variabili dell'equazione dipendono anche da un insieme di fattori al di fuori del controllo volontario: quantità di energia assorbita dall'intestino, enzimi digestivi, acidi biliari, microbiota, ormoni intestinali e segnali neurali. Il consumo di energia è spiegato dall'attività fisica solo per il 30%, mentre il metabolismo basale ne rappresenta il 60-80% e l'effetto dinamico specifico il 10%. L'esistenza di un sistema omeostatico potente che mantiene il peso in un intervallo definito è supportato da prove scientifiche e può contrastare i tentativi di ridurre il peso attivando potenti risposte biologiche compensative durature (aumento dell'appetito e riduzione del metabolismo basale), che promuovono il recupero di peso già dopo una sua perdita del 10%.

L'obesità è causata principalmente dal "cattivo" stile di vita

Sebbene questo concetto sembri ovvio, la situazione è più complessa. Vari studi suggeriscono che adattamenti metabolici compensativi mantengano il dispendio energetico totale relativamente costante tra popolazioni con i più diversi livelli di attività fisica. Altre possibili cause contribuiscono all'obesità: fattori genetici ed epigenetici, alimentari, alterazioni del sonno e dei ritmi circadiani, stress psicologico, interferenti endocrini, farmaci, fattori intrauterini e intergenerazionali. Il ruolo dominante dei fattori genetici è dimostrato da studi su gemelli e neonati adottati. Mangiare troppo e fare poca attività fisica, quando presenti, potrebbero essere sintomi piuttosto che cause dell'obesità. Infine, il fallimento delle strategie di salute pubblica incentrate sul corretto stile di vita dovrebbe metterne in discussione il ruolo causale.

L'obesità è una scelta

Le persone con obesità in genere riconoscono l'obesità come un problema di salute al pari o più grave di ipertensione, diabete e depressione, per i suoi effetti negativi sulla qualità e aspettativa di vita e il rischio di complicanze. Non è corretto pensare che l'obesità sia una scelta.

L'obesità è una condizione e non una malattia

L'etichettatura dell'obesità come *malattia* ha implicazioni per il trattamento e lo sviluppo di politiche e può ridurre lo stigma [8]. Un argomento utilizzato contro l'etichettatura dell'obesità come *malattia* è la possibile riduzione dell'adesione a stili di vita più sani. Molte società mediche e l'Organizzazione mondiale della sanità oggi definiscono l'obesità *malattia* ma, usando solo il BMI, si rischia di etichettare come malati individui che, sebbene a rischio, non hanno una malattia in atto.

BOX 1. Definizioni

Stigma del peso: svalutazione sociale e denigrazione degli individui a causa del loro peso corporeo in eccesso. Può portare ad atteggiamenti negativi, stereotipi, pregiudizio e discriminazione.

Stereotipi basati sul peso: includono generalizzazioni secondo cui gli individui con sovrappeso o obesità sono pigri, golosi, privi di forza di volontà e autodisciplina, incompetenti, non motivati a migliorare la propria salute, non aderenti ai consigli dei sanitari e personalmente responsabili del loro elevato peso corporeo.

Discriminazione sul peso: forme evidenti di pregiudizio basato sul peso e trattamento ingiusto (comportamenti prevenuti) nei confronti di soggetti con sovrappeso o obesità.

Interiorizzazione dello stigma sul peso: si verifica quando gli individui assumono su sé la colpa e rivolgono a se stessi lo stigma del loro peso. L'interiorizzazione comprende l'accettazione degli stereotipi, l'applicazione di questi stereotipi a se stessi e l'autosvalutazione.

Stigma esplicito del peso: atteggiamenti apertamente e consapevolmente ritenuti negativi.

Stigma implicito del peso: consiste in attribuzioni negative e assunzione di stereotipi non consapevoli e involontarie.

BOX 2. Impegno a eliminare il pregiudizio sul peso e lo stigma dell'obesità [9]*Riconosciamo che:*

- gli individui affetti da sovrappeso e obesità affrontano una forma pervasiva di stigma sociale basato sul presupposto, non dimostrato, che il loro peso corporeo derivi principalmente da una mancanza di autodisciplina e responsabilità personale;
- tale rappresentazione non è coerente con le attuali prove scientifiche che dimostrano come la regolazione del peso corporeo non sia interamente sotto il controllo della volontà e che i fattori biologici, genetici e ambientali contribuiscono in modo critico all'obesità;
- il pregiudizio e lo stigma sul peso possono provocare discriminazioni e minare i diritti umani, i diritti sociali e la salute delle persone colpite;
- lo stigma del peso e la discriminazione non possono essere tollerati nelle società moderne.

Condanniamo:

- l'uso del linguaggio, delle immagini, degli atteggiamenti, delle politiche stigmatizzanti e della discriminazione basata sul peso, ovunque si verifichi.

Ci impegniamo a:

- trattare le persone con sovrappeso e obesità con dignità e rispetto;
- astenerci dall'usare un linguaggio stereotipato, immagini e narrazioni che ingiustamente e in modo inesatto descrivano individui con sovrappeso e obesità come pigri, golosi e privi di forza di volontà o autodisciplina;
- incoraggiare e sostenere iniziative educative volte a sradicare il pregiudizio sul peso attraverso la diffusione delle attuali conoscenze su obesità e regolazione del peso corporeo;
- incoraggiare e sostenere iniziative volte a prevenire la discriminazione ponderale nei luoghi di lavoro, istruzione e nelle strutture sanitarie.

L'obesità grave è reversibile con uno stile di vita "sano"

Anche questa ipotesi non è supportata da prove. Quando la massa grassa diminuisce, il corpo risponde con un ridotto dispendio energetico e cambiamenti nei segnali di fame e sazietà, che promuovono il recupero o la persistenza del peso. Mangiare meno e fare più esercizio hanno effetti modesti sul peso corporeo nella maggior parte degli individui con obesità grave.

Consensus per eliminare la discriminazione [9]

Sebbene sia importante sensibilizzare l'opinione pubblica sulle conseguenze dello stigma, la sola consapevolezza non è sufficiente per eliminarlo. Cambiare credenze diffuse e radicate, preconcetti di lunga data e mentalità prevalenti richiede una nuova narrazione pubblica dell'obesità coerente con le moderne conoscenze scientifiche [10]. Data la pervasività dello stigma socia-

TABELLA 1. Raccomandazioni per eliminare lo stigma dell'obesità e grado di consenso [9]

Raccomandazioni generali	
La discriminazione e lo stigma basati sul peso e sull'obesità non dovrebbero essere tollerati nei settori dell'istruzione, dell'assistenza sanitaria e delle politiche pubbliche.	U
Spiegare il divario tra le evidenze scientifiche e la narrazione convenzionale dell'obesità costruita attorno a ipotesi e idee sbagliate non dimostrate può aiutare a ridurre il pregiudizio sul peso e alleviare i suoi numerosi effetti dannosi.	A
La narrazione convenzionale dell'obesità, costruita attorno a presupposti non dimostrati di responsabilità personale e idee sbagliate sulle cause e sui rimedi dell'obesità, provoca danni agli individui e alla società. I media, i politici, gli educatori, gli operatori sanitari, le istituzioni accademiche, le agenzie di sanità pubblica e il governo devono garantire che i messaggi e le informazioni sull'obesità siano liberi da stigmatizzazione e coerenti con le prove scientifiche moderne.	A
L'obesità dovrebbe essere riconosciuta e trattata come una malattia cronica nell'assistenza e nelle politiche sanitarie.	A
Raccomandazioni per i media	
Chiediamo ai media di produrre ritratti dell'obesità equi, accurati e non stigmatizzanti. È necessario un impegno da parte dei media per spostare la narrazione dell'obesità.	U
Raccomandazioni per l'assistenza sanitaria e la formazione degli operatori sanitari	
Le istituzioni accademiche, gli organismi professionali e le agenzie di regolamentazione devono garantire che l'insegnamento formale su cause, meccanismi e trattamenti dell'obesità siano integrati nei curricula standard per i tirocinanti medici e tutti gli altri operatori sanitari.	U
Gli operatori sanitari specializzati nel trattamento dell'obesità dovrebbero svolgere prove sulla pratica clinica senza stigma. Gli organismi professionali dovrebbero incoraggiare, facilitare e sviluppare metodi per certificare la conoscenza dello stigma e dei suoi effetti, insieme ad abilità e pratiche prive di stigma.	A
Data la prevalenza dell'obesità e delle malattie correlate all'obesità, la presenza di infrastrutture adeguate per la cura e la gestione delle persone con obesità, inclusa l'obesità grave, deve essere un requisito standard per l'accreditamento delle strutture mediche e degli ospedali.	U
Raccomandazioni per le organizzazioni di salute pubblica	
Le pratiche e i messaggi di sanità pubblica non dovrebbero usare approcci stigmatizzanti nelle campagne anti-obesità. Queste pratiche sono oggettivamente dannose e dovrebbero essere vietate.	A
Le autorità sanitarie pubbliche dovrebbero identificare e revocare le politiche che promuovono lo stigma basato sul peso e parallelamente aumentare il rigore scientifico nelle politiche pubbliche che si occupano di obesità.	A
Raccomandazioni per la ricerca	
La ricerca sull'obesità dovrebbe ricevere finanziamenti pubblici adeguati, commisurati alla prevalenza e impatto sulla salute e sulla società.	A
Raccomandazioni per politiche e legislazione	
Dovrebbero esserci politiche forti e chiare per proibire la discriminazione sul peso.	U
Politiche e legislazioni che proibiscano la discriminazione sul peso sono una priorità importante e opportuna per ridurre o eliminare le disuguaglianze dovute al peso.	U

Grado di consenso di ogni raccomandazione: U unanimità, A accordo del 90-99%.

le, la sua riduzione può essere raggiunta solo attraverso l'impegno concertato di ampi gruppi, inclusi operatori sanitari, ricercatori, media, politici e pazienti. Per attivare ciò gli esponenti di dieci società scientifiche, in conferenza permanente, hanno nominato una commissione di esperti multidisciplinari di 36 accademie internazionali, comprendenti alcuni rappresentanti dei pazienti. Un sottogruppo di tali esperti ha svolto una revisione delle pubblicazioni scientifiche su stigma, pregiudizio, discriminazione del peso e sua legislazione. Sulla base di detta revisione un altro sottogruppo ha sviluppato i questionari che includevano una serie di dichiarazioni e raccomandazioni al fine di sottoporli a tutti i componenti della commissione, secondo il metodo di Delphi modificato. I risultati di questo iter sono stati presentati al IV World Congress on Interventional Therapies for Type 2 Diabetes, New York, 10 aprile 2019, per ottenere commenti degli esperti e del pubblico. Gli esperti si sono poi incontrati per rivedere, modificare e votare ogni dichiarazione in modo da massimizzare l'accordo e il grado di consenso. Il documento *Impegno ad eliminare la discriminazione sul peso e lo stigma dell'obesità*, approvato e sintetizzato nel **Box 2**, può essere condiviso apponendo la propria firma sul sito del King College (www.pledge2endobesitystigma.org).

Conclusioni

Lo stigma del peso è dannoso e pervasivo. La narrazione diffusa dell'obesità nei media, nelle campagne di sanità pubblica, nella politica e persino nella letteratura scientifi-

ca, che attribuisce la causa dell'obesità principalmente alla responsabilità personale, ha un ruolo importante nella sua espressione. Lo stigma può fuorviare le decisioni cliniche e i messaggi di salute pubblica, e limitare l'assegnazione di risorse alla ricerca. I pregiudizi sul peso possono provocare discriminazioni e minare i diritti umani e sociali e la salute delle persone colpite. Evidenziare il divario tra le prove scientifiche e una narrazione dell'obesità costruita su presupposti e idee non dimostrate, potrebbe ridurre lo stigma e i suoi effetti con un lavoro concertato di tutte le parti interessate per promuovere iniziative educative, normative e legali. Questo lavoro allerta gli operatori sanitari, i responsabili delle politiche e il pubblico in merito a prevalenza, cause e conseguenze dello stigma per cambiare le narrazioni popolari stigmatizzanti sull'obesità in contrasto con le attuali conoscenze scientifiche; propone le raccomandazioni per la lotta allo stigma (**Tabella 1**) di un ampio gruppo di esperti e organizzazioni scientifiche, che potrebbero cambiare in modo sostanziale il modo di pensare di tutti e l'approccio terapeutico all'obesità dei professionisti sanitari, e in particolare dei pediatri [11-12], e ridurre lo stigma in famiglia e negli ambienti scolastici/sanitari.

✉ tanas.rita@gmail.com

1. Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep*. 2015 Jun;4(2):182-90.

2. Pudney EV, Himmelstein MS, Puhl RM. The role of weight stigma in parental weight talk. *Pediatr Obes*. 2019 Oct;14(10):e12534.
3. Tanas R, Baggiani F, Caggese G. Curare la derisione professionale dei Pediatri Italiani per non condannare i bambini all'obesità. *Area Pediatrica* 2017;18:126-31.
4. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017 Dec;140(6):pii: e20173034.
5. Puhl RM, Wall MM, Chen C, et al. Experiences of weight teasing in adolescence and weight-related outcomes in adulthood: A 15-year longitudinal study. *Prev Med*. 2017 Jul;100:173-179.
6. Himmelstein MS, Puhl RM. Weight-based victimization from friends and family: implications for how adolescents cope with weight stigma. *Pediatr Obes*. 2019 Jan;14(1).
7. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev*. 2015 Apr;16(4):319-26.
8. Tanas R, Caggese G, Corsello G. L'obesità va etichettata come "malattia"? *Pediatria* 2017;6:14-5.
9. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020 Apr;26(4):485-97.
10. Ralston J, Brinsden H, Buse K, et al. Time for a new obesity narrative. *Lancet*. 2018 Oct 20;392(10156):1384-6.
11. Kyle TK, Stanford FC, Nadglowski JF. Addressing Weight Stigma and Opening Doors for a Patient-Centered Approach to Childhood Obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2018 Mar;26(3):457-458.
12. Tanas R, Caggese G, Lera R. Il pediatra e l'obesità: riprova e vinci in 5 mosse. *Quaderni acp* 2020;27:4-11



Il parentese, medicina per migliorare lo sviluppo del linguaggio e la funzione genitoriale

Il parentese è un linguaggio cantilenato caratteristico, fatto di molte ripetizioni, ritmo lento e tonalità acuta, grammatica e lessico semplificati, e con un tono emotivo della voce molto amplificato, parlato e danzato spontaneamente in tutte le culture quando un adulto si rivolge a un bambino piccolo. Oggi sappiamo che la sintassi semplificata e il ritmo lento del parentese facilitano una interazione del lattante con vocalizzi, lallazioni o le prime parole: i cosiddetti turni di conversazione, essenziali anch'essi per un corretto sviluppo del linguaggio. Sulla base di queste conoscenze un gruppo di ricerca ha realizzato un intervento sui genitori, attraverso un RCT, con lo scopo di migliorare lo sviluppo del linguaggio del bambino nella prima infanzia. Nel gruppo di intervento i genitori hanno ricevuto una formazione su come parlare in parentese e su quali attività svolgere con il bambino per stimolare lo sviluppo del linguaggio. Quindi è stato analizzato l'ambiente linguistico domestico e lo sviluppo del linguaggio del bambino a 18 mesi confrontandolo con un gruppo di controllo. I risultati hanno rilevato un aumento dell'uso del parentese da parte dei genitori e dei turni di conversazione tra i 6 e i 18 mesi di età nel gruppo di intervento; questi incrementi erano corrispondenti a un miglioramento dello sviluppo del linguaggio dei bambini anche al follow-up a 18 mesi [1]. Cosa ci dice questo studio? Il parentese si può insegnare ai genitori: spiegare perché si parla in questo modo e come farlo ottiene un aumento dell'uso del parentese e un miglioramento dell'interazione con un aumento nelle vocalizzazioni del lattante e del bambino piccolo. Inoltre questo linguaggio aumenta i turni di conversazione, uno stile di dialogo molto efficace per l'apprendimento della lingua. Infine, lo stato socioeconomico di provenienza delle famiglie non è stato un ostacolo: non ci sono state differenze rilevanti tra i diversi stati socioeconomici dei genitori nella misurazione degli esiti sull'interazione e sullo sviluppo del linguaggio del bambino. Spiegare il parentese al genitore è un'ottima guida anticipatoria.

1. Ferjan Ramirez N, Lytle SR, Kuhl PK. Parent coaching increases conversational turns and advances infant language development. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020 Feb 18;117(7):3484-91.